

Autor: SCHOBER Andreas

***Kompetenzorientierte Anforderungsprofile im Österreichischen
Rettungsdienst***

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie

Eingereicht an der

Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftlichen Fakultät

Karl-Franzens-Universität Graz

Erstbegutachterin: GRUBER Elke, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Zweitbegutachter: LENZ, Werner, em.o.Univ.-Prof. Dr.

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

2020

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Datum:

Unterschrift:

Inhaltsverzeichnis

DISSERTATION	I
1 VORWORT	1
2 ERKENNTNISINTERESSE	2
2.1 Demografische Entwicklung	2
2.2 Gesundheitskennzahlen in Österreich	3
2.3 MigrantInnen in Österreich	4
2.4 Steigerung der Einsatzzahlen	7
2.5 Ausbildungen im Rettungsdienst international	8
2.6 NotärztInnenmangel	9
2.7 Kompetenzen von SanitäterInnen – Was müssen RS und NKI können?	11
2.8 Persönlicher Zugang	12
2.9 Weitere Gründe	12
3 RETTUNGSDIENST	13
3.1 Notfallrettung	14
3.1.1 NotfallpatientInnen	15
3.2 Krankentransport	15
3.3 Rettungsdienstsysteme	17
3.3.1 Notarztsystem	17
3.3.2 Paramedicsystem	18
3.4 Rettungsdienst international	18
3.4.1 Terminologien – Homonyme.....	19
3.4.2 Beispiel: Deutschland – NotfallsanitäterIn	20
3.5 Rettungsdienst Österreich	22
3.5.1 Geschichte des Rettungsdienstes in Österreich.....	24

3.5.2	System des Österreichischen Rettungsdienstes	25
3.5.3	Ausbildungen im Österreichischen Rettungsdienst	37
3.5.4	ALS und BLS – Notfallrettung und Krankentransport	63
3.5.5	Vorschläge zur Änderung der Ausbildung von SanitäterInnen in Österreich	66
3.5.6	Evaluierung des Sanitätergesetzes	75
3.5.7	Kompetenzen von RS und NKI in Österreich	77
3.5.8	Weitere Anforderungen an und Herausforderungen für SanitäterInnen in Österreich	85
4	KOMPETENZEN	101
4.1	Begriffliche Herkunft	102
4.1.1	Historisches Kompetenzverständnis	102
4.2	Definition von Kompetenz	104
4.3	Arten von Kompetenz	107
4.3.1	Grund- oder Basiskompetenzen	107
4.4	Begriffsunterscheidungen	108
4.4.1	Fertigkeiten	108
4.4.2	Wissen	109
4.4.3	Qualifikation	109
4.4.4	Persönlichkeitseigenschaften	111
4.4.5	Potential	111
4.4.6	Motivation	111
4.4.7	Ideale	112
4.4.8	Werte	112
4.4.9	Performanz	113
4.4.10	Schlüsselkompetenzen	115
4.5	Kompetenzorientierung	115
4.6	Kompetenzprofile/Kompetenzmodelle	116
4.7	Vier-Ebenen Modell	118
4.7.1	Kompetenzarchitektur	119
4.8	Kompetenzatlas	120
4.8.1	Synonymatlas	121
4.9	Querschnittskompetenzen	122
4.9.1	Querschnittskompetenzen: kompetenzorientierte Anforderungsprofile im Ö-RD	125

4.10	Metakompetenzen	126
4.10.1	Metakompetenzen und Kompetenzatlas	128
4.10.2	Metakompetenzen kompetenzorientiertes Anforderungsprofil im Ö-RD	128
4.11	Kompetenzen und Anforderungsprofile für RS und NKI im Ö-RD	131
4.12	Kompetenzentwicklung	131
4.12.1	Einheit von Wissen, Qualifikation, Kompetenz	133
4.12.2	Lernformen.....	135
4.12.3	Verhältnis von Lernen und Kompetenzen	136
4.12.4	Lernergebnisse	137
4.13	Validierung und Anerkennung von Kompetenzen	139
4.13.1	Validierungsstrategie in Österreich.....	140
4.13.2	EQF / EQR.....	141
4.13.3	NQR	142
4.13.4	Kritik an Validierungen, Anerkennungen und Kompetenzmessverfahren	146
4.13.5	Umsetzung der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für den Ö-RD	148
4.14	Kompetenzmessung	148
4.14.1	Formen von Kompetenzmessung.....	149
4.15	Zusammenfassung Kompetenz	152
5	ABLAUF DES FORSCHUNGSPROJEKTS UND DER METHODEN	152
5.1	Literaturrecherche	154
5.1.1	Rettungsdienst und Forschung.....	155
5.1.2	Grundlagen	156
5.1.3	Quellen.....	156
5.1.4	Erhebungen im Feld	157
5.2	Vorarbeiten für die Forschungsworkshops	157
5.2.1	Präsentation des Forschungsstandes und der Ergebnisse	158
5.3	Pädagogische Verortung	158
5.3.1	Bildungsforschung	159
5.3.2	Konstruktivismus.....	165
5.4	Forschungsfragen	167
5.5	Forschungsmethoden	169
5.5.1	Mixed Methods.....	170

5.5.1.9.8	Gütekriterien	190
5.5.2	Partizipative Forschung	193
5.6	Forschungsworkshops	202
5.7	Evaluationsphase	213
5.7.1	Bewertung der Kompetenzen	213
5.7.2	Evaluation der beiden Profile	213
5.8	Finalisierungsphase	214
5.8.1	Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich	214
5.8.2	Kompetenzorientierte Anforderungsprofile für RS und NKI	214
5.8.3	Vorschläge zur Kompetenzentwicklung	215
6	FORSCHUNGSWORKSHOPS	215
6.1	Organisation: Workshops - Zusammenfassung	216
6.2	Vorbereitung	219
6.2.1	Zugang Rettungsdienst	219
6.2.2	TeilnehmerInnenauswahl	219
6.2.3	Ablauf TeilnehmerInnensuche	222
6.2.4	Zusagen	224
6.2.5	Interesse der TeilnehmerInnen und HiOrgs	225
6.2.6	Absagen	227
6.2.7	Organisation der Workshop Locations	228
6.2.8	Vorbereitung und Aufgaben der TeilnehmerInnen	228
6.2.9	Workshopmaterial	229
6.2.10	Workshopunterlagen	232
6.2.11	Gemeinsames Mittagessen	235
6.2.12	Mindmapping - Handlungsfeld Rettungsdienst / Rettungsorganisation	235
6.2.13	Internetumfrage: „Teilkompetenzen von RettungsanitäterInnen und NotfallsanitäterInnen NKI“ 236	
6.3	Kompetenzatlas	237
6.3.1	Strategie Erstellung Kompetenzprofile	239
6.4	Arbeitsschritte der Workshops	241
6.4.1	Arbeitsschritte der Workshops - effektiv	244
6.5	Anforderungsprofil – SOLL Profile	252
6.6	Anforderungsprofil RettungsanitäterIn	253

6.7	Anforderungsprofil NotfallsanitäterIn (NKI).....	254
6.8	Weitere Anforderungsprofile	254
6.9	Die 5 Forschungsworkshops.....	256
6.9.1	Austragungsorte	256
6.9.2	Workshoplocations	258
6.9.3	TeilnehmerInnen an den Workshops.....	263
6.9.4	Ablauf der Workshops	264
6.9.5	Moderation	265
6.9.6	Besonderheiten bei den Workshops.....	268
6.10	Ergebnisse der Workshops	276
6.10.1	Der Österreichische Rettungsdienst in 3 Sätzen.....	276
6.10.2	Handlungsfeld Rettungsdienst / Rettungsorganisation	281
6.10.3	Ergebnisse der Internetumfrage „Teilkompetenzen von RettungssanitäterInnen und NotfallsanitäterInnen NKI“.....	290
6.10.4	Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RettungssanitäterInnen in Österreich	306
6.10.5	Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NotfallsanitäterInnen NKI in Österreich	320
6.11	Vergleiche der Workshop-Ergebnisse.....	335
6.11.1	Bewertungen der Teilkompetenzen	335
6.11.2	Vergleiche Anzahl der Teilkompetenzen	336
6.11.3	Workshop Ergebnisse der Standorte.....	341
6.11.4	Vergleich der Ergebnisse der Gruppenphase und der Internetumfrage	348
6.11.5	Entscheidung über Aufnahme in die Anforderungsprofile für RS und NKI.....	363
7	EVALUATIONSPHASE	365
7.1	Ablauf der Evaluationsphase	366
7.2	SOLL-IST Vergleiche	367
7.2.1	Stakeholder bei SOLL-IST Vergleichen.....	370
7.2.2	Gründe für eine Nicht-Bewertung	371
7.2.3	Vorgehen bei der IST-Stand Erhebung	372
7.2.4	Bewertete Kompetenzen der IST-Stand Erhebung	372
7.2.5	Kompetenzentwicklung Österreichischer Rettungsdienst	373
7.2.6	SOLL-IST Vergleiche Ergebnisse.....	374
7.2.7	Vergleich der Ergebnisse von RS und NKI.....	388
7.2.8	Exklusive Teilkompetenzen von RS und NKI	391
7.2.9	Vergleich der Ergebnisse nach den vier Grundkompetenzen	393
7.2.10	Kurzzusammenfassung der SOLL-IST-Vergleiche.....	395

7.3	Evaluation der Profile	395
8	FINALISIERUNGSPHASE	396
8.1	Kompetenzentwicklung im Rettungsdienst	397
8.1.1	Berufliche Handlungskompetenz	398
8.1.2	Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung von SanitäterInnen	407
8.1.2.8	<i>Erfahrung / Praktikum</i>	424
8.1.2.8.1	<i>PraxisanleiterInnen</i>	424
8.2	Empfehlungen zur Kompetenzentwicklung von RS und NKI	446
8.2.1	Empfehlungen - Schlüsselkompetenzen RS	447
8.2.2	Empfehlungen - Erweiterter Kompetenzatlas RS	466
8.2.3	<i>Empfehlungen - Schlüsselkompetenzen NKI</i>	469
8.2.4	Empfehlungen - Erweiterter Kompetenzatlas NKI	471
9	KOMPETENZORIENTIERTE ANFORDERUNGSPROFILE IM ÖSTERREICHISCHEN RETTUNGSDIENST	
	476	
9.1	Kompetenzorientierte Anforderungsprofile für NotfallsanitäterInnen NKI in Österreich	480
9.1.1	Schlüsselkompetenzen NKI	482
9.1.2	Erweiterter Kompetenzatlas NKI.....	506
9.1.3	Metakompetenzen NKI	536
9.1.4	Querschnittskompetenzen NKI	551
9.2	Kompetenzorientierte Anforderungsprofile für RettungssanitäterInnen in Österreich	556
9.2.1	Schlüsselkompetenzen RS	558
9.2.2	Erweiterter Kompetenzatlas RS.....	577
9.2.3	Metakompetenzen RS	603
9.2.4	Querschnittskompetenzen RS	618
10	ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN UND MÖGLICHKEITEN EINER WEITERENTWICKLUNG DES	
	Ö-RD	622
10.1	Weiterentwicklung des Österreichischen Rettungsdienstes	622
10.1.1	Standards der Aus- und Fortbildung	622
10.1.2	Klare Trennung von Krankentransporten und Rettungseinsätzen	632
10.1.3	Notfallkompetenz als Standardkompetenz im Rettungsdienst	634
10.1.4	Berufsbild von SanitäterInnen etablieren.....	636
10.1.5	Qualitätssicherung	641

11	UNMITTELBARE AUSWIRKUNGEN DER DISSERTATION	645
12	ZUSAMMENFASSUNG	646
13	VERZEICHNISSE.....	654
13.1	Abkürzungsverzeichnis	654
13.2	Tabellenverzeichnis.....	658
13.3	Abbildungsverzeichnis	659
13.4	Literaturverzeichnis.....	661
13.5	Printmedien und elektronische Medien.....	681
13.6	Sonstige Quellen	691

DANKE

Zu allererst gilt der Dank meiner Lebensgefährtin Natalie, welche ebenfalls als Expertin bei den Workshops mitwirkte, und meiner Familie für die Unterstützung über die Jahre der Erstellung der Dissertation.

Speziell muss auch Frau Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elke Gruber für die jahrelange Betreuung in Klagenfurt und Graz gedankt werden, so wie dem Zweitbetreuer Em. Univ.-Prof. Dr.phil. Werner Lenz.

Auch ohne Werner Kohler, BSc wäre die Durchführung der Forschungstätigkeiten undenkbar gewesen, da er mich als Moderator während der fünf Forschungsworkshops tatkräftig unterstützte.

Mit Freude konnte ich auch feststellen, dass es in der österreichischen Rettungsdienstlandschaft eine Vielzahl von ExpertInnen gibt, die gewillt waren – zum großen Teil aus ehrenamtlich – als Stakeholder partizipativer Forschung zur Weiterentwicklung des Ö-RD beizutragen. Unter den folgenden Personen finden sich sowohl die TeilnehmerInnen der Workshops als auch jene ExpertInnen, welche auf Grund zeitlicher Engpässe nur an der Evaluationsphase teilnehmen konnten. Die erwähnten Namen werden wie bei den Workshops vereinbart wiedergegeben.

Großer Dank gilt Dr. Christian Wankmüller, MSc., Bakk. und der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc für die weiterführende Expertise und Teilnahme und den Veranstaltungsort FH. St.Pöllten. Armin Reisinger, MBA für die vielen Kontakte, Siegfried Weinert, MSc sowie Dr. Christian Fohringer und Notruf Niederösterreich GmbH, Mag. (FH) PhDr. Christoph Holzhaecker und ÖRK LV Niederösterreich, Gert Thomaser, Univ. Prof. Dr. Wolfgang Schreiber und Österreichisches Rotes Kreuz, Erwin Feichtelbauer und Wiener Berufsrettung, Thomas Enzenebner DGKP, Jochen Haid, Michael Paulitsch DGKP, Patrick Patscheider DGKP, Stefan Friedacher sowie Mag.^a Petra Pöllinger und ÖRK LV Steiermark, Anna W., Dr. Ewald Kolesnik, Schwaiger Daniel, Tobias Abfalter, Markus Isser, Walter Knauder, Dr. Michael Halmich LL.M., Mag.(FH) Dr. Klemens Ragger BSc MSc sowie Michael Girska MBA.

Für das Bereitstellen von Forschungslokalationen muss dem ÖIBF und Prof. Mag. Dr. Peter Schlögl gedankt werden, der mir auch mit seiner Expertise in mehreren Fragen beratend zur

Seite stand. Dank gebührt ebenfalls Mag. Barbara Mayr und Leitstelle Tirol sowie Amtsrätin Sabine Habersack, Msc und Karl-Franzens-Universität Graz für die Räumlichkeiten.

Ein nicht unwesentlicher Teil der Arbeit betrifft auch die notwendigen Korrekturen, welche dankenswerter Weise durch Mag.^a Kathrin Wohlesser und Dr. David Treffinger durchgeführt wurden. Ebenfalls gedankt werden muss MMag.^a Katja Blaschek für grundlegende sprachliche Korrekturen der Profile.

Zusätzlich unterstützten auch noch weitere ExpertInnen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen die Forschungstätigkeiten, auch diese sollen hier genannt werden: Dr. Maximilian Burkowski, Patrick Aigner, Mag.^a Karin Luomi-Messerer, Ass.Prof. Dr. Berthold Petutschnigg, Thomas Wordie und das Bildungszentrum des Roten Kreuzes, Dr. Peter Hansak und ÖRK LV Steiermark, Dr. Manuel Winkler, Joachim Übermuth und Ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Annette Sprung für den Prüfungsvorsitz. Auch dem Team der HTL Wolfsberg muss für die Unterstützung über die letzten Jahre hinweg gedankt werden.

Zu guter Letzt soll hiermit allen weiteren InformantInnen und HelferInnen dieser Arbeit sowie jenen, an der Forschungstätigkeit Interessierten und aktiven, motivierten MitarbeiterInnen im Ö-RD gedankt werden.

Abstrakt

Die Ausbildungsdauer des präklinisch im Einsatz befindlichen Personals in Österreich liegt beträchtlich unter dem internationalen Durchschnitt, wobei auch innerhalb der Staatsgrenzen regionale Disparitäten verortet werden können. Die Tendenz geht oft sogar so weit, dass die höchste Ausbildungsstufe, NKI, nicht ausgebildet oder rezertifiziert wird. Die Intention dieser Arbeit ist es, fehlende Grundlagen für die schon bestehenden Ausbildungen zu liefern. Die zentrale Frage, welcher im Zuge der Arbeit nachgegangen wird, ist: **Was müssen RettungssanitäterInnen und NotfallsanitäterInnen NKI im Österreichischen Rettungsdienst können, um PatientInnen kompetent versorgen zu können?**

Diese Frage soll in Form von kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für RS und NKI beantwortet werden. RS werden als für den Krankentransport zuständig beschrieben und leisten grundlegende Maßnahmen im Basic Life Support. NKI hingegen werden definitorisch in der Notfallrettung eingesetzt und werden selbst oder als Teil von Teams bei lebensbedrohlichen Erkrankungen im Advanced Life Support tätig.

Neben den ausbildungsspezifischen Gründen für eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik sprechen auch etliche andere Faktoren dafür, endlich darzulegen, was präklinisch im Einsatz stehendes Personal in Österreich wirklich können muss. Die im Sanitättergesetz von 2002 vorgeschriebenen Ausbildungsinhalte bilden nämlich nur einen Bruchteil dessen ab, was in der Realität geleistet werden muss, und sind überwiegend fachlich orientiert. Ein Großteil der Anforderungen und Kompetenzen von SanitäterInnen bleiben unerwähnt.

Zu diesen Umständen gesellen sich allerdings auch noch etliche Faktoren, die neue Denkansätze für den Rettungsdienst bedingen wie beispielsweise demografische Entwicklung oder NotärztInnenmangel. Grundlagenforschung im Bereich des nicht-ärztlichen Rettungsdienstes war demnach notwendig, um zukünftig eine kompetente PatientInnenversorgung durch SanitäterInnen zu gewährleisten.

Abstract

The level of education of the EMS-professionals in Austria is relatively sparse compared to international standards. Even within the country's borders regional disparities can be located, which leads to the fact that providers are not being educated on the highest level possible. Consequently, personnel with a low level of proficiency may respond to life-threatening emergencies and is faced with a high level of responsibility for their patients.

The core issue of the dissertation are competence-oriented requirement profiles, which serve as basis for answering the research question: **What competences do “RettungssanitäterInnen” and “NotfallsanitäterInnen NKI” need to treat patients the best way possible?**

Especially for non – physicians in the Austrian emergency medical services there is no concrete definition of the competences needed – this is where the dissertation will serve as basis for change. During the research two different areas of application for the EMS personnel, Basic Life Support for RS and Advanced life support for NKI were dealt with. This was realized by conducting participatory research in terms of five workshops with field experts, trainers and in-hospital personnel with relations to the emergency medical system.

In the course of the workshops, the competences and requirements for patient transports were described and separated from those, needed in emergency situations. After all, this resulted in two separate profiles with distinct competences and requirements for each profession. This means that the profiles comprise a differentiation between the engagement of RS in the BLS sector and NKI in the ALS field. Furthermore, a status-quo of the Austrian EMS is depicted and recommendations for further trainings of the prehospital providers are given.

1 Vorwort

Im Jahr 2020 erreicht das Österreichische SanG das Erwachsenenalter. Nach 18 Jahren wird bei Jugendlichen die Phase der Adoleszenz beendet und das frühe Erwachsenenalter erreicht. Ein solides Maß an Reife und Selbstorganisationsfähigkeit wird spätestens ab dann vorausgesetzt. Das würde man sich auch für das SanG wünschen, dennoch hat es immer noch mit unterschiedlichen Kinderkrankheiten zu kämpfen – seit Jahren kränkelt es vor sich hin! In diesen 18 Jahren wurde das Gesetz vielen Prüfungen unterzogen und konnte auch viel an Lebenserfahrung sammeln – richtig erholt hat es sich dabei aber nie. Exemplarisch muss eine gegenwärtige Prüfung, die COVID-19 Pandemie, erwähnt werden, bei welcher sich wiederum Justierungsbedarf am Gesetzestext zeigte.

Als 2002 das Gesetz eingeführt wurde, gab es zumindest Hoffnungen, dass es dadurch zu einer Professionalisierung im Rettungsdienst kommen würde. Die Ausbildungsdauer für SanitäterInnen wurde zwar österreichweit homogenisiert, die Ausbildungsdauer im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen und Rettungsdienst-Ausbildungen auf internationaler Ebene, fiel allerdings sehr gering aus. Eine typisch österreichische Lösung wurde also gefunden – Politik und Hilfsorganisationen (HiOrgs) waren zufrieden, man konnte ja sparen.

Setzt man sich intensiv mit dem SanG auseinander, kann man feststellen, dass der enthaltene Handlungsrahmen und die Möglichkeiten für SanitäterInnen aber sogar durchaus international mithalten können (sieht man von der Ausbildungsdauer ab). Problematisch dabei ist nur, dass die darin enthaltenen Möglichkeiten wie die Maximalausbildung zu NotfallsanitäterInnen NKI und die Implementierung von umfangreichen Arzneimittellisten weitgehend nicht ausgeschöpft werden – die Entscheidung liegt nämlich bei den HiOrgs und ist nicht zentral geregelt.

Während im Bereich von Fach- und Methodenkompetenzen mehrere Elemente im Gesetz beschrieben wurden, fehlen detaillierte Beschreibungen von anderen Formen von sozial-kommunikativen Kompetenzen, Aktivitäts- und Handlungskompetenzen sowie personalen Kompetenzen. Dieser Umstand war auch ausschlaggebend für diese Arbeit im Bereich des Österreichischen Rettungsdienstes – von SanitäterInnen benötigte Kompetenzen für eine kompetente PatientInnenversorgung beschreiben und Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung anregen.

2 Erkenntnisinteresse

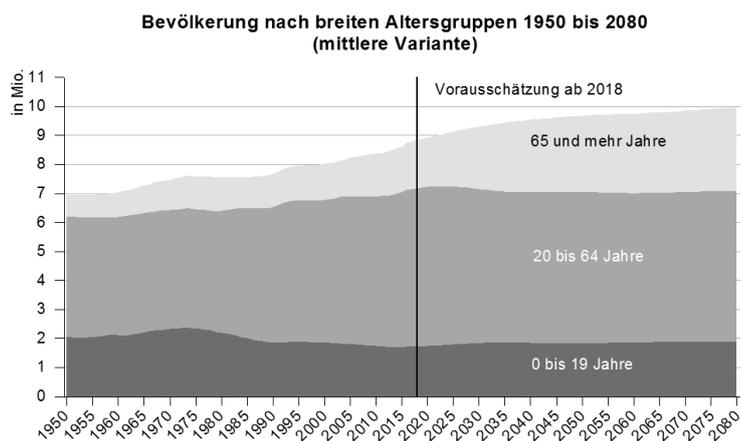
Wie folgend dargestellt, gab es eine Vielzahl an Gründen, welche ausschlaggebend für die Erstellung von kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für SanitäterInnen in Österreich, waren.

2.1 Demografische Entwicklung

In der österreichischen Bevölkerungsstruktur vollzieht sich schon seit vielen Jahren ein drastischer Wandel. Dies bedeutet sowohl, dass ein großer Teil der Bevölkerung in den kommenden Jahren stetig älter werden wird, gleichzeitig aber auch, dass die Anzahl der geborenen Kinder im Rückgang begriffen ist.

Allem voran muss die erhöhte Lebenserwartung für Frauen und Männer als einer der Gründe für die geänderte Bevölkerungsstruktur genannt werden. Allein im Vergleichszeitraum von 1970 bis 2017 erhöhte sich diese um etwa 13 Jahre bei Männern und rund 11 Jahren bei Frauen. Männer haben demzufolge eine Lebenserwartung von 79,3 und Frauen von 83,9 Jahren. Dies kann auf die gestiegene Qualität der medizinischen Versorgung, welche zu einer stark gesunkenen Säuglingssterblichkeit und einem Rückgang der Sterblichkeit im Alter beitrug, zurückgeführt werden. Gleichzeitig aber zählte Österreich 2017 weltweit zu den Schlusslichtern bei Geburten mit einer geringen Gesamtfertilitätsrate von nur 1,52 Kindern pro Frau. Dieser Wert betrug 1970 noch 2,29. (vgl. Statistik Austria, 2019d: 13f.) Eine Reduktion der jungen Bevölkerung ist demnach vorhersehbar und kann gut mittels Bevölkerungspyramiden und Bevölkerungsprognosen dargestellt werden.

Die Überalterung der Bevölkerung kann ebenfalls übersichtlich in Zahlen erfasst werden. Im Hauptmodell der Bevölkerungsprognose von 2018 werden auch die erwarteten Werte bis 2100 angeführt. Im Jahr 2018 waren 18,7 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre alt. Laut Bevölkerungsprognose würden 2050 bereits 27,3 Prozent zu dieser Gruppe gehören und 2100 überhaupt 29,3 (vgl. Statistik Austria, 2019g). Einen generellen Überblick zur Bevölkerung und den Altersgruppen seit 1950 bietet die folgende Grafik der Statistik Austria.



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2018. Erstellt am 09.11.2018.

Abbildung 1 Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 bis 2080 (mittlere Variante)

Während in Österreich 1869 das Durchschnittsalter nur 29,6 Jahre betrug, lag es 2018 schon bei 42,6 Jahren. (Statistik Austria, 2019f) Dies bedeutet einen drastischen Anstieg des Alters der Bevölkerung, welcher in Zukunft noch zunehmen wird. (vgl. Statistik Austria, 2019g) Mit dem steigenden Alter ist parallel auch mit einer Häufung von Transporten und Notfalleinsätzen zu rechnen, wie die steigenden Einsatzzahlen der HiOrgs bereits heute unter Beweis stellen. Aus der Gesundheitsstatistik lässt sich ebenfalls entnehmen, dass fast 50 Prozent der Spitalsentlassungen aus Akutanstalten PatientInnen über 65 Jahre betrafen. (vgl. ebd.: 108) Die Steigerung sowohl von (Notfall-)Einsätzen als auch Krankentransporten scheint also beinahe unausweichlich zu sein, sollte das System des RD nicht komplett umgestellt werden.

2.2 Gesundheitskennzahlen in Österreich

Ein äußerst relevanter Aspekt der Demographie Österreichs ist aber nicht nur die Verteilung der Bevölkerung, sowie deren Alter, sondern auch die Auswirkungen, die eine Überalterung der Bevölkerung mit sich bringt. Im Folgenden finden sich einige Kennzahlen aus dem Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2017, welches 2019 von der Statistik Austria veröffentlicht wurde. (vgl. Statistik Austria, 2019d)

Möchte man eine Entwicklung des Gesundheitssystems – wie etwa des Behandlungsbedarfs von PatientInnen – abbilden, muss man unweigerlich auf die vorhandene Situation und die aktuellen Ausprägungen der zentralen Determinanten im Gesundheitssystem zurückgreifen.

Ein wesentlicher Aspekt sind hierbei Sterbefälle und die zugrunde liegenden Erkrankungen. Von rund 83.000 Sterbefällen 2017 in Österreich entfielen etwa 40 Prozent auf

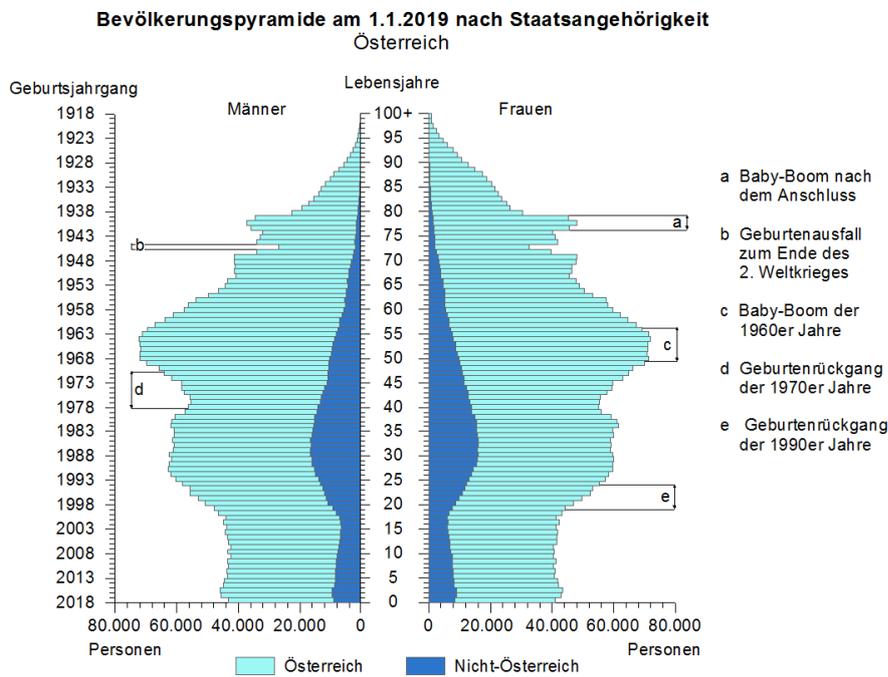
Kreislaufkrankungen und etwa ein Viertel auf Krebserkrankungen. Unfälle und Verletzungen entsprachen nur etwa 5 Prozent der Sterbefälle. (vgl. ebd.: 13ff.) Speziell im Straßenverkehr kam es zu einem Rückgang bei der Anzahl von Verkehrsunfällen und damit verbunden auch zu weniger Toten im Straßenverkehr. (vgl. ebd.: 225) Auch die Anzahl der Arbeitsunfälle verringerte sich.

Eine PatientInnengruppe, die ebenfalls relevant für den RD ist, aber genau das Gegenteil einer Überalterung darstellt, sind Lebendgeborene. Von 86.987 Lebendgeborenen 2017 kamen nur 33 während dem Transport und 13 an einem sonstigen Ort, allerdings 1012 in der Wohnung der Mutter zur Welt. Es lässt sich allerdings nicht feststellen, bei wie vielen dieser Fälle der Rettungsdienst hinzugezogen wurde, da auch Hebammen Entbindungen zuhause ermöglichen. Grundsätzlich kommen aber 98,4 Prozent der Lebendgeborenen in Krankenanstalten zur Welt. (vgl. Statistik Austria, 2019d: 56) Trotz niedriger Zahlen stellen aber vor allem jene Einsätze SanitäterInnen vor enorme Herausforderungen, bei denen eine Geburt nicht wie geplant abläuft und es zu einem Notfall kommt. Hier ist kompetentes Handeln unabdingbar.

2.3 MigrantInnen in Österreich

Eine PatientInnengruppe, die – auch bedingt durch ihre immer höher werdende Anzahl – SanitäterInnen vor neue Anforderungen stellt, sind MigrantInnen in Österreich. Laut der Hauptvariante der Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (2019c) wächst und altert Österreichs Bevölkerung weiterhin. Dieses Bevölkerungswachstum ist auf einen Zuzug aus dem Ausland zurückzuführen. In Österreich lebten 2018 1,7 Millionen Personen, welche nicht in Österreich geboren wurden. Dies entsprach 19 Prozent der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2040 rechnet man mit 2,67 Millionen Menschen, die im Ausland geboren worden sind, was 24 Prozent der Gesamtbevölkerung zu dieser Zeit entsprechen wird. 2080 dürften dies etwa 2,7 Millionen Menschen sein, was einem Wachstum von 56 Prozent zu 2018 entspricht und 27 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen wird. Dies bedeutet also, dass in Zukunft mehr als ein Viertel der Bevölkerung im Ausland geboren sein wird. (vgl. Statistik Austria, 2019c) Diese Zahlen beinhalten aber nicht jene Personen mit Migrationshintergrund oder deren Kinder, die in Österreich geboren werden. Abb. 2 zeigt die Verteilung von ÖsterreicherInnen und Nicht-ÖsterreicherInnen im Jahr 2019, wobei ersichtlich wird, dass Nicht-ÖsterreicherInnen überwiegend zwischen 20 und 50 Jahren alt sind. Betrachtet man

etwa Abb. 3 in welcher abgebildet ist, wo Nicht-ÖsterreicherInnen angesiedelt sind, so fällt sofort auf, dass dieser Anteil an der österreichischen Bevölkerung vor allem im urbanen Raum höher ist.



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am 21.05.2019.

Abbildung 2 Bevölkerungspyramide am 1.1.2019 nach Staatsangehörigkeit – Österreich

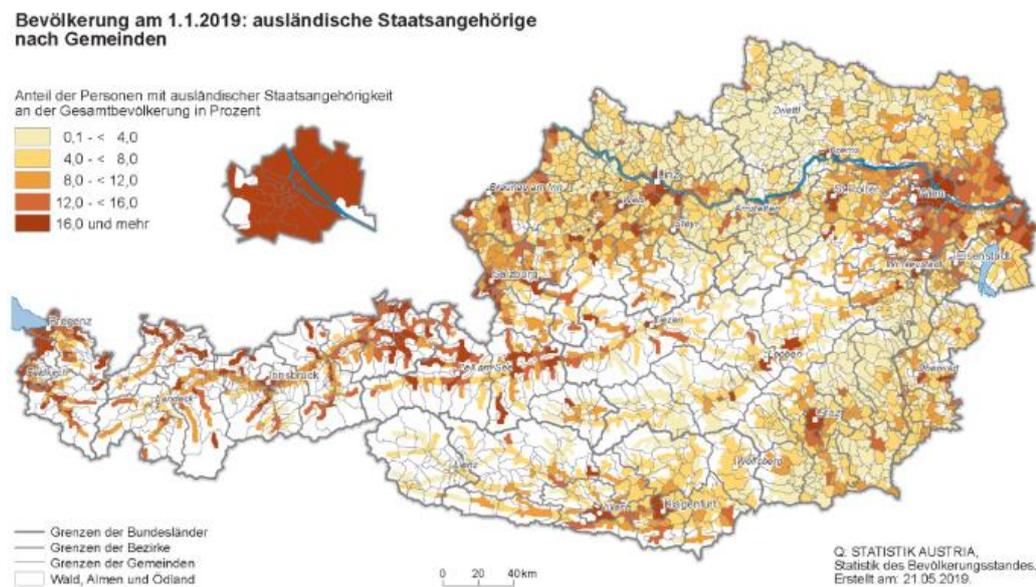


Abbildung 3 Bevölkerung am 1.1.2019 ausländische Staatsangehörige nach Gemeinden.

Ein Umstand, welcher häufig MigrantInnen – speziell Flüchtlinge – betrifft, ist, dass diese ein erhöhtes Armutsrisiko haben und oft unter den Folgen von Diskriminierung leiden. Dies

erhöht den Bedarf an qualifizierten Hilfeleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich. (vgl. Sprung, 2004: 132)

Ein weiterer für den RD relevanter Faktor ist, dass MigrantInnen in vielen Fällen ein differenziertes Gesundheitsverhalten im Vergleich zu jener Bevölkerung ohne Migrationshintergrund aufweisen. Besuche bei ZahnärztInnen sind seltener, wobei Termine bei FachärztInnen häufiger vorkommen als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Das Aufsuchen von praktischen ÄrztInnen hängt von der Nationalität ab, wobei viele MigrantInnen den direkten Weg in die Klinik suchen. Auch Impfschutz und Vorsorgeuntersuchungen werden häufiger vernachlässigt als bei ÖsterreicherInnen. Ein weiterer Faktor ist, dass die Totgeburtenrate sowie die Säuglingssterblichkeitsrate höher ist als bei Müttern ohne Migrationshintergrund. Diese Faktoren lassen sich allerdings im Zusammenhang mit der Lebenserwartung nicht abbilden, da sich diese nicht klar von jener der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheidet. (vgl. Statistik Austria, 2019a: 13f.; 68ff.)

Speziell fehlender Impfschutz oder das unmittelbare Aufsuchen von Kliniken sind Indikatoren dafür, dass etliche Personen dieser PatientInnengruppe nicht über das österreichische Gesundheitssystem informiert sind. (vgl. Figl, 2011: 82) Die Folge ist in unzähligen Fällen die Anforderungen des Rettungsdienstes zum Transport in die Klinik. Oft indizieren diese Erkrankungen weder einen Transport noch eine ambulante Abklärung im Krankenhaus, sondern könnten auch von niedergelassenen ÄrztInnen bewältigt werden.

Die bisher angeführten Informationen sollten also klar verständlich machen, dass Wissen zu unterschiedlichen Kulturen bei weitem nicht ausreicht, um MigrantInnen kompetent versorgen zu können. Schlagworte wie Interkulturelle Kompetenz, eine Querschnittskompetenz der erstellten Anforderungsprofile für RS und NKI, und Fremdsprachenkenntnisse sind nur zwei von vielen weiteren Anforderungen an in der Präklinik tätige Personen.

Neben dem Umstand, dass MigrantInnen hohe (Kompetenz-)anforderungen an das österreichische Sanitätspersonal stellen, gibt es auch Beispiele, bei denen MigrantInnen die Rolle von SanitäterInnen übernehmen. Ein 2015 nach Österreich geflohener Syrer absolvierte etwa im Zuge des freiwilligen Integrationsjahres die Ausbildung zum RS und ist seit 2017 beruflich und freiwillig im RD aktiv. (vgl. ASBÖ: 2017: 89; 5min.at, 2019) Ähnliche Beispiele gibt es auch in Deutschland, etwa im Zuge des Projektes „ZIEL – Zugänge in das

Erwerbsleben“, bei welchem MigrantInnen als SanitäterInnen qualifiziert werden. (vgl. Ernst, 2020: 16ff.)

2.4 Steigerung der Einsatzzahlen

Betrachtet man die Entwicklung der Einsatzzahlen des Rettungsdienstes, so muss ein drastischer Anstieg an Einsätzen in den letzten Jahren beobachtet werden. Diese Einsätze beinhalten Notfalleinsätze aber auch umso mehr (Kranken-)Transporte. Bis 2030 kann mit einem Anstieg an Einsätzen um bis zu 36 Prozent gerechnet werden. (vgl. Redelsteiner et al. 2018 :178) Gründe für diesen Anstieg gibt es etliche, wobei diese auch in Ländern wie Deutschland bemerkbar sind – ebenso in Krankenanstalten und speziell in Notfallaufnahmen.

Exemplarisch muss die bereits beschriebene demographische Entwicklung – insbesondere der demographische Wandel – genannt werden. Zusätzlich erfolgte auch eine Umstrukturierung der ärztlichen Bereitschaftsdienste sowie diverse Zentralisierungen in der Krankenhauslandschaft, was zu längeren Anfahrtswegen und vermehrten Verlegungsfahrten führt. Ein weiterer nicht zu leugnender Faktor ist das drastisch gestiegene Anspruchsdenken der Bevölkerung. Zusätzlich werden Rettungsdienste immer häufiger mit sozialen Problemstellungen konfrontiert, welche auch nicht originär ihre Aufgabe darstellen. (vgl. Flake, 2019: 114) Dieses Paket an unterschiedlichen Gründen führte zu einem mitunter drastischen Anstieg der Einsatzzahlen.

In einer Broschüre über die Daseinsvorsorge in Österreich nimmt das ÖRK direkten Bezug auf den demographischen Wandel in Österreich und den damit verbundenen Wandel für das Gesundheitssystem.

„Auch der Rettungsdienst ist in Bezug auf Personal und Einsatzzahlen davon betroffen. Aus diesem Grund ist der ständige Dialog zwischen Rettungsorganisationen, Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträgern essentiell – mit dem gemeinsamen Ziel, einen leistungsstarken Rettungsdienst als Teil der Daseinsvorsorge für alle Menschen in Österreich aufrecht zu erhalten.“
(ÖRK, 2012)

Ende 2019 machte das Österreichische Rote Kreuz auf die gestiegene Zahl an Einsätzen aufmerksam, die unter anderem auf die Zahl der Notrufmeldungen zurückzuführen waren, die aber keine Notfälle waren. In Oberösterreich etwa stieg das Fahrtenaufkommen zwischen 2008 und 2018 um beinahe 50 Prozent. Exemplarisch wurden hier Fieber oder Zeckenbisse als Notrufmeldungen, aber auch Einsparungen von Ambulanzen und

Klinikzusammenlegungen als Gründe für Transporte angeführt. (vgl. ÖRK, 2019d) Die Anzahl der Krankenanstalten geht seit 1985 zurück wie auch die Anzahl der Betten, einzig die Bettenanzahl für chronisch Kranke ist im Steigen begriffen. (vgl. Statistik Austria, 2019d: 263) Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass Entlassungen aus Krankenanstalten rasant zunehmen. (vgl. ebd.: 107)

Die logische Konsequenz daraus ist, dass auch in Zukunft mit einem erhöhten Aufkommen an Heimtransporten in Form von Krankentransporten zu rechnen ist. Österreichweit stiegen die Einsatzzahlen des ÖRK von 2003 bis 2018 (also in 15 Jahren) von 2.379.029 auf 3.171.856. (vgl. ÖRK, 2004; ÖRK, 2019c) Das entspricht einer Steigerung um ein Drittel, obwohl seit Jahren die Zahlen der Transporte von anderen HiOrgs ebenfalls ständig zunehmen. Dies unterstreicht die Zunahme von Transporten umso stärker. Für PatientInnen bedeuten solche gestiegenen Einsatzzahlen – wie etwa am Beispiel Wien festgemacht – lange Wartezeiten auf Krankentransporte, aber eben auch auf NA. (vgl. Rachbauer, 2019)

2.5 Ausbildungen im Rettungsdienst international

Blickt man auf das Ausbildungsniveau des im Rettungsdienst tätigen Personals im internationalen Vergleich, so kann vor allem bezüglich der Ausbildungsdauer von einer defizitären Situation in Österreich ausgegangen werden. Kausal hierfür ist, dass in Österreich SanitäterInnen mit einer 6,5 Wochen dauernden Ausbildung zu NotfallpatientInnen ausrücken, während in Nachbarländern SanitäterInnen mit einer 3-jährigen Ausbildung, – teilweise sogar im tertiären Bereich – zu NotfallpatientInnen ausrücken. Dies führte auch zu etlichen Diskussionen darüber, ob die Ausbildungsdauer in Österreich erhöht werden sollte. Eine Auflistung von unterschiedlichen Vorschlägen findet sich in Kapitel 3.5.5.

In Deutschland wurde die Ausbildung von RettungsassistentInnen abgeschafft und mit der Ausbildung zu NotfallsanitäterInnen ersetzt. (vgl. Fricke, 2013; Bastigkeit, 2013) Im Fall des NotsanG, welches mit 1. Jänner 2014 in Kraft trat, verlängerte sich die Ausbildung des Personals im deutschen RD etwa von zwei auf drei Jahre. (vgl. DBRD, 2013) Blickt man neben Deutschland noch über weitere österreichischen Grenzen hinweg, so gibt es in beinahe allen Nachbarländern mehrjährige Ausbildungen für SanitäterInnen, die auch oft im tertiären Bereich angesiedelt sind. In Österreich wurde hier etwa auch eine Paramedic-Ausbildung an der Fachhochschule angedacht bzw. auch in das Arbeitsprogramm der

Vorarlberger Landesregierung von 2014–2019 aufgenommen. (vgl. Halmich, 2013; APA, 2014; Landespressestelle Vorarlberg, 2014; Redelsteiner, 2015: 186)

Ein zusätzlicher Faktor für die Bearbeitung dieser speziellen Thematik sind laufende Publikationen in Fachzeitschriften über Ausbildungsstandards im Rettungsdienst. International gesehen herrscht seit mehreren Jahren rege Entwicklung bei der Beschreibung von Kompetenzen und Anforderungen für Sanitätspersonal. Es war also an der Zeit, auch in Österreich kompetenzorientierte Anforderungsprofile partizipativ zu erstellen, um Grundlagen für weitere Forschungen im Bereich des Rettungsdienstes bereit zu stellen.

2.6 NotärztInnenmangel

Vor allem aber auch der drohende NotärztInnenmangel, welcher bereits vor Jahren prognostiziert wurde (vgl. Hubmann, 2014; Standard, 2014) und auch weiterhin in den Medien diskutiert wird, (vgl. ORF Kärnten, 2019a; 2020) macht eine Auseinandersetzung mit dem Können von SanitäterInnen unumgänglich, da trotz geringer Ausbildung von Sanitätern die Zahl der NA ständig sinkt und SanitäterInnen daher immer häufiger in Praxis ohne Unterstützung von ÄrztInnen tätig werden müssen. Teilweise konnten und können NA-Stützpunkte nicht von ÄrztInnen besetzt werden. (vgl. Lux, 2019) Dies bedeutet für SanitäterInnen sowohl Entscheidungen über Maßnahmen vor Ort als auch über die weitere Behandlung bei Notfällen zum Wohle von PatientInnen treffen zu müssen. Aus diesem Grund ist es essenziell, Kompetenzen von SanitäterInnen zu definieren, und auch die Möglichkeiten auszuschöpfen, diese Kompetenzen in Ausbildungen – vor allem aber in Fort- und Weiterbildungen – zu thematisieren.

Um den proklamierten Mangel an ÄrztInnen verstehen zu können, ist auch ein Blick auf Statistiken unabdingbar. Im Bereich der berufsausübenden ÄrztInnen gab es drastische Steigerungen. Während in Österreich 1960 nur 11.232 Ärzte beruflich tätig waren, übten 2017 bereits 45.596 ÄrztInnen ihre berufliche Tätigkeit aus. Dies entspricht etwa einer Vervierfachung. (vgl. Statistik Austria, 2019d: 249) Alleine in den letzten zehn Jahren stieg die Anzahl der ÄrztInnen um mehr als 20 Prozent. Obwohl die Zahl der ÄrztInnen stetig stieg, wurden die Zugangsbedingungen für das Studium der Humanmedizin 2006/2007 geändert und so wurde die Anzahl der StudienanfängerInnen im Fach Humanmedizin um etwa die Hälfte geringer. (vgl. Statistik Austria, 2019d: 14) Im OECD Ländervergleich steht Österreich aber weiterhin auf dem zweiten Rang mit 5,2 MedizinerInnen pro 1000 EinwohnerInnen. (vgl.

Schönberger, 2019: 70) Dies deutet zwar darauf hin, dass gegenwärtig der Mangel an ÄrztInnen nicht akut ist, trotzdem zukünftig mit einem Mangel von ÄrztInnen im Rettungsdienst zu rechnen ist. (vgl. Hubmayr, 2018: 9) Trotz der hohen Zahl an ÄrztInnen zeichnet sich mitunter schon ein Mangel ab, nicht nur im RD, sondern auch in mehreren medizinischen Bereichen. Dies ist nicht auf die absoluten Zahlen an MedizinerInnen zurückzuführen, sondern auf systemimmanente Problematiken. (vgl. Schönberger, 2019: 68ff.)

Diesen Umstand bestätigten auch absolute Zahlen bezüglich der Anzahl an NA. 2016 sollten demnach 12635 NA eine aufrechte Tätigkeitsberechtigung innegehabt haben. (vgl. Oberhauser, 2016: 3) 2018 verwies auch die damalige Gesundheitsministerin Hartinger-Klein darauf, dass es in etlichen Bundesländern Österreichs genügend NA gäbe. In Tirol waren zu diesem Zeitpunkt etwa 1509 ÄrztInnen als NA registriert, wobei 777 eine aktive Berechtigung hatten. (2018: 2) Zahlen, wie viele NA wirklich im Dienst stehen, konnten allerdings nicht genannt werden. In Kärnten, einem Bundesland, in welchem sich das Problem der Dienstbesetzungen immer mehr zuspitzt, waren 2019 von 600 ausgebildeten NA aber nur etwa 140 im aktiven NA-Dienst tätig. (vgl. ORF Kärnten, 2019b)

Auch die Anzahl der Ausbildungen zu NA variierten zwischen den Jahren 2010 und 2016 stark zwischen 267 (2015) und 1455 (2011). (vgl. Trimmel et al. 2018: 140) Aus diesem Grund und wegen der Einführung der neuen NA-Ausbildung (vgl. ÖAK, 2019) ist eine flächendeckende Versorgung trotz hoher Anzahl an potenziellen NA als unsicher einzustufen.

Im Zuge eines Vortrages zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Österreich wies auch der Wiener MedUni-Vorstand Markstaller darauf hin, dass ein relativer NA-Mangel absehbar ist und es diesbezüglich schon Probleme in unterschiedlichen NA-Systemen Österreichs gegeben hat. Er verweist darauf, dass NA gezielt eingesetzt werden sollen und die Attraktivität der Tätigkeit gesteigert werden muss. Statistiken zufolge seien nur etwa 50 Prozent der Einsätze indiziert. Jene nicht NA-pflichtigen Einsätze könnten von speziell ausgebildeten SanitäterInnen übernommen werden, wobei der Umstand auch nicht unerwähnt blieb, dass noch nicht alle Möglichkeiten dieses Berufsfeldes ausgeschöpft wurden. (vgl. Wagner, 2019: 30f.) Zu dieser Erkenntnis gelangte auch eine, von der Kärntner Landesregierung in Auftrag gegebene Studie. 40 Prozent der NA-Einsätze waren nicht indiziert. (vgl. EPIG, 2019) In einer Stellungnahme zum Notarztwesen in Österreich wurde

2014 sogar nur jeder neunte NA-Einsatz als indiziert interpretiert. (vgl. Prause & Kainz, 2014) Jene Tätigkeiten, die im Rahmen des gegenwärtigen Gesetzes möglich sind, wurden durch Hellwagner (2015a) beschrieben und werden im Kapitel „Rettungsdienst“ vorgestellt.

Die bereits zuvor erwähnten Forderungen zur Verbesserung der Situation von NA wurden in ähnlicher Form bereits 2015 von der ÖGARI – vor Einführung der Gesetzesnovelle – gestellt. Den Forderungen zufolge sollte das Berufsbild von NA attraktiver werden, was unter anderem eine adäquate Abgeltung der Leistungen beinhaltet. Ein weiterer Punkt war die Differenzierung des NA-Dienstes von ärztlichem Bereitschaftsdienst, da in Zukunft NA für diese Tätigkeiten nicht mehr zur Verfügung stehen werden. Des Weiteren wurde vorgeschlagen eine Evaluierung der Standorte durchzuführen und nicht-ärztliches Personal verstärkt bei nicht-indizierten Einsätzen eigenverantwortlich einzusetzen. (vgl. ÖGARI, 2018) Dieser Meinung schließt sich weitestgehend auch die ÖGERN (2017c) an und stellt auch den Begriff der Telemedizin in den Raum, welche NA ebenfalls entlasten könnte.

Der mögliche NA-Mangel stellt also ein kontroverses Thema dar, welches medial großes Interesse genießt und bedingt durch etliche nicht-besetzte Dienste an Ö-NA-Stützpunkten aber sicherlich nicht mehr zu leugnen ist und ein Umdenken bezüglich des differenzierten Einsatzes von SanitäterInnen in Österreich unabdingbar macht.

2.7 Kompetenzen von SanitäterInnen – Was müssen RS und NKI können?

In der Notfallmedizin wird mittlerweile oftmals auf eine Outcome-Orientierung geachtet. In Studien nicht gemessene Elemente bzw. Kompetenzen wie Einfühlungsvermögen oder Teamfähigkeit werden dabei außer Acht gelassen. (vgl. Ummenhofer & Zürcher, 2007: 216) Ziel dieser Arbeit ist es auch, auf Kompetenzen einzugehen, welche nicht sofort offensichtlich sind, und die Wichtigkeit dieser Kompetenzen aufzuzeigen. Gleichzeitig ist es natürlich auch wichtig, dass SanitäterInnen kompetent agieren und damit (Notfall-)PatientInnen versorgen können, was nur durch eine gezielte Kompetenzentwicklung gepaart mit genügend Erfahrung und umfangreicher Praxis der Fall sein kann. Es ist also notwendig darzustellen, was SanitäterInnen brauchen, um PatientInnen kompetent versorgen zu können.

Gleichzeitig kann auch Forderungen nach der Darstellung der Anforderungen an Rettungsdienstpersonal in Österreich, wie dies etwa 2019 in einem Positionspapier zur Evaluation des SanG von ÖGERN gefordert wurde, nachgekommen werden. (vgl. 2019a: 5) Die Beantwortung der Frage, was SanitäterInnen können müssen, um PatientInnen

kompetent versorgen zu können, soll also auch als Grundlage für eine Diskussion zur Weiterentwicklung der unterschiedlichen Professionen in der österreichischen Prälink dienen.

2.8 Persönlicher Zugang

Als aktiver RD-Mitarbeiter, mit der in Österreich höchst möglichen Ausbildung im Rettungsdienst, NKI, wie auch als Lehrsanitäter in der Aus- und Weiterbildung von Rettungsdienstpersonal möchte der Autor den persönlichen Erfahrungsschatz in die Dissertation einbringen. Der Einsatz von Personal mit unterschiedlichen Ausbildungsstandards in unterschiedlichen Bundesländern wurde zum Teil auch aktiv im Dienst erfahren, sodass ein persönlicher Einblick gewonnen werden konnte. Um eine internationale Vergleichbarkeit von rettungsdienstlichen Ausbildungen mit dem nationalen Ausbildungssystem, welches Notarzt-basiert ist, in der Praxis herstellen zu können, wurden auch Dienste und Fortbildungen in den USA absolviert, wo hochqualifiziertes Sanitätspersonal in einem Paramedic-basierten System im Einsatz steht.

2.9 Weitere Gründe

Weitere Gesichtspunkte für eine Auseinandersetzung mit SanitäterInnen im Ö-RD sind stetiger Fortschritt und Weiterentwicklung des Ö-RD (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 22) aber auch der Medizin und der Pflege. (vgl. Ummenhofer & Zürcher, 2007; Heyse & Schircks, 2012) Die beiden letztgenannten Bereiche sind für die erarbeitete Thematik von Relevanz, da sie einerseits einige Parallelen zum RD aufweisen, andererseits aber auch speziell in diesen Bereichen schon zahlreiche Anforderungsprofile erstellt wurden. Detaillierte, umfassende sowie KOAP für den Ö-RD fehlen aber leider. Veränderungen und Weiterentwicklungsprozesse in Berufsfeldern bedingen zumeist eine Umorientierung der Aus- und Weiterbildung. (vgl. Gruber & Kastner, 2005: 45) Aus diesem Grund sollen die erstellten kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI auch als Grundlage für Kompetenzentwicklung und darauf aufbauende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen dienen.

Ein weiterer ausschlaggebender Umstand für die Thematisierung von Kompetenzen ist auch, dass es zu einer Umverteilung von Aufgaben – oder auch von Kompetenzen im juristischen Sinne – von Seiten der Ärzteschaft auf die Pflege gekommen ist und noch weiterhin kommen wird. (vgl. Höppner & Kuhlmeier, 2009; Francois-Kettner, 2010;) Die Qualität der nun durch Pflegepersonal durchzuführenden Tätigkeiten wird unter anderem mit der Akademisierung der Pflege sicherzustellen versucht. Diesem Prozess gingen unterschiedliche Erhebungen zur Umsetzung der Ausbildung der Gesundheit und Pflege an den Fachhochschulen voraus. (vgl. Gruber & Kastner, 2005) Diese Entwicklung dürfte auch für den Ö-RD relevant sein, da auch die Aufgaben für SanitäterInnen ständig zunehmen sowie auch ein Mangel an NA herrscht.

Des Weiteren muss sicherlich auch das hohe persönliche Interesse von einer Vielzahl an SanitäterInnen an der Entwicklung des Ö-RD genannt werden, welches sich oft durch informellen Austausch in Foren, auf Social-Media Plattformen, Dienststellen, aber auch in Fort- und Weiterbildungen äußert. Nicht außer Acht gelassen darf natürlich auch das große Medieninteresse an RD-spezifischen Themen werden, weswegen in dieser Arbeit auch durch das Anführen etlicher Artikel über RD-spezifische Themen ein Abbild dieser Stimmung erkennbar sein dürfte.

Themen wie demografische Entwicklung, Steigerungen der Einsatzzahlen und gleichzeitigem sich manifestierendem NotärztInnenmangel sind nur einige Themen, die für eine Erarbeitung der notwendigen Kompetenzen von SanitäterInnen in Österreich notwendig sind. Im Laufe der Arbeit werden neben den bereits kurz umrissenen Themen wie MigrantInnen als PatientInnen oder Bedeutung von Erfahrung und Praxis für die Versorgung von PatientInnen noch etliche weitere Themen, die Anforderungen an SanitäterInnen stellen, dargestellt.

3 Rettungsdienst

Der Begriff Rettungsdienst umfasst ein weites Feld an Tätigkeiten und fordert den unterschiedlichen Professionen einiges ab. Um die Gesamtheit des Rettungsdienstes zu erfassen, ist eine klare Trennung der Aufgabenfelder im Rettungsdienst notwendig.

Primäres Ziel des Rettungsdienstes stellt die Versorgung von akut erkrankten NotfallpatientInnen und deren rasche Einlieferung in intramurale Einrichtungen dar. Faktisch

ist der Umfang der Aufgaben des Rettungsdienstes aber noch weit größer. Laut Redelsteiner (2011c²) sollte der Rettungsdienst „als System zur notfallmedizinischen Behandlung, manchmal auch zur psychosozialen Erstbetreuung von Personen in akuten Notlagen, einschließlich eines möglichen Transportes in eine weiterbehandelnde Einrichtung“ (2011c²: 5) definiert werden. Eine Unterteilung des Rettungsdienstes in die beiden Begriffe *Notfallrettung* und *Krankentransport* ist ebenfalls sinnvoll, um unterschiedliche Aspekte des Rettungsdienstes, denen unterschiedliche Konzepte zu Grunde liegen, zu beschreiben.

Als Einsatz wird eine aus einem Auftrag oder persönlichen Beschluss resultierende rettungsdienstliche Tätigkeit verstanden. (vgl. ÖNORM S 2304: 2011). Ferner können Einsätze sowohl in Primäreinsätze – welche eine Versorgung vor Ort beinhalten und mit anschließendem Transport verknüpft sind – und Sekundäreinsätze – welche eine Übernahme von PatientInnen zur Verlegung in (Schwerpunkt-)Krankenhäuser oder Kliniken mit unterschiedlichen Spezialisierungen umfassen – unterteilt werden. Neben diesen beiden Formen von (Notfall-)Einsätzen gibt es auch noch den (qualifizierten) Krankentransport, durch welchen PatientInnen auch in Nicht-Notfällen in Gesundheitseinrichtungen transportiert werden. (vgl. Redelsteiner, 2011c²:5)

Ein weiteres kennzeichnendes Merkmal des Rettungsdienstes ist, dass dieser auch Teil der sogenannten Rettungskette ist, die den Versorgungsweg von PatientInnen beschreibt. (vgl. Hellmich, 2010: 66) Während hierbei Sofortmaßnahmen und Notruf vor dem Handeln des Rettungsdienstes relevant und als Erste-Hilfe-Maßnahmen klassifiziert sind, sorgt der Rettungsdienst für die anschließende Versorgung von PatientInnen am Notfallort und führt diese dann weiterer Versorgung im Krankenhaus zu. Bezieht man auch die Leitstelle in die Definition des Rettungsdienstes mit ein, so wird der RD schon mit Absetzen des Notrufes durch Laien aktiv. (vgl. Schranz, 2018: 40)

3.1 Notfallrettung

Die Notfallrettung ist ein Teilbereich des Rettungsdienstes und dient der Versorgung von NotfallpatientInnen. Die Notfallrettung ist zugleich jener Bereich des RD, welcher die größte Popularität unter MitarbeiterInnen und den Medien genießt. Unterschiedliche medizinische Professionen kommen darin bei differenzierten (Notfall-)Einsätzen zum Einsatz, wobei interne Erkrankungen, Vergiftungen, aber auch traumatologische Notfälle bewältigt werden

müssen. (vgl. Reisinger, 2012: 49) Zusätzlich kommt es aber auch im Zuge von Einsätzen immer häufiger zu psychiatrischen oder sozialen Problemstellungen.

Per Definition liegt ein solcher Notfall vor, wenn Vitalfunktionen von NotfallpatientInnen bedroht, gestört oder sogar schon ausgefallen sind. Eine akute Gefährdung des Lebens bzw. der Gesundheit ist gegenwärtig. Das Ereignis des Notfalls erfordert unverzügliche (Rettungs-) Maßnahmen unter enormem Zeitdruck. (vgl. ÖNORM S 2304:2011).

Ein weiterer Terminus, welcher oft synonym für Notfallrettung verwendet wird, ist *Prälinik*. Die Prälinik, ein Teil der Notfallmedizin, stellt einen vorgelagerten Teil von Intensivtherapie von PatientInnen dar, weshalb auch der Stand der aktuellen Intensivmedizin als Maß für die Prälinik herangezogen werden sollte. (vgl. Müller & Huber, 1994²: 4) In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Prälinik aber auch gleichbedeutend mit Notfallrettung verwendet. Dies gilt ebenfalls für Fälle in denen SanitäterInnen ohne Hilfe von NA NotfallpatientInnen versorgen, wie es in Österreich oft gelebte Praxis ist.

3.1.1 NotfallpatientInnen

Das Klientel, welches im Zuge der Notfallrettung zu versorgen ist, wird NotfallpatientInnen genannt. Laut dem SanG §10 sind NotfallpatientInnen:

„Patienten, bei denen im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, einzutreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist.“ (RIS, 2020a)

Eine deutlich ältere, dennoch relevante Definition eines/r NotfallpatientIn interpretiert diese/n als:

„ein unmittelbar vom Tod oder schwerer gesundheitlicher Schädigung bedrohter Verletzter oder Kranker. Lebensbedrohliche Störungen oder schwere gesundheitliche Schädigung sind bereits vorhanden zu erwarten oder nicht auszuschließen.“ (Müller & Huber, 1994²: 109)

NotfallpatientInnen werden im Zuge der Notfallrettung mit Rettungswägen (RTW) in eine Zielklinik transportiert. (vgl. ebd.: 110)

3.2 Krankentransport

Der Krankentransport ist ebenfalls ein Teil des Rettungsdienstes, durch welchen betreuungspflichtige PatientInnen ohne vorherrschende akute Vitalbedrohung zu

Einrichtungen des Gesundheitswesens transportiert werden. (vgl. Redelsteiner, 2011c²: 5) Diese PatientInnen können krank, verletzt oder in sonstiger Form hilfsbedürftig sein, stellen aber keine NotfallpatientInnen dar. Nichtsdestotrotz bedürfen sie fachgerechter (medizinischer) Betreuung und womöglich Erster Hilfe. (vgl. Hausreither & Kanhäuser, 2004: 61) Neben NotfallpatientInnen werden also auch PatientInnen, die keine sanitärtechnisch besonderen Anforderungen an den Transport stellen, da keine Bedrohung von lebenswichtigen Funktionen vorliegt, durch Rettungsdienst-Organisationen transportiert. (vgl. Müller & Huber, 1994²: 109) Diese „Nicht-Notfallpatienten“ werden üblicherweise mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert. (vgl. ebd.: 111) Die eingesetzten Transportmittel sind vorwiegend Tragstuhl und Krankentrage, wobei auch etliche PatientInnen selbst oder unterstützt gehen können.

Bei diesen mit KTW durchgeführten Transporten kann es, obwohl es sich nicht um die Notfallrettung handelt, ebenfalls zu Notfällen kommen. Deswegen muss das eingesetzte Personal auch im Stande sein, qualifizierte Erste Hilfe zu leisten.

Reisinger (2012) nennt folgende typische Transporte im Zuge des KTP:

„Einweisungen durch einen niedergelassenen Arzte/eine niedergelassene Ärztin in eine Krankenanstalt, Transporte zwischen Krankenanstalten und Behandlungszentren, Heimtransporte und Behandlungsfahrten von gesundheitlich beeinträchtigten PatientInnen“. Dabei werden die PatientInnen in der Regel mit dem Tragesessel oder der Fahrtrage befördert. (2012: 49)

Zusätzlich kann im Zuge von Krankentransporten noch zwischen qualifiziertem KTP und einfachem KTP unterschieden werden. Als Beispiel für einen qualifizierten KTP wäre hierbei ein nicht-gefähiger Dialysepatient zu nennen, der zur Dialyse ins Krankenhaus und wieder retour transportiert werden muss. (vgl. Jochum: 2017: 9) Bei KTP wird aber oft darauf vergessen, dass hierfür ebenso Qualität und eine Spezialisierung des Personals vonnöten ist. (vgl. Kaltenberger, 2017³: 43ff.) Bei einfachem KTP, oder auch Krankenfahrten genannt, handelt es sich um eine geplante Beförderung kranker Personen, welche allerdings während der Fahrt keiner medizinischen oder fachgerechten Betreuung bedürfen. Eine solche Krankenfahrt kann also auch mit Taxis erfolgen. (vgl. Binder, 2018)

Betrachtet man den Rettungsdienst insgesamt, so zeichnen KTP sogar für einen Großteil des Gesamtvolumens verantwortlich. (vgl. Bens, 2004: 44) Neben der großen Anzahl von Transporten, die für eine hohe Beanspruchung des Systems verantwortlich sind, haben KTP aber auch mit einem Image-Problem innerhalb der RD-Community zu kämpfen. KTP lastet

eine Reputation von Langeweile, Schlepperei, Plagerei oder Vergeudung von Ressourcen an. Nichtsdestotrotz bieten KTP aber laut Kaltenberger (2017³) auch Faktoren, welche im Zuge des Rettungsdienstes mitunter nicht gegeben sind. So bilden KTP oft das finanzielle Rückgrat von HiOrgs. Zusätzlich kann bei KTP auch eine Sinnhaftigkeit ausgemacht werden, da die PatientInnen nicht selbst von A nach B kommen und KTP für diese Personen in dieser Situation von großer Bedeutung sind. Zusätzlich werden auch die persönliche Wahrnehmung und Demut geschult, sofern SanitäterInnen dies zulassen. (vgl. 2017³: 42f.)

3.3 Rettungsdienstsysteme

International kommen unterschiedliche Rettungsdienstsysteme zum Einsatz. Während es in Österreich ein NA- und SanitäterInnen-basiertes System gibt, kommen etwa in Großbritannien hochqualifizierte Paramedics in einem Paramedic-System bei der Versorgung von NotfallpatientInnen zum Einsatz.

3.3.1 Notarztsystem

In Österreich wird das sogenannte franko-germanische Modell der Notfallversorgung angewendet, welches notarztbasiert ist. (vgl. Prause & Kainz, 2014; Prause et al. 2017: 506;) Dies bedeutet, dass sowohl Sanitätspersonal als auch NA zu PatientInnen in Akutsituationen ausrücken. (vgl. Neumayer & Baubin, 2011:45ff) Diese Form des RD findet sich neben Österreich auch in Deutschland, Griechenland, Malta und Frankreich. (vgl. Al-Shaqsi, 2010: 320f.)

Neben SanitäterInnen wird in einem solchen System ein NA-besetztes Rettungsmittel zu den NP gesendet. Möglichkeiten zum Einsatz von NA bieten sich als Kompaktsystem in Form eines Notarztwagens (NAW) mit Hilfe eines Notarzteinsatzfahrzeuges (NEF) in einem Rendezvous-System oder unter Beteiligung von NotarztHubschraubern (NAH). (vgl. Reisinger, 2012: 49)

In vielen Fällen wird als Begründer von NA-Systemen der Chirurg Kirschner (1938) zitiert: „Nicht der Patient muss so schnell wie möglich zum Arzt, sondern der Arzt zum Patienten, da die Lebensgefahr in unmittelbarer Nähe zum Notfallereignis am größten ist“ (1938 in Grabinsky & Schubert, 2012: 20) Ob diese Aussage grundlegend für die Existenz von NA-Systemen zu werten ist, kann nicht belegt werden. Fakt ist dennoch, dass ein zentraler

Aspekt dieser Systeme – nämlich dass ÄrztInnen zuerst zu NotfallpatientInnen kommen und nicht umgekehrt – in diesem Zitat abgebildet ist. (vgl. Al-Shaqsi, 2010: 321) Eine erste (notärztliche) Versorgung und Stabilisierung der PatientInnen erfolgt also meist direkt vor Ort.

3.3.2 Paramedicsystem

International ist es aber nicht immer der Fall, dass Sanitätspersonal gemeinsam mit NA zu PatientInnen in Akutsituationen ausrücken. In einem Paramedic-System (vgl. Damm, 2004: 314ff.; Dick, 2004:305f.) – auch anglo-amerikanisches System genannt – werden kritische PatientInnen rein (oder überwiegend) von nicht-ärztlichem Personal versorgt. Dies ist unter anderem in den USA, Kanada, Neuseeland oder Australien der Fall. (vgl. Al-Shaqsi, 2010: 320f.)

In großen Teilen solcher Systeme weisen jene MitarbeiterInnen eine mehrjährige Ausbildung und können auf einen umfangreichen Maßnahmenkatalog zurückgreifen. Eines der geläufigsten Beispiele eines paramedizinischen Systems stellt Großbritannien dar. Die Ausbildung und der Kompetenzrahmen, welcher Kompetenzen als Befugnisse versteht, werden durch das College of Paramedics beschrieben. (vgl. COP, 2017⁴; 2018) Bis 2010 waren die Ausbildungen von Paramedics dort allerdings auch nicht einheitlich geregelt. Seither handelt es sich um einen 3-jährigen Studiengang mit Bachelor-Abschluss in Form eines Bsc. (vgl. Rigaud, 2017) Aufbauend auf dieser Ausbildung und Praxiserfahrung können noch Vertiefungen, etwa jene zum Critical Care Paramedic (CCP), abgeschlossen werden. (vgl. EEAST, 2016)

Die Notfallversorgung durch Paramedics ist meist sehr Algorithmen-bezogen. Die dadurch festgelegten Handlungsrahmen unterscheiden sich oft stark zwischen den Ländern oder auch zwischen den einzelnen Regionen in diesen Ländern. (vgl. Meyer, 2010: 14) Ein kurzer Überblick über unterschiedliche Ausbildungen in Paramedic-Systemen kann in Hellwagner (2015b) gefunden werden.

3.4 Rettungsdienst international

Wie bereits beschrieben, wird Rettungsdienst meist in Form des Notarzt- oder Paramedic-Systems durchgeführt. Gegenüberstellungen dieser beiden Systeme, welche unterschiedliche Aspekte beider Systeme beleuchten, finden sich bei Hellwagner (2015a:

48f.), Al-Shaqsi (2010: 320f.) und Katzenmeier und Schrag-Slavu (2010: 162ff.). Die Versorgungsstrategie in Paramedic-Systemen war meist eine schnellstmögliche Versorgung mit möglichst zügigem Transport, was oft als „scoop and run“ oder auch „load and go“ bezeichnet wird. Im Notarztsystem hingegen führte man eine möglichst umfassende Versorgung vor Ort durch. Dies wird auch als „stay and play“ bezeichnet. Diese beiden Strategien galten lange als ein entscheidender Parameter, wie Notfallversorgung in den beiden unterschiedlichen Systemen durchgeführt wurde. (vgl. Sefrin, 1997) Dies ist allerdings nicht mehr dermaßen eindeutig zu identifizieren – also überholt. (vgl. Gretenkort et al. 2017: 272) Auf Grund der immer professioneller agierenden Paramedics und in vielen Fällen der Notwendigkeit eines raschen Transportes auch unter Beteiligung von NA, ist eine Differenzierung der Systeme anhand von einzelnen Versorgungsstrategien nicht mehr dermaßen leicht möglich.

2008 veröffentlichte die WHO eine Übersicht zu den unterschiedlichen Rettungsdiensten in Europa, welche allerdings nicht mehr gänzlich aktuell ist, wie etwa das Beispiel Deutschland zeigt. (vgl. WHO, 2008) Die Europäische Kommission bietet auch eine Datenbank, in der einige RD-Ausbildungen der im EU-Raum tätigen Professionen mit dazugehörigen Links zu Informationen angeführt werden. (vgl. EK, o.D.) Eine Unterteilung der genannten Professionen in diese beiden Systeme erfolgt allerdings nicht. Ebenso wenig wird zwischen der Dauer und den Handlungsrahmen unterschieden, weswegen Berufsbezeichnungen oft ident oder ähnlich sind, sich im Vergleich mehrerer Länder aber stark unterscheiden können.

3.4.1 Terminologien – Homonyme

Rein terminologisch gesehen gibt es international ähnliche Begriffe, die teilweise komplett unterschiedliche Ausbildungsstufen und Tätigkeitsbereiche abdecken. Beispielfähig wären hier der österreichische Rettungssanitäter und der Schweizer diplomierte Rettungssanitäter (Rettungssanitäter/in HF) zu nennen. Die Begriffe sind phonetisch ident, stellen aber eigentlich Homonyme dar. Während österreichische RettungssanitäterInnen mit 100 Stunden Theorie und 160 Stunden Praxis ausgebildet sind (vgl. RIS, 2020a), müssen Schweizer Rettungssanitäter einen 3-jährigen Lehrgang an einer höheren Fachschule absolvieren. (vgl. Berufskunde.com, o.D.; Höhere Fachschule für Rettungsberufe, 2008)

Ähnliches gilt auch für die Bezeichnung NotfallsanitäterIn. In Deutschland handelt es sich um einen Beruf, dem eine 3-jährige Ausbildung vorangeht, worauf im Anschluss noch weiter

eingegangen wird, in Österreich haben NotfallsanitäterInnen eine Ausbildungsdauer von 900 Stunden hinter sich. (vgl. RIS, 2020a)

Auch bei Übersetzungsversuchen kommen oft große Unterschiede auf. Während es bei Übersetzungen dazu kommen kann, dass aus RettungssanitäterInnen in Österreich Paramedics werden, haben auch diese beiden Qualifikationsstufen wenig gemein. Exemplarisch soll hier die Ausbildungsdauer von 260 Stunden in Österreich (vgl. RIS, 2020a) im Vergleich zu 2000–5000 Stunden bei Paramedics erwähnt werden. Der österreichische NKI stellt aber dennoch hinsichtlich des Tätigkeitsbereichs und der rechtlich möglichen Maßnahmen eine Art „Basic-Paramedic“ dar. (vgl. Hellwagner, 2015a: 53ff.)

Im Rahmen einer Präsentation der Forschungsthematik dieser Arbeit in englischer Sprache wurden RS mit „ambulance personell“ bzw. NFS-NKI mit „paramedics“ übersetzt. (vgl. Schober, 2019) Dies diente aber vor allem einer leichteren Verständlichkeit der Thematik für ein Nicht-Fachpublikum. Bleibt man im angloamerikanischen Paramedic-System, so ließen sich RS gut mit Emergency-Medical-Technician Basic (EMT-B) und NKV, NKI als EMT-I (Intermediate) bzw. mit großem Interpretationsspielraum als EMT-P, den eigentlichen Paramedics, übersetzen. In den Zeugniserläuterungen des europaweiten Projektes *Europass* wurden RS mit „first-level emergency medical technician“ und NKI mit „second-level emergency medical technician with special emergency qualifications regarding artificial respiration and intubation“ übersetzt. (vgl. NCE 2019a, 2019b)

Aus persönlicher Erfahrung des Forschers im US-Paramedic-System muss allerdings gesagt werden, dass es auch in den USA in unterschiedlichen Verwaltungsbereichen und HiOrgs große Unterschiede im Einsatzbereich von SanitäterInnen gibt – man kann sich mancherorts auch fast wie zuhause in Österreich fühlen, wenn auf einer *ambulance* zwei freiwillige *EMT-B* zu Notfällen ausrücken und nur bei Bedarf von zwei hochqualifizierten *Paramedics* unterstützt werden.

3.4.2 Beispiel: Deutschland – NotfallsanitäterIn

Mit dem Notfallsanitätergesetz (NotSanG) und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung (NotSan-APrV) trat am 01.01.2014 der deutsche Notfallsanitäter in Erscheinung. Dieser NotSan hat allerdings mit der Ausbildungsdauer des österreichischen Notfallsanitäters wenig gemeinsam, da es sich hierbei um eine 3 Jahre dauernde Ausbildung handelt. (vgl. Bens & Lipp, 2014: 21ff.)

Während bis 2014 hauptsächlich Rettungsassistenten den Rettungsdienst in Deutschland durchführten, werden diese nach und nach vom Notfallsanitäter abgelöst. Kernpunkt des Notfallsanitäters war, dass sich die Ausbildung vom RettAss hin zum NotSan von zwei auf drei Jahre erhöht wurde. Es wurden auch etliche weitere Neuerungen umgesetzt. Demnach sind die Auszubildenden angestellt und erhalten vom jeweiligen Träger des Rettungsdienstes ein Entgelt. Dies stellt eine enorme Verbesserung dar, da es sich bei der Ausbildung zum RettAss meist um eine selbst zu bezahlende Ausbildung handelte. Ein entscheidender Punkt ist, dass es sich hier um eine möglichst output-orientierte Ausbildung im Rettungsdienst handelt, welche über ein hohes Maß an beruflicher Handlungskompetenz verfügt und auch auf Kompetenzen in Form von Fach-, Sozial-, Personal- und Methodenkompetenzen abzielt. Das Maß an eigenständiger Handlungsfähigkeit wurde ebenfalls erhöht, und so dürfen NotSan unter anderem heilkundliche Maßnahmen oder Versorgungen von PatientInnen nach deren Lebenssituationen durchführen, was bisher nicht möglich war. (vgl. Ohder, 2014: 17) Der Fokus auf Kompetenzen und den Einbezug unterschiedlicher didaktischer Mittel kann etwa im Ausbildungsziel im §4 ausgemacht werden:

„Die Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand rettungsdienstlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung und teamorientierten Mitwirkung insbesondere bei der notfallmedizinischen Versorgung und dem Transport von Patientinnen und Patienten vermitteln. Dabei sind die unterschiedlichen situativen Einsatzbedingungen zu berücksichtigen. Die Ausbildung soll die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter außerdem in die Lage versetzen, die Lebenssituation und die jeweilige Lebensphase der Erkrankten und Verletzten und sonstigen Beteiligten sowie deren Selbständigkeit und Selbstbestimmung in ihr Handeln mit einzubeziehen.“ (BMJV, 2019)

Der Inhalt dieses Paragraphen bildet etliche Themen ab, die in weiterer Folge auch für den Ö-RD als relevant erkannt und thematisiert wurden. Dies ist auf Grund der ähnlichen Gegebenheiten beider RD-Systeme wenig verwunderlich.

Wegen des Umstands, dass es sich um eine dreijährige Ausbildung handelt, die auch großes didaktisches Geschick und Können verlangt, ist für Lehrkräfte eine Ausbildung auf Bachelorniveau erforderlich. Zusätzlich zu dieser höheren pädagogischen Qualifizierung als vor dem NotSanG kam es zu einer Verzahnung der Schulen mit Praxisinstitutionen wie den Rettungswachen und Krankenhäusern. (vgl. Ohder, 2014: 17)

In Baden-Württemberg wurde ein kompetenzorientiertes Curriculum erstellt, welches unter anderem „Kompetenzbeschreibungen, die sich an vollständigen beruflichen Handlungen orientieren und den Endzustand von Kompetenzbreite und -tiefe am Ende des Lernfeldes darstellen“ (Ohder, 2014: 18) beinhaltet. Des Weiteren wurden ein spiral curricularer Aufbau verwendet und die Orientierung an Lernfeldern, wie von der Kulturministerkonferenzen von 2011 gefordert, eingebunden. Ein starker Bezug dieses Curriculums, aber auch generell der NotSanA-PrV zum Konstruktivismus wurde durch Roder (2016:20) belegt.

Obwohl es für NotfallsanitäterInnen in Deutschland noch etliche Problembereiche gibt, wie etwa die Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen ohne NA, kann man diese Ausbildung als eine professionelle, zeitgemäße, wenn auch nicht tertiäre Ausbildung im Rettungsdienst gesehen werden, wovon in Österreich derzeit keine Rede sein kann. Eine detaillierte Übersicht mit unterschiedlichen Stellungnahmen zur Entwicklung des rechtlichen Status von NotfallsanitäterInnen in Deutschland und der Durchführung von heilkundlichen Maßnahmen kann in der gratis Spezialausgabe in Form eines elektronischen Dossiers des Rettungsdienst-Magazins gefunden werden. (vgl. Rettungsdienst, 2019)

3.5 Rettungsdienst Österreich

Spricht man in großen Teilen Österreichs vom Rettungsdienst werden meist „die Rettung“ und „das Rote Kreuz“ synonym verwendet. Tatsächlich sieht die Rettungsdienstlandschaft weit differenzierter aus. Es gibt verschiedene Aufgabenbereiche für den Rettungsdienst und auch etliche Hilfsorganisationen, welche diese Tätigkeiten ausüben. Das zugrundeliegende Prinzip der Notfallversorgung stellt das franko-germanische Modell, welches von SanitäterInnen unter Einbezug von NA abgewickelt wird, dar.

Die rechtlichen Hintergründe des Ö-RD wurden im Zuge von einschlägiger Fachliteratur schon hinreichend beleuchtet. Daher werden sie in dieser Arbeit nur in gewissen Bereichen, wie etwa der Ausbildung und dem (un-)differenzierten Einsatz von SanitäterInnen in Österreich, umrissen. Ausführliche Beschreibungen zu rechtlichen Aspekten können in einschlägiger Literatur gefunden werden. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016; Andraeus, 2009; Weisser, 2009; Halmich, 2012a, Halmich, 2012b; Halmich, 2017; Schwamberger, 2009³, Lisel & Gpart, 2004; Hausreither & Kanhäuser, 2004; Stärker, 2011; Burkowski et al 2016; Holzer et al. 2012; Koppensteiner, 2014, Aigner et al. 2011²)

Der durch das SanG geregelte Oberbegriff des Ö-RD lautet „Sanitätsdienst“. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 74) SanitäterInnen werden darin im Bereich der qualifizierten Hilfe, Sanitätshilfe und Rettungstechnik tätig. (vgl. ebd.: 76ff.) Zusätzlich werden auch therapeutische und diagnostische Tätigkeiten ausgeführt. (vgl. RIS, 2020a)

Die Folgende Abbildung „Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich“ bildet den Tätigkeitsbereich des Ö-RD auf Basis der Erfahrungen und Einschätzungen von ExpertInnen der durchgeführten Forschungsworkshops ab.

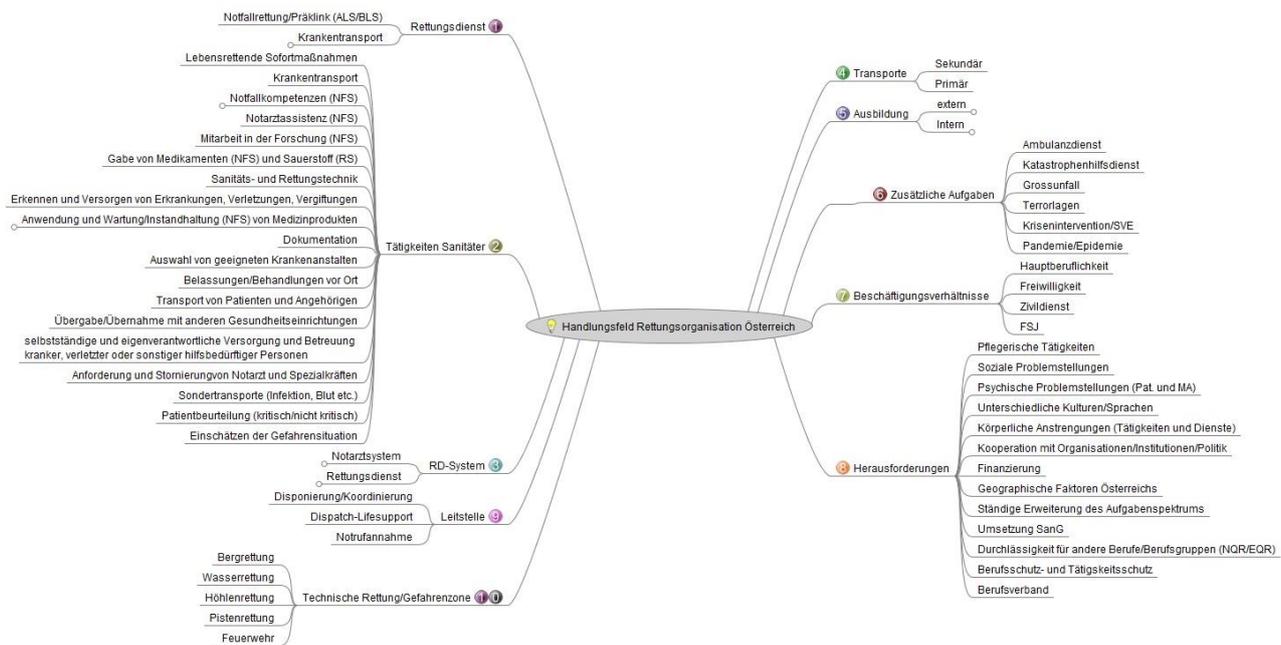


Abbildung 4 Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich

Die Kernbereiche der Rettungsorganisation Österreich umfassten demnach: Rettungsdienst, Tätigkeiten Sanitäter, RD-System, Leitstelle, Technische Rettung/Gefahrenzone, Transporte, Ausbildung, zusätzliche Aufgaben, Beschäftigungsverhältnisse und Herausforderungen.

Versucht man die Frage zu beantworten, welche Rolle der RD im gesamten Gesundheitssystem einnimmt, ist dies relativ einfach zu beantworten. Der Status-Quo ist, dass der RD als Erstversorger von PatientInnen und als Zubringer für medizinische Einrichtungen gesehen werden kann. (vgl. Redelsteiner, 2014: 112) Allerdings wäre hier ein Paradigmenwechsel wünschenswert und notwendig, indem der RD eine wesentliche Rolle in der Primärversorgung von PatientInnen spielen sollte und Behandlungen vor Ort, Belassungen, Alarmierungen von weiteren Einsatzkräften wie NA, HausärztInnen, (Haus-

)KrankenpflegerInnen, Verweisung zu FachärztInnen und Transporte in ambulante bzw. stationäre Einrichtungen erfolgen können. (vgl. ebd.: 165)

3.5.1 Geschichte des Rettungsdienstes in Österreich

Obwohl der Österreichische Rettungsdienst gegenwärtig im Vergleich mit anderen Ländern wenig Reformen und Systemanpassungen erfuhr, war Österreich einer der Vorreiter des Europäischen Rettungswesens. (vgl. Andreas, 2009: 10ff.) Dies ist aber – wie in vielen anderen Bereichen Österreichs auch – auf einschneidende Ereignisse in der Geschichte zurück zu führen.

Ein solches einschneidendes Erlebnis im Ö-RD war mit Sicherheit der Ringtheaterbrand in Wien, bei dem 400 Menschen ihr Leben verloren. Schon 1882 wurden dem Wiener Rettungsdienst in der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“ der *"hereditäre[...] schlendrianus und schlamperismus austriacus"* attestiert, da man annahm, dass das Ausmaß der Katastrophe mit einem organisierten Rettungsdienst weit geringer ausgefallen wäre. Bald nach dieser Katastrophe wurde der Rettungsdienst durch freiwillige Organisationen koordiniert und auch schon erste Krankentransporte durchgeführt. (vgl. Krakovsky, 2017)

Mitte des 20. Jahrhunderts wurde der Rettungsdienst dann zunehmend professioneller, wobei nach und nach spezielle Fahrzeuge und dann in weiterer Folge auch NA eingesetzt wurden, mitunter auch in Hubschraubern. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 20) Die Versorgung der Wiener Bevölkerung war hierbei meist durch NA sichergestellt, wobei in den übrigen Bundesländern überwiegend HausärztInnen zu NotfallpatientInnen ausrückten. (vgl. Novak & Sterz, 2011²: 59f.)

Bezüglich der Ausbildungen von SanitäterInnen gab es große Differenzen zwischen den ausgeübten Tätigkeiten und der SanitäterInnenausbildung. (vgl. Jochum, 2018: 15ff.) 1961 erfolgte erstmals eine Verpflichtung für die Ausbildung im *Sanitätsdienst*. (vgl. Gründling, 2011: 206) Die daraus resultierenden, stark unterschiedlichen SanitäterInnenausbildungen wurden – entgegen diverser Vorschläge – zu einer mehrjährigen Berufsausbildung (vgl. Müller & Huber, 1994²), 2002 dann im Zuge des SanG harmonisiert und als die heute bestehenden Module vom RS zum NKI eingeführt. (vgl. RIS, 2020a) Eine Übersicht der Entwicklung des Ö-RD vom aufgeklärten Absolutismus bis hin zu Ausbildungen vor und im SanG kann bei Brodinger (2014) gefunden werden.

Seither gibt es, wie später im Kapitel 3.5.5 beschrieben wird, zwar viele Bestrebungen die Ausbildung von SanitäterInnen zu verlängern, aber auch eine Evaluierung des SanG führte hierbei zu keinen gravierenden Änderungen in der Ausbildung von SanitäterInnen.

3.5.2 System des Österreichischen Rettungsdienstes

Das System des österreichischen Rettungswesens basiert auf NA und SanitäterInnen. Die jeweiligen Ausbildungen und auch Kompetenzen im rechtlichen Sinn beruhen auf berufsrechtlichen Vorschriften. (vgl. Burkowski & Halmich, 2018: 18) Im Falle der SanitäterInnen ist dies ein Bundesgesetz, das sogenannte Sanitätergesetz und die damit verbundene Ausbildungsverordnung. (vgl. RIS, 2020a, 2020b) Der Tätigkeitsbereich von nicht-ärztlichem RD-Personal erweiterte sich aber durch die gestiegenen Anforderungen seit der Einführung des Gesetzes drastisch. Der grob umschriebene Tätigkeitsbereich von RS bis NKI im Bereich des Rettungs- und Krankentransportdienstes reicht von Durchführung von KTP über die Assistenz von NA bis hin zur selbstständigen Versorgung von NotfallpatientInnen. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 22) (Notfall-)Einsätze, welche im Zuge dieser Tätigkeiten durchgeführt werden, können zusätzlich kategorisiert werden.

Bei Primäreinsätzen werden in vielen Fällen vorerst nur SanitäterInnen zu PatientInnen entsendet. Diese Disponierung erfolgt in der Regel von einer Leitstelle, welche Notrufe über die Nummer 144 entgegennimmt. Ist eine Lebensbedrohung der PatientInnen wahrscheinlich, werden zugleich oft NA durch die jeweilige Leitstelle mitalarmiert. Dies kann bodengebunden oder in der Luft erfolgen.

NA können, wie beschrieben, einerseits bereits bei Notrufeingang entsendet werden, in der Praxis erfolgt dies allerdings oft in Form einer Nachalarmierung durch SanitäterInnen. (vgl. Reisinger, 2012: 8) Die Ausbildungsstufen der österreichischen SanitäterInnen, welche zu diesen Notfällen ausrücken, unterscheiden sich teilweise von Bundesland zu Bundesland und von HiOrg zu HiOrg. Von einem differenzierten Einsatz der unterschiedlichen Ausbildungsstufen von SanitäterInnen kann aber in Österreich großteils nicht gesprochen werden. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 23) Dies ist auf neun unterschiedliche Rettungsdienstgesetze der Länder zurückzuführen, welche Berufs- und Tätigkeitsvorschriften beinhalten. (vgl. ÖGERN, 2016: 1) Eine Möglichkeit, dies umzusetzen, wäre etwa, Mindestqualifikationen der Besatzung von RTW vorzuschreiben. Allerdings hat

sich eine Trennung von KTP und NFR sowie des Einsatzmaterials und der eingesetzten Qualifikationen des Personals bisher nur in manchen Regionen Österreichs etabliert. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 147f.)

Während in Wien mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mindestens ein/e NotfallsanitäterIn (mit Notfallkompetenz) am Rettungswagen zu NotfallpatientInnen ausrückt, ist dies etwa in Oberösterreich selten der Fall, und so werden PatientInnen oft nur von RS versorgt. Gleichzeitig kann es aber auch andersorts vorkommen, dass NotfallsanitäterInnen zu Krankentransporten ausrücken, während weniger qualifizierte RS zu Notfällen ausrücken. (vgl. ÖGERN, 2017a) Diese sind natürlich durch ihren geringeren Handlungsspielraum und -rahmen eingeschränkt und können oft nur PatientInnen schnellstmöglich ohne weiterführende Versorgung (im Sinne der *Load-and-go-Praktik*) in die Klinik transferieren. Laut einer Stellungnahme von ÖGERN (2016) widerspricht dieses undifferenzierte Einsetzen von unterschiedlichen Qualifikationen bei nicht-ärztlichen Rettungsmitteln PatientInnenschutzabwägungen und auch den Intentionen des SanG. (vgl. 2016: 1ff.)

Grundsätzlich kann einfacher KTP – ebenfalls Krankentransporte genannt – auch außerhalb des Rettungsdienstes erfolgen, was allerdings teilweise kritisch hinterfragt wird. (vgl. Kaltenberger, 2017³: 48f.; Binder, 2018) Im Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz wird sogar explizit gefordert, dass SanitäterInnen eingesetzt werden müssen, wenn „es medizinisch erforderlich ist, kranke, verletzte oder sonstige hilfsbedürftige Personen liegend oder sitzend unter Einsatz eines Tragsessels oder einer Krankentrage oder von Geräten zum Immobilisieren (z.B. Schienen, Vakuummatratzen) fachgerecht zu transportieren.“ (vgl. RIS, 2020g) Auf Grund dieser Änderungen im April 2019 kommt es gegenwärtig zu immer längeren Wartezeiten in Wiener Krankenanstalten, da viele dieser Transporte bislang von Unternehmen außerhalb des RD abgewickelt wurden. (vgl. ORF Wien, 2019)

3.5.2.1 (Rettungs-)Verbundsystem

Rettungswesen aus österreichischer Sicht bedeutet oft, dass es sich dabei um ein (Rettungs-) Verbundsystem handelt. In diesem System werden Notfallrettung und Krankentransport mit den gleichen Einsatzmitteln parallel praktiziert. (vgl. Hubmayr, 2018: 8) Zusätzlich können auch Großunfälle, sowie je nach Bedarf auch Teile der Katastrophenhilfe von den gleichen Ressourcen bedient werden. Da der Notarztendienst bzw. die Notfallrettung mit den größten Kosten zu Buche schlagen und oft schwer planbar sind, stellen diese beiden Bereiche die

HiOrg vor das Problem der Finanzierung. (vgl. Jochum, 2017: 12) Das Resultat ist daher oft eine Querfinanzierung dieser Bereiche durch Einnahmen aus dem Krankentransportbereich. (vgl. Jochum, 2018: 13f.) Natürlich wird auch ein beträchtlicher Teil der Kosten durch die Öffentlichkeit subventioniert. Von 1990 auf 2013 stiegen die Kosten für KTP und RD in Österreich von 115 Million Euro auf 347 Millionen Euro. (vgl. Pacic, 2015: 497)

In der Kampagne „Retten wir die Rettung“ machte das ÖRK gegen eine mögliche Zerschlagung dieses Systems mobil und nannte vor allem Kostenersparnis für die österreichische Bevölkerung und Freiwilligkeit als Hauptmotive, dieses System weiterzuführen. (vgl. ÖRK, 2017a) 2017 konnte das Rote Kreuz mit „Retten wir die Rettung“ nach eigenen Angaben die Kommerzialisierung des öffentlichen RD in Österreich verhindern. (vgl. ÖRK, 2017b) Für das Konzept hinter dieser Aktion erhielt das ÖRK auch einen PR Staatspreis verliehen. (vgl. PRVA, 2017)

Seit mehreren Jahren, hat sich vor allem bei der größten HiOrg Österreichs, dem Roten Kreuz, der Begriff SEW, Sanitätseinsatzwagen, etabliert, welcher sowohl für Notfallrettung und Krankentransport eingesetzt wird, wodurch es auch zu einer Vermischung der unterschiedlichen Qualifikationsstufen kommt. Dies ist dem sogenannten Verbundsystem geschuldet. Dieses System ist nur möglich, wenn es keine Verordnungen zur Mindestqualifikation des Personals gibt. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 24) Dies bedeutet gleichzeitig aber auch, dass potenziell zwei RS ohne NFS oder NA NotfallpatientInnen versorgen. Nachteile hierbei sind etwa, dass die jeweiligen Rettungsmittel nicht spezifisch für den Einsatzzweck, KTP oder Notfallrettung ausgestattet werden können und auch die MitarbeiterInnen nicht auf eines der beiden Felder spezialisiert sind. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 147.) Aspekten wie etwa der unterschiedlich-notwendigen Hygiene bei Transporten und Notfallrettung wird dabei oft wenig Beachtung geschenkt. (vgl. Kaltenberger, 2017³: 47f.)

Dementgegen sieht das Rote Kreuz (2017a) die hohe Versorgungsqualität für PatientInnen als einen großen Vorteil dieses Systems. Diese Versorgungsqualität bezieht sich allerdings auf die hohe Versorgungsdichte mit potenziellen Rettungsmitteln und die dadurch entstehende rasche Einsatzbereitschaft. Kompetenzen von SanitäterInnen scheinen hier keine Rolle zu spielen, sondern nur ein möglichst kostengünstiges und rasches Eintreffen am Notfallort. NotfallpatientInnen mit viel „Glück“ bekommen demnach ein hochqualifiziertes, auf Notfälle spezialisiertes Team. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 147f.) Andere haben weniger „Glück“ und werden von wenig qualifizierten Personal mit wenig Erfahrung versorgt. Mitunter

fürte dies in Österreich auch schon dazu, dass PatientInnen von SanitäterInnen für „tot“ erklärt wurden, auch wenn dies nicht der Fall war. (vgl. Die Presse, 2018)

Da die österreichische Rettungsdienstpraxis aus meist ökonomischen Gründen nicht dem Idealbild der Versorgung für PatientInnen entspricht, wird in dieser Arbeit nicht der Status-Quo des Systems beschrieben, sondern jene für (Notfall-)PatientInnen förderlichste. In dieser Arbeit erfolgt demnach eine Kategorisierung des Ö-RD in Krankentransport und Notfallrettung mit differenziertem Einsatz der unterschiedlichen Qualifikationsstufen des Personals. Die Prälinik bzw. Notfallrettung, in der NFS bis hin zur Ausbildung NKI, tätig sind wird als Advanced Life Support betitelt. Diese SanitäterInnen rücken zu NotfallpatientInnen aus und werden dabei im Bedarfsfall von NA unterstützt. Der Krankentransportbereich wird von RS abgedeckt, welche qualifizierte KTP durchführen, was auch Basic Life Support genannt wird.

3.5.2.2 Rettungsmittel

Betrachtet man die österreichische Rettungsdienstlandschaft, müssen diverse Einsatzmittel, welche zur Versorgung von PatientInnen eingesetzt werden, genannt werden. Für Krankentransporte werden meist Krankentransportwagen (KTW) verwendet. Dies kann auch in Form eines PKW erfolgen, welcher dann B-KTW, behelfsmäßiger Krankentransportwagen, genannt wird. KTW, die ebenfalls zu (Notfall-)einsätzen entsandt werden, werden speziell durch das ÖRK oft auch als Sanitätseinsatzwagen (SEW) bezeichnet und ersetzen in vielen Teilen Österreichs Rettungstransportwagen in Form des Verbundsystems (siehe dazu vorhergehendes Kapitel).

Existiert eine Trennung von KTP und Notfallrettung wird Notfallrettung meist in Form eines Rendezvous-Systems durchgeführt, bei dem Rettungswagen, RTW gemeinsam mit NEF, Notarzteinsatzfahrzeugen, zu NotfallpatientInnen ausrücken. PatientInnen werden dabei oft von SanitäterInnen erstversorgt und fahren nach Möglichkeit dem auf Anfahrt befindlichen NA-Mittel entgegen. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 92) Sollten die PatientInnen keine Lebensbedrohung aufweisen, entfällt meist das NEF bei diesen Einsätzen. Die Versorgung durch NA kann aber auch mit Hilfe eines Notarzt-Hubschraubers (NAH) oder auch mit Hilfe des Notarztwagens (NAW), einem Notarztmittel mit gleichzeitiger Transportmöglichkeit in einem Fahrzeug, durchgeführt werden. Während NAH speziell in den Wintermonaten Österreich zu dem Land mit der höchsten NA-Dichte weltweit machen, wurde das System mit NAW beinahe gänzlich durch RTW plus NEF und NAH ersetzt.

3.5.2.3 Organisationen im Ö-RD

In Österreich existiert eine Vielzahl an Organisationen, die direkt im Rettungsdienst tätig werden. Ein Großteil dieser Organisationen ist als NGO organisiert und wird nach dem Vereinsrecht behandelt. Eine Ausnahme stellt hier die Berufsrettung der Stadt Wien dar, welche den Rettungsdienst selbst betreibt. (vgl. Hansak, 2014²: 1141f.) Dies wäre grundsätzlich für jede Gemeinde Österreichs denkbar, da die Organisation und Finanzierung des Rettungsdienst Aufgabe der Gemeinden ist. (vgl. Andreaus, 2009: 21; Weisser, 2009: 11) Das ist aber in der Praxis wenig praktikabel und wird auch deswegen in Österreich nicht so gehandhabt.

Die folgenden Aufzählungen geben einen Überblick darüber, in welchen Organisationen SanitäterInnen im Ö-RD eingesetzt werden. Die Liste ist nicht weder vollständig, noch ist die Reihenfolge von Belang.:

Im herkömmlichen Rettungs- und Krankentransportdienst sind unter anderem folgende Akteure tätig: Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK), Johanniter Unfallhilfe (JUH), Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs (ASBÖ), Sozial Medizinischer Dienst Österreich (SMD), Malteser Hospitaldienst Austria, Grünes Kreuz, Rettungsdienst Tirol GmbH, Feuerwehr Admont, Berufsrettung Wien (MA70), Österreichischer Rettungsdienst (ÖRD).

Die Flugrettung stellt, mitunter bedingt durch die geografischen Begebenheiten, oft einen wichtigen Teil der Notarztversorgung eines Landes dar. (vgl. Zirwig, 2008: 59) Flugrettungsbetreiber in Österreich sind zum Beispiel: Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club (ÖAMTC), Martin Flugrettung, Air Rescue Austria (ARA), Wucher Helicopter, Österreichischer Bergrettungsdienst Vorarlberg, Schenk Air, Schider-Helicopter-Service (SHS).

Im Bereich der Sekundärtransporte gibt es mittlerweile ebenfalls etliche eigene Anbieter, zu ihnen zählen etwa: Interhospital Transfer, Inntal Intensivmobil, Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft (KABEG) und etliche weitere Anbieter.

Betriebe mit Betriebsrettung sind etwa Voestalpine in Linz oder Flughafen Wien-Schwechat.

Im Bereich der weiteren Organisationen, die SanitäterInnen einsetzen, wären etwa Österreichischer Bergrettungsdienst (ÖBRD), Österreichische Wasserrettung (ÖWR), Österreichisches Bundesheer (ÖBH), Feuerwehr, Zoll, Justizwache und Polizei zu nennen.

3.5.2.4 Die Vier Säulen des Österreichischen Rettungsdienstes

Der Österreichische Rettungsdienst stellt hinsichtlich der unterschiedlichen Anstellungsverhältnisse von MitarbeiterInnen ein Unikum dar. Während es, wie auch in anderen sozialen Berufen üblich, MitarbeiterInnen gibt, welche die Tätigkeit (haupt-)beruflich ausüben, gibt es auch noch drei weitere Möglichkeiten, im RD tätig zu werden. Diese unterscheiden sich aber auf Grund von diversen Besonderheiten von einer rein beruflichen Tätigkeit.

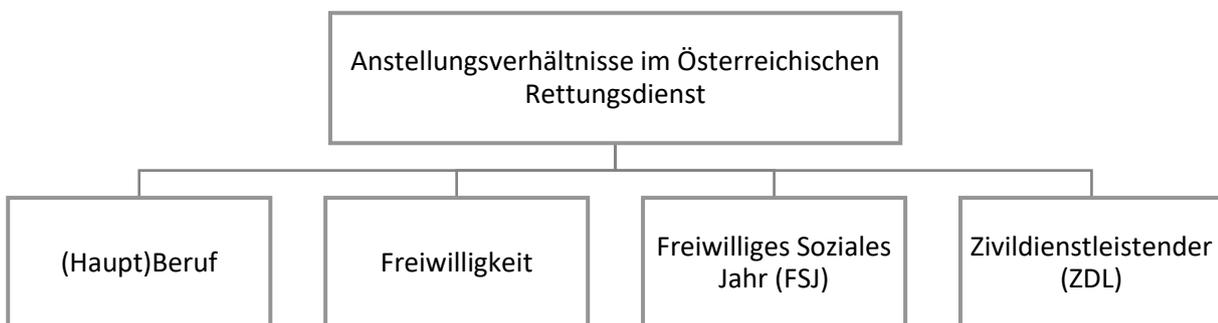


Abbildung 5 Anstellungsverhältnisse im Österreichischen Rettungsdienst

3.5.2.4.1 Freiwilligkeit

„Freiwilligkeit ist das ‚Grundnahrungsmittel‘ einer funktionierenden Gesellschaft! Ohne Freiwillige sind Rettungsdienst und Katastrophenhilfe in der derzeitigen Form nicht aufrecht zu erhalten.“ (ÖRK, 2012)

Nicht nur dieses Zitat des ÖRK unterstreicht die Relevanz von Freiwilligkeit in Österreich, auch Zahlen sprechen Bände: 28 Prozent der österreichischen Bevölkerung war 2012 in formelle Freiwilligenarbeit involviert. Im Katastrophenhilfsdienst sowie Rettungsdienst waren dies immerhin noch 5 Prozent der Bevölkerung. (vgl. Seebauer, 2013:3)

Das Jahr 2011 wurde offiziell als Jahr der Freiwilligentätigkeit in der EU titulierte. (vgl. Schantl, 2011) Damit rückte auch die ehrenamtliche Tätigkeit im RD ins Rampenlicht, allerdings wurden keine namhaften Reformen durchgeführt und die Situation blieb weitestgehend unverändert.

Die sogenannten *Freiwilligen* oder *Ehrenamtlichen* stellen zahlenmäßig den größten Teil der im RD tätigen SanitäterInnen dar und bieten ihre Arbeitsleistung HiOrgs unentgeltlich an. 2019 waren bei ÖRK etwa 37.000 Freiwillige aktiv (vgl. ÖRK, 2019d), beim ASBÖ im Jahr 2017 etwa 7000 Freiwillige und 2100 hauptamtliche SanitäterInnen. (vgl. ASBÖ, 2017) Was bezüglich freiwilliger SanitäterInnen nicht außer Acht gelassen werden darf, ist, dass die Pro-

Kopf-Dienstverrichtung im Vergleich zu beruflichen MA meist deutlich geringer ausfällt. Dieser Umstand ist darauf zurückzuführen, dass viele dieser ehrenamtlich Tätigen nebenbei vollertätig sind. (vgl. Neuhold & Kernbauer, 2011) Dies bedeutet allerdings eine Limitierung der Zeit, in der sie für den Dienst im Rettungswesen verfügbar sind. Eine logische Konsequenz ist dadurch, dass etliche freiwillige MitarbeiterInnen weniger Praxis vorweisen können als ihre beruflichen KollegInnen und demnach auch weniger Erfahrung haben. Dies kann in Notfallsituationen, wenn die ganze Bandbreite der Kompetenzen von SanitäterInnen gefragt ist, natürlich zu Problemen führen. Effektivität, Performanz und Flexibilität sind nur drei von vielen Anforderungen, die in dieser Situation notwendig sind. Dies soll aber in keiner Weise Freiwilligkeit in ein negatives Licht rücken, da etliche freiwillig tätige SanitäterInnen durchaus im gleichen Rahmen ausgeprägte Kompetenzen aufweisen wie engagierte berufliche KollegInnen. Das trifft allerdings nicht auf alle, in Quantität überlegenen, Freiwilligen zu.

Da Freiwilligkeit ein wichtiges Gut einer Gesellschaft ist und der Nutzen für die Gesellschaft auch schon oft unterstrichen wurde, gab es bislang schon nationale Initiativen, um freiwillige Arbeit und die dabei erworbenen Lernergebnisse dem NQR zuzuordnen. Dies erfolgte für den Ö-RD bislang nur auf Stufe der RS. (vgl. Schlögl & Neubauer, 2010; Löffler, 2012) Ein Großteil der freiwilligen MA ist allerdings auch nur in dieser Stufe qualifiziert.

Neben dem Potential, neue Kompetenzen zu entwickeln, wurde auch schon darauf verwiesen, dass MA, die der Tätigkeit freiwillig nachgehen, ein hohes oder sogar höheres Maß an Motivation und Lernbereitschaft aufweisen als berufliche MitarbeiterInnen, was wiederum positive Komponenten für den RD darstellen. Des Weiteren konnte auch durch diverse Studien belegt werden, dass freiwillig Tätige, und dies gilt nicht nur für den RD, ihr Potential für soziales und politisches Bewusstsein entwickeln und auch lernen, Verantwortung zu übernehmen. (vgl. Sprung & Kukovetz, 2018) Das Hauptmotiv im RD freiwillig tätig zu werden, ist, anderen helfen zu wollen. (vgl. Czech & Hajji, 2011) Dies bedeutet also, dass PatientInnen im Zentrum der Entscheidung stehen, freiwillig im RD tätig zu werden. (vgl. Eigler, 2012: 18) Auch die Möglichkeit, eine Berufsausbildung zu machen und eventuell als SanitäterIn beruflich tätig zu werden, stellt für etliche FW ein Motiv dar, freiwillig tätig zu werden. (vgl. Metul, 2006: 72f.) Ein Großteil der beruflichen MA war sogar vor der beruflichen Tätigkeit im RD freiwillig als SanitäterIn tätig. Die Motivation von beruflichen SanitäterInnen, auch im Dienst der guten Sache weiterhin tätig zu sein, bestätigt sich auch durch Beispiele wie die *Lebensretter*-App, bei der professionelle ErsthelferInnen in

Österreich zu PatientInnen mit Atem-Kreislaufstillstand gesendet werden. Obwohl grundsätzlich nur ein 16-stündiger Erste-Hilfe-Kurs innerhalb von zwei Jahren absolviert worden sein muss, sind viele der registrierten freiwilligen Lebensretter auch als berufliche SanitäterInnen tätig. (vgl. Die Presse, 2019)

Es kann sicherlich nicht eindeutig gesagt werden, dass PatientInnen von einer der zwei bisher genannten Professionsarten mehr profitieren. Allerdings muss hier klar zwischen Freiwilligen und sogenannten „Hobbyrettern“ differenziert werden. Während es etliche Freiwillige gibt, die unzählige Ausbildungen durchlaufen, viele Dienste versehen haben und auch selbstorganisiert an qualitativ hochwertigen, praxisorientierten Fort- und Weiterbildungen teilnehmen oder diese auch selbst gestalten, gibt es auch jene, die lediglich eine Ausbildung zum RS absolviert haben, in der Notfallrettung oder im Krankentransport tätig sind, wenige Dienste versehen und sich nicht für Fort- und Weiterbildungen interessieren sowie maximal die gesetzlich vorgeschriebene 16-stündige Fortbildung in 2 Jahren absolvieren, um weiterhin als RS tätig sein zu dürfen. Speziell für letztgenannte Personengruppe dürfte es schwierig sein, die in den erstellten kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für SanitäterInnen in Österreich geforderten Kompetenzen abzudecken und zu entwickeln.

Gleichzeitig kann Freiwilligkeit aber auch ein Hindernis für eine fundierte Ausbildung im RD darstellen, wie dies vor der Einführung des SanG zu beobachten war. Man befürchtete hier einen zu starken Wegfall von Freiwilligen im RD. Hauptamtliche wollten längere Ausbildung und Freiwillige wünschten sich eine kürzere Ausbildung (vgl. Müller & Huber: 1994²: 357; Schörkl, 2003)

Allerdings führte dies auch dazu, dass etliche hochqualifizierte und motivierte freiwillige MA das gegenwärtige System als unzureichend und wenig professionell empfinden und nicht mehr bereit sind, ihre Lebenszeit für den RD zu opfern. Gründe dafür sind, dass oft weder die Standards der Ausbildung noch die Versorgungsqualität von PatientInnen den Anforderungen des Feldes entsprechen. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 147)

Ein weiteres Phänomen, dass in der österreichischen Freiwilligenlandschaft auszumachen ist, stellt die immer schwierigere Akquise von neuen Freiwilligen dar, die auch gewillt sind, über längere Zeit im Rettungsdienst aktiv zu werden. In den letzten Jahren häuften sich Berichte, wonach Dienste nicht mehr mit Freiwilligen besetzt werden konnten und dadurch mehr berufliches Personal eingestellt werden musste. Aus diesem Grund wenden sich

HiOrgs vermehrt an Medien, um das Gesuch nach neuen Freiwilligen zu publizieren. (vgl. Blassnig, 2019)

Das historisch gewachsene System akzeptiert also durch seinen Pragmatismus den Umstand, dass ein Großteil des Ö-RD durch Freiwillige, oft RS, getragen wird. Dies ist international gesehen wohl einzigartig. Es muss allerdings klar festgehalten werden, dass diese Freiwilligkeit nicht auf Kosten der Qualität gehen darf. (vgl. Koppensteiner, 2014: 16) In der Praxis kann es in einigen HiOrgs und Bundesländern hingegen dazu kommen, dass zwei freiwillige RS eigenständig Notfälle am RTW absolvieren, obwohl sie nur wenige Dienste im Jahr absolvieren und mitunter wenig Erfahrung mit der Versorgung von NotfallpatientInnen sammeln konnten.

Unabhängig von der Art der Ausübung, sei es beruflich oder nicht, gilt für alle SanitäterInnen in Österreich die einheitliche gesetzliche Regelung durch das SanG. (vgl. RIS, 2020a) Dieses Gesetz bildet insofern einen soliden rechtlichen Hintergrund für den RD, da jeder österreichische Mitarbeiter zumindest die Ausbildung zum RS absolviert haben muss, um eigenverantwortlich im Rettungswesen tätig zu werden. Genau genommen sieht das Gesetz aber erst vor, die Versorgung von Notfallpatienten und die Assistenz bei notärztlichen Tätigkeiten von NFS durchführen zu lassen. (vgl. RIS, 2020a; ÖGERN, 2016: 2f.)

3.5.2.4.2 Zivildienst

Laut der Zivildienstserviceagentur des BMI ist „der Zivildienst [...] ein Wehrrersatzdienst. Das Recht, Zivildienst zu leisten hat, wer es aus Gewissensgründen ablehnt, Waffengewalt gegen Menschen anzuwenden und daher bei der Leistung des Wehrdienstes in Gewissensnot geraten würde.“ Aus diesem Zitat lässt sich ableiten, dass es sich beim Zivildienst um eine Zwangsverpflichtung von jungen Österreichern handelt, deren Alternativen das Bundesheer oder Untauglichkeit sind. Seit 2006 beträgt die Dauer dieses Dienstes neun Monate. (vgl. Zivildienst Serviceagentur, o.D.b) In Bezug auf Ausbildung und Zivildienst fungiert der RD als positives Beispiel, da Zivildienstler als Vorbereitung für ihre Tätigkeit „eine umfassende Ausbildung während des Zivildienstes“ erhalten. (vgl. Zivildienst Serviceagentur, o.D.a) Damit ist die gesetzlich geregelte Ausbildung zum RS gemeint, welche viele Zivildienstler am Anfang des Zivildienstes erwerben.

Politische Brisanz erhielt das Thema speziell in den Jahren 2012 und 2013, als über den Erhalt der Wehrpflicht in Österreich abgestimmt wurde. Das Hauptargument für die

Beibehaltung der Wehrpflicht stellte allerdings der ZD dar. (vgl. Der Standard, 2012; Die Presse, 2012) Eine weitere starke Medienpräsenz erlebte der ZDL ebenfalls während der COVID-19-Pandemie, wonach sich 2000 ehemalige ZDL wiederum für einen „freiwilligen Zivildienst“ meldeten und 1000 ZDL nach Absolvierung der vorgeschriebenen neun Monate Zivildienst zu weiteren drei Monaten zwangsverpflichtet wurden. (vgl. Wiener Zeitung, 2020)

Der Unterschied des Zivildienstes zu den bisher genannten Anstellungsarten ist, dass der Zivildienstler einen sogenannten Wehersatzdienst leistet, da er den Dienst an der Waffe verweigert. Er wurde somit dazu verpflichtet, Zivildienst zu versehen, und wird einer Organisation zugeteilt, was nicht unbedingt eine HiOrg sein muss. Zivildienst kann also als eine Art Zwangsverpflichtung von jungen Männern gesehen werden, die also im Rettungsdienst tätig werden müssen. Das Hauptmotiv für die eigentlich wehrpflichtigen, männlichen österreichischen Staatsbürger, im Rettungsdienst tätig zu werden, ist oft die Zuweisung zu einer HiOrg im Rettungsdienst. (vgl. Eigler, 2012:17)

HiOrgs erhalten demnach billige Arbeitskräfte, die etwa zwei der neun Monate Pflichtdienst mit der Ausbildung zum RS verbringen und danach selbstständig bzw. im Team mit SanitäterInnen der anderen drei Arten der Anstellung im Ö-RD zusammenarbeiten. Zum Teil sind diese rund 18-jährigen jungen Männer nach zwei Monaten in Ausbildung als Transportführer am Rettungswagen tätig, müssen den Zustand von PatientInnen einschätzen und über die weitere Versorgung dieser entscheiden. Dieser Umstand ist mitunter der Forderung des möglichst hochwertigen Einsatzes und der geforderten Wertschätzung des erworbenen Wissens der ZDL geschuldet. Da ZDL mitunter die Ausbildung zum RS durchlaufen, besitzen sie auch die nachweisliche Berufsberechtigung und können demnach qualifiziert eingesetzt werden. Andererseits wird aber auch eine ständige Kontrolle durch den Dienstgeber und durchzuführende Hilfstätigkeiten gefordert. Welche Hilfstätigkeiten als Transportführer eines Rettungswagens übernommen werden können, muss offen hinterfragt werden.

Der Umstand, dass es sich aber hierbei um zwangsverpflichtete junge Männer mit niedriger sanitätsdienstlicher Ausbildung handelt, auf denen ein Teil von regionalen Rettungsdiensten aufgebaut ist, zeigt wie sehr der Ö-RD auf Einsparungspotential und nicht unbedingt auf Qualität setzt. Dies wird vor allem dadurch ersichtlich, dass häufig öffentliche Aufrufe zum Ableisten des Zivildienstes von den HiOrgs durchgeführt werden und die Notwendigkeit des

Zivildienstes für die Bevölkerung und den Ö-RD in den Vordergrund gestellt wird. (vgl. Talkner, 2019; TT, 2019)

Dies wird auch dadurch ersichtlich, dass über eine Senkung der Tauglichkeitskriterien diskutiert wird, um mehr Zivildienstler, unter anderem für den Rettungsdienst, lukrieren zu können. (vgl. Wiener Zeitung, 2019; Haiderer & Kiefer, 2019) Das Rote Kreuz als größter Träger von Zivildienstleistenden in Österreich begrüßte diese Bestrebungen sehr, da es sonst zu weiteren Personellen Engpässen kommen würde und Zivildienstler oft als freiwillige Mitarbeiter erhalten bleiben. Der Benefit für Zivildienstler wurde bei den Diskussionen rund um eine Teiltauglichkeit auch hervorgehoben, da sie im Laufe der Tätigkeit „soziale Kompetenzen erwerben und Verantwortung übernehmen. Zudem würden sie mit der Ausbildung zum Rettungssanitäter eine vollwertige Berufsausbildung erhalten. Das Engagement bringe auch einen Mehrwert für das eigene Qualifikationsprofil.“ (Gerald Schöpfer, Präsident des Österreichischen Roten Kreuzes in Kronen Zeitung, 2019)

Dementgegen standen aber Meinungen, wonach es nicht zweckmäßig wäre, für die „tragende Säule im Österreichischen Gesundheits- und Rettungssystem“ Tauglichkeitskriterien zu senken, da für den Rettungsdienst volltaugliche junge Männer vonnöten wären. (vgl. Bundesgeschäftsführer des ASBÖ und Klubobmann der SPÖ NÖ in APA-OTS, 2019) Die Erklärung, warum junge Männer die gleichen Voraussetzungen für den Dienst an der Waffe und den Dienst an PatientInnen benötigen würden, blieb allerdings ausständig. Aus diesem und anderen Gründen dient die Erstellung der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS, die Teil dieser Arbeit ist, auch als potenzielle Grundlage für die Beantwortung von Fragen dieser Art.

Auch im Österreichischen Bundesheer gab es schon Entwicklungen, Kompetenzanforderungen anhand des Kompetenzatlas' von Heyse und Erpenbeck (2007) zu beschreiben, wie es in dieser Arbeit erfolgte. Im Bereich des Bundesheeres erfolgte dies allerdings für OffizierInnen. (vgl. Pichlkastner & Slanic, 2015: 193ff.)

Zunehmend wird aber auch schon über eine Möglichkeit des Rettungsdienstes ohne Zivildienstler und der Forcierung der Anstellung von beruflichen MitarbeiterInnen diskutiert. So wurden etwa Forderungen laut, dass Notfallrettung und der qualifizierte Krankentransport nur noch von beruflichen MA durchgeführt werden sollte, da ZDL einen Unsicherheitsfaktor darstellen und die Kosten von den HiOrgs getragen werden müssten. (vgl. Plank, 2019) Sollte es dazu kommen, müsste natürlich die öffentliche Hand für die Mehrkosten durch den Entfall

der Zivildienstler im RD aufkommen. Obwohl dies unweigerlich zu einer Steigerung der Qualität in der Notfallversorgung von PatientInnen führen würde, wurden auch schon Stimmen laut, dass der Zivildienst vor allem ökonomische Vorteile für Österreich bringt.

Eine Studie des NPO-Instituts der Wirtschaftsuniversität Wien, welche vor der geplanten Abschaffung des Wehrdienstes durchgeführt wurde, belegte die ökonomische Sonderstellung des Zivildienstes in Österreich und wies auf die möglichen ökonomischen und gesellschaftlichen Folgen der Abschaffung des Wehrdienstes und damit auch des Wehersatzdienstes, des ZD, hin. Grotteskerweise diente der ZD als eines der Hauptargumente, die Wehrpflicht beizubehalten. (vgl. ORF, 2011; Der Standard, 2013) Die eingangs erwähnte, 2012 durchgeführte Studie verwies darauf, dass 2010 3,6 Millionen Stunden von ZDL geleistet wurden, was bei Abschaffung des ZD hauptsächlich von hauptberuflichem Personal abgedeckt werden müsste und zu erheblichen Mehrkosten von 140 Millionen Euro führen würde. Zusätzlich würden viele ZDL den HiOrgs als Freiwillige über Jahre erhalten bleiben. Profiteure des Zivildienstes seien demnach vor allem die allgemeine Bevölkerung, die Zivildienstleistungen und die Familien der ZDL. (vgl. Schober et al. 2012: 10ff.) Ein weiterer Nutznießer dieses Umstandes ist sicherlich auch der Staat Österreich, der sich dadurch immense Kosten im Gesundheitssystem ersparen kann. (vgl. Frankl, 2008: 70f.)

Weitere Profiteure sind laut oben genannter Studie aber auch die ZDL selbst. So würden laut einer Befragung auch ZD neue Kompetenzen, wie etwa Kommunikationsfähigkeiten oder das Verständnis für kranke oder ältere Menschen sowie Menschen mit Behinderung entwickeln. (vgl. Schober et al. 2012: 50) Der Fokus in der Notfallrettung sollte allerdings auf den PatientInnen und die bestmögliche Versorgung gerichtet sein und nicht auf Einsparungen der restlichen Bevölkerung oder Kompetenzentwicklung von SanitäterInnen während des Dienstes, die auf Grund der oft kurzen Ausbildungsdauer nicht im Zuge eines Praktikums während der Ausbildung erfolgt, sondern während der selbständigen, meist eigenverantwortlichen Tätigkeit als SanitäterIn.

3.5.2.4.3 Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ)

Neben (Haupt-)Beruflichen, Freiwilligen und Zivildienstleistenden gibt es auch die Möglichkeit, durch das Freiwillige Soziale Jahr im Rettungsdienst tätig zu werden. Das FSJ bietet demnach die Möglichkeit, sich in einer sozialen Einrichtung zu engagieren oder die

Chance auf persönliche Entwicklung wahrzunehmen. Ein Vorteil des FSJ gegenüber dem Zivildienst ist die Freiwilligkeit, es wird also niemand dazu gezwungen.

Für BewerberInnen klingt dies natürlich nach einer lohnenden Bereicherung für das eigene Leben, fraglich ist allerdings ob PatientInnen auch Teil des Prozesses sein wollen, wenn SanitäterInnen im FSJ „die Eignung für einen Sozialberuf praktisch testen“ (FSJ, o.D.) wollen, indem sie als Transportführer für NotfallpatientInnen selbstständig tätig sein sollen, wie es in mehreren HiOrgs und Bundesländern der Fall ist. Genauso fraglich ist auch, ob SanitäterInnen im Zuge von Diensten im Rettungsdienst „Fähigkeiten und Grenzen erkennen“ oder „ein Wartejahr sinnvoll überbrücken“ (ebd.) sollten, wenn es um das Wohl von PatientInnen geht – es müssen Entscheidungen in Sekundenschnelle getroffen werden, die für das Outcome von PatientInnen entscheidend sein können. „Schau ma mal“ – ist sicherlich nicht der richtige Weg, vor allem in der Notfallrettung. Eine Berufsausbildung mit 260 Stunden reicht in keiner anderen Berufssparte aus, um eigenmächtig (über-)lebenswichtige Entscheidungen treffen zu dürfen. Dies als Praktikum zu sehen, ist sicherlich nicht der richtige Weg einen professionellen RD durchführen zu können – und PatientInnen können sich nicht aussuchen, wer bei einem Notfall zu Ihnen entsandt wird – sie sollten aber immer davon ausgehen dürfen, dass SanitäterInnen über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um NotfallpatientInnen state-of-the-art versorgen zu können.

Es ist also fraglich, ob SanitäterInnen – egal ob FSJ, Zivildienst, Freiwillige oder (Haupt-)berufliche – ohne entsprechende Ausbildung und Erfahrung, zu NotfallpatientInnen im Zuge der Notfallrettung ausrücken sollten. Auch das Einsatzgebiet des Krankentransportes stellt einen Bereich mit hohen Kompetenzansprüchen und Anforderungen dar, wobei aber weniger Entscheidungen zur Gesundheitsschädigungen von PatientInnen führen als in der Notfallrettung, auch wenn eine Gesundheitsgefährdung nie auszuschließen ist. Die in dieser Arbeit erstellten kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und die enthaltenen SOLL- und MUSS-Bestimmungen zur kompetenten PatientInnenversorgung gelten für ALLE SanitäterInnen, egal in welchem Anstellungsverhältnis sie zur jeweiligen HiOrg stehen.

3.5.3 Ausbildungen im Österreichischen Rettungsdienst

Als Fachkräfte im österreichischen Gesundheitswesen werden an SanitäterInnen hohe Anforderungen gestellt, die von notfallmedizinischem Wissen, über Handlungsfähigkeit und Fähigkeiten, im Team zu arbeiten, reichen. (vgl. Redelsteiner, 2011²: 11) Um diese

Anforderungen zu meistern, gibt es unterschiedliche, aufeinander aufbauende Ausbildungsmodulare für SanitäterInnen.

Die Ausbildungen im Rettungsdienst reichen von RettungssanitäterInnen (RS) mit 260 Stunden Ausbildung bis hin zum NotfallsanitäterInnen NKI mit besonderer Notfallkompetenz, Intubation und Beatmung (NKI), im Umfang von 1640 Stunden, was etwa einem Jahr Vollzeitausbildung entspricht.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zu den gesamten, unterschiedlichen Ausbildungsstufen, die im SanG verankert sind und beinhaltet ebenfalls die geforderten Gesamtstundenzahlen in Theorie und Praxis.

Ausbildungen lt. SanG & SanAV (vgl. RIS, 2020a; 2020b)			
	Praxis	Theorie	Gesamt
RettungssanitäterIn (Modul1)	160	100	260
Berufsmodul		40	40
Praxis im Rettungsdienst	160		160
Notfallsanitäter (Modul2)	280+40*	160	480
Allgemeine Notfallkompetenzen			
NKA		40	40
NKV	40	10	50
Praxis im Notarztwesen	500		500
Spezielle Notfallkompetenzen			
NKI	80	30	110
	Ausbildungssumme		1640

*setzt sich aus 40-120 Stunden Krankenhauspraktikum plus 200-280 Stunden NA-Mittel zusammen

Tabelle 1: Ausbildungen des Ö-RD (RIS, 2020a & 2020b; eigene Abbildung)

Diese unterschiedlichen Ausbildungsstufen bauen aufeinander auf und bedeuten für die jeweiligen SanitäterInnen unterschiedliche Befugnisse.

Befugnisse von SanitäterInnen	RS	NFS	NKA	NKV	NKI
Lebensrettende Sofortmaßnahmen	x	x	x	x	x
Sauerstoffgabe	x	x	x	x	x
Automatisierte Defibrillation	x	x	x	x	x
Infusionen aufrecht erhalten/beenden	x	x	x	x	x
Arzneimittelliste 1		x	x	x	x
Arzneimittelliste 2			x	x	x
Perivenösen Zugang legen				x	x
Infusion tauschen				x	x
Endotracheal intubieren					x
Todesfeststellung / erfolglose Reanimation					

Tabelle 2: Befugnisse von SanitäterInnen (Aigner et al. 2011²: 43; editiert)

Wie aus Tabelle 2 klar ersichtlich, sind RS im Vergleich zu NKI zu weniger Maßnahmen befugt. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Tätigkeitsbereiche kann bei Redelsteiner (2016: 84f.) gefunden werden.

Die geringere Anzahl von Befugnissen von RS bedeutet aber nicht, dass auch bedeutend weniger Kompetenzen (im Sinne der Anforderungsprofile) erforderlich sind. Wie aus den erstellten Anforderungsprofile ersichtlich, erfordert auch die Tätigkeit als RS zumindest 47 unterschiedliche Kompetenzen in unterschiedlichen Ausprägungen, für NKI sind dies 50. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im Krankentransport nicht die gleichen Anforderungen im gleichen Maße vorherrschend sind wie etwa in der Notfallrettung.

Um eine Übersicht bezüglich der Anzahl der absolvierten Ausbildungen im Ö-RD zu ermöglichen, fasste der Autor mehrere veröffentlichte Zahlen zusammen, welche die Ausbildungen RS bis NKI umfassen, aber auch die Anzahl der AbsolventInnen des Berufsmoduls (BM). Beginnend mit 2007, in welchem Jahr keine NKI ausgebildet wurden, bis hin zu den letzten verfügbaren Zahlen (Stand 2019) gibt die folgende Tabelle einen guten quantitativen Einblick in die Ausbildungen von SanitäterInnen in Österreich. Natürlich ist diese Tabelle nicht repräsentativ für den Einsatz der unterschiedlichen Qualifikationen auf österreichischen Rettungswägen, da weder Personen berücksichtigt wurden, die ihren Dienst mittlerweile quittiert haben, noch jene, die vor 2007 eine Ausbildung absolvierten. Auch eine geografische Verortung ist durch diese Tabelle nicht möglich. Die Intention bei der Erstellung dieser Tabelle war es, eine reine Übersicht über die Anzahl der Ausbildungen im Ö-RD von 2007 bis 2016 zu erstellen und so einen Einblick in die Verteilung der unterschiedlichen Qualifikationen zu bekommen.

AbsolventInnen im österreichischen Rettungsdienst					
Jahr	RS	NFS	NKA/NKV	NKI	BM
2007	6497	355	454	0	859
2008	8610	412	524	45	1160
2009	7116	402	457	43	881
2010	5556	367	322	141	820
2011	6465	401	303	71	506
2012	6398	445	404	73	487
2013	5809	401	385	37	448
2014	6266	421	272	47	333
2015	6917	411	437	26	593
2016	7816	300	452	47	575

Tabelle 3: Anzahl der absolvierten RD Ausbildungen in Österreich (Oberhauser, 2016: 2, Statistik Austria, 2019d: 279, Hartinger-Klein, 2018: 1; Eigene Abbildung)

Fasst man die Zahl der Ausbildungen zusammen, so lässt sich sagen, dass in besagtem Zeitraum 67450 Personen die Ausbildung zum RS absolvierten. Da die Ausbildungen im ÖRD modulartig aufgebaut sind, ist es auch sehr wahrscheinlich, dass Teile dieser Personen auch weitere Ausbildungen absolviert haben, weswegen es nicht möglich ist, genaue Aussagen darüber zu treffen, wie viele Personen tatsächlich in diesem Zeitraum eine Ausbildung absolviert haben. Insgesamt kann aber zumindest gesagt werden, dass 3915 Personen eine NFS-Ausbildung absolvierten und 530 die Ausbildung zu NKI. Eine Unterteilung in NKA und NKV fand leider von Seiten der Statistik Austria nicht statt, weswegen es nicht möglich ist, genaue Zahlen zu nennen, wie viele Personen davon eine NKV abgeschlossen haben. Sieht man von den Ausbildungen zum Berufsmodul ab, entfielen dabei nur 0,7 Prozent auf NKI und 5 Prozent auf NFS – der Großteil der Abschlüsse fand im Bereich der RS statt. Enne (2012) schätze die Zahl der SanitäterInnen mit Notfallkompetenz auf etwa 6 Prozent, wobei hier eher die Ausbildung zu NKV gemeint sein dürfte als NKI. (vgl. 2012: 43)

Speziell in (Notfall-)Situationen, in denen SanitäterInnen unter Zeitdruck arbeiten und Maßnahmen setzen müssen, ist es notwendig, die eigenen persönlichen Grenzen, aber auch jene des Berufsbildes zu kennen. Dies gilt einerseits, um die bestmögliche Versorgung für PatientInnen zu ermöglichen, andererseits aber auch, um vor rechtlichen Konsequenzen bewahrt zu bleiben. Solche Unsicherheiten beruhen zumeist auf dem Einsatz von unterschiedlichen Ausbildungen vor allem in der Notfallrettung. (vgl. Halmich, 2012a: 124ff.) Der Ausbildungsstandard von präklinisch im Einsatz stehenden SanitäterInnen müsste die Ausbildung zu NFS sein – in der Praxis ist dies aber häufig nur RS. Oft gibt es für RS auch gar keine Möglichkeit, das nächste Modul zu absolvieren, obwohl etliche MA das gerne machen würden. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 148) Potential für die Ausbildung zu NFS gäbe es genug, da – wie bereits beschrieben – im Vergleichszeitraum beinahe 90 Prozent der Ausbildungen die Stufe RS betreffen.

Unabhängig davon, welche Ausbildungsstufen absolviert wurden, müssen SanitäterInnen in Österreich alle 2 Jahre eine Rezertifizierung absolvieren. Dem zu Grunde liegt die Tatsache, dass die Tätigkeitsberechtigung von SanitäterInnen auf zwei Jahre befristet wurde. (vgl. Burkowski, 2015: 189) Während die Rezertifizierung für SanitäterInnen bis zur Stufe NKV im „Bereich der Herz-Lungen-Wiederbelebung einschließlich der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten“ absolviert werden muss, haben NKI „ihre Kenntnisse und Fertigkeiten alle zwei Jahre durch einen qualifizierten Arzt überprüfen zu lassen.“ (vgl. RIS,

2020a) Das bedeutet für NKI, dass eine spezielle Rezertifizierung durchgeführt werden muss, welche sich von jenen der Stufen bis NKV unterscheidet.

3.5.3.1 Ausbildungsziele

Im Zuge des SanG wurden auch Ausbildungsziele für SanitäterInnen beschrieben, welche allerdings für alle Ausbildungsstufen von RS bis NKI Gültigkeit besitzen. Im Folgenden werden die sieben Ausbildungsziele zitiert und Bezug zum Kompetenzdiskurs hergestellt. Diese Ausbildungsziele stellen beinahe den einzigen Bezug zu Kompetenzen, im Sinne dieser Arbeit, für SanitäterInnen dar und sind mitunter auch vage formuliert. Der sonstige Fokus des SanG liegt klar auf reinen Kenntnissen über unterschiedliche für den RD relevante Thematiken. Laut § 2 der SanAV sind die Ausbildungsziele für SanitäterInnen:

„die Befähigung zur Übernahme und Durchführung sämtlicher Tätigkeiten, die in das Berufs- bzw. Tätigkeitsbild des Sanitäters fallen“ (RIS, 2020b)

Dieses Ausbildungsziel beschreibt, dass SanitäterInnen jegliche Tätigkeiten – mitunter auch eigenverantwortlich – übernehmen müssen, welche von ihrer jeweiligen Ausbildung gefordert sind. Für RS würde dies etwa bedeuten, dass keine Befähigung zur Übernahme der Verantwortung für die Versorgung von NotfallpatientInnen sowie deren Betreuung erfolgen muss, da dies nicht vorgesehen ist. Lediglich lebensrettende Sofortmaßnahmen müssen beherrscht und profunde Kenntnisse über Notfälle angeeignet werden. Eine eigenverantwortliche Versorgung von NotfallpatientInnen ist für RS nicht vorgesehen. (vgl. Jochum, 2018: 86ff.)

Sieht man von diesem Umstand ab, kann ein direkter Bezug zu Aktivitäts- und Handlungskompetenz im jeweiligen Einsatzbereich der einzelnen Ausbildungsstufen hergestellt werden, mitunter auch der Fach- und Methodenkompetenz. Um den obigen Forderungen nachzukommen, sind zusätzlich auch noch die drei anderen Grundkompetenzen sowie Metakompetenzen und Querschnittskompetenzen erforderlich:

„die Vermittlung von grundlegenden Kenntnissen über den Aufbau, die Entwicklung und die Funktionen des menschlichen Körpers“. (RIS, 2020b)

Diese Kenntnisse beziehen sich rein auf Wissen und nicht Können oder Handeln. Ebenfalls deutet der Wortlaut „grundlegende Kenntnisse“ darauf hin, dass von SanitäterInnen keine umfangreichen Kenntnisse zu Anatomie erwartet und benötigt werden, dies wäre zudem bei der geringen Anzahl an Ausbildungsstunden auch beinahe unmöglich.

Fraglich ist allerdings, wie ohne umfangreiches Wissen zu Funktionen und Aufbau des menschlichen Körpers eine umfangreiche PatientInnenbeurteilung erfolgen kann und darauf aufbauend Versorgungsmaßnahmen gesetzt werden können:

„die Ausrichtung der praktischen Tätigkeiten des Sanitätsdienstes nach den definierten Vorgaben und wissenschaftlich anerkannten Maßnahmen der Notfall- und Katastrophenmedizin als analytisches, problemlösendes, zielgerichtetes und eigenverantwortliches Handeln unter Bedachtnahme auf die beruflichen Kompetenzen und den ethischen Grundprinzipien (geistige Grundhaltung der Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten jedes Menschen, ungeachtet der Nationalität, der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion, der Hautfarbe, des Alters, des Geschlechts, der Sprache, der politischen Einstellung und der sozialen Zugehörigkeit und eines verantwortungsbewussten, selbständigen und humanen Umgangs mit gesunden, behinderten, kranken und sterbenden Menschen)“ (RIS, 2020b)

Der Einbezug der ethischen Grundprinzipien ist für jeglichen Beruf im Gesundheitswesen essenziell, eben auch für SanitäterInnen. In den Anforderungsprofilen für SanitäterInnen findet sich Ethik in den Metakompetenzen integriert wieder. Ebenfalls werden durch die erwähnten PatientInnengruppen und der Umgang mit eben jenen personale, sozial-kommunikative, aber auch Querschnittskompetenzen wie interkulturelle Kompetenzen benötigt. Weitere Indizien für einen direkten Bezug zu Kompetenzen kann in den Wörtern „*analytisches, problemlösendes, zielgerichtetes und eigenverantwortliches Handeln*“ gefunden werden. (ebd.)

Weniger eindeutig stellt sich die Sachlage allerdings bei den Tätigkeiten des Sanitätsdienstes, welcher Rettungs- und Krankentransport beinhaltet, dar. Demnach müssen RS bis NKI wissenschaftlich fundiertes und eigenverantwortliches Handeln auf Ziele und Problemlösungen gerichtet performen können. Dies soll auf Basis der Notfall- und Katastrophenmedizin geschehen. Diese bildet allerdings weniger die Bedürfnisse der PatientInnen im Krankentransport ab, obwohl dieser der Hauptteil des Sanitätsdienstes ist. Es würde hier einer stärkeren Differenzierung erfordern, um auch den unterschiedlichen Einsatzbereichen von SanitäterInnen in Österreich gerecht zu werden:

„die Kenntnisse für die Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluierung dieser Tätigkeiten unter Berücksichtigung der physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens, sofern sie Krankheit, Verletzung, Vergiftung, Behinderung, Unfall, Katastrophe, Geburt und Tod betreffen“ (RIS, 2020b)

Im Wortlaut dieses Ausbildungsziels wird nicht direkt auf Kompetenzen Bezug genommen, da es hier rein um Kenntnisse geht. Es kann allerdings schlussgefolgert werden, dass

Planung, Handlung, Dokumentation und Evaluation der berufsspezifischen Anforderungen und Tätigkeiten sehr wohl gekonnt werden sollen und Wissen darüber nicht ausreichend ist. Operatoren für Kompetenzen wie: plant, führt durch, dokumentiert und evaluiert, wurden auch für die Formulierungen der Kompetenzbeschreibungen in den KOAP für RS und NKI angewendet. Auch dadurch lassen sich Schnittstellen zwischen Formulierungen im SanG und dem in diese Arbeit beschriebenen Kompetenzdiskurs finden. Diese für die im SanG geforderten „Kenntnisse“ ist unter anderem auch Reflexionsfähigkeit und Selbstorganisation notwendig. Ebenso müssen unterschiedliche Aspekte des Lebens einbezogen werden, wofür reines Wissen nicht ausreichend wäre:

„die Vermittlung von Kenntnissen und der Anwendung von Methoden zur Erhaltung des eigenen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitspotentials“ (RIS, 2020b)

Obwohl Kompetenzen nicht gelehrt oder direkt vermittelt werden können, darf davon ausgegangen werden, dass SanitäterInnen in der Ausbildung dazu angeleitet werden sollten, für die eigene körperliche, geistige und soziale Gesundheit zu sorgen. Hier spielen auch Eigenverantwortung und Selbstorganisation eine entscheidende Rolle:

„die Kenntnisse der Kommunikation und Kooperation in persönlichen, fachspezifischen und anderen gesellschaftlich relevanten Bereichen zur Sicherung der Qualität des Sanitätsdienstes“ (RIS, 2020b)

Reine Kenntnisse über Kommunikation und Kooperation reichen mitnichten aus, um zur Sicherheit des RD beitragen zu können. Gemeint wurden hier allerdings eher Kompetenzen wie Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, welche klar über reine Kenntnisse hinausgehen. Mit Hilfe dieser Kompetenzen können SanitäterInnen sicherlich zur Steigerung bzw. Erhalt der Qualität des RD beitragen. Persönliche, fachspezifische und andere gesellschaftliche Bereiche lassen auch einen Link zu den drei Kompetenzen (P), (F) und (S) zu, weswegen auch generell von einer Relevanz dieser Kompetenzen für dieses Ausbildungsziel ausgegangen werden kann:

„die Unterstützung der Weiterentwicklung der sanitätsdienstlichen Praxis durch forschungsorientiertes Denken“ (RIS, 2020b)

Interpretiert man sanitätsdienstliche Praxis als Handlungsfähigkeiten von SanitäterInnen, kann ebenfalls ein Bezug zu Kompetenzen hergestellt werden, welche auch durch Forschung, Reflexion und Evaluation weiterentwickelt werden können und möglicherweise flächendeckend zu einer kompetenten PatientInnenversorgung führen könnten.

Für diese sieben Ausbildungsziele konnten also jeweils Bezüge zum Kompetenzdiskurs gefunden werden. Die Erreichung dieser Ziele müsste allerdings durch den fachspezifischen, organisatorischen Leiter evaluiert werden, was gegenwärtig gänzlich unmöglich ist. Mit Hilfe der KOAP könnte allerdings ein Schritt in diese Richtung erfolgen.

3.5.3.2 Pflichten

Bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten haben SanitäterInnen unterschiedliche Pflichten zu erfüllen. Im Zuge der allgemeinen Pflichten und der Sorgfaltspflicht müssen SanitäterInnen sorgfältig auf Basis der gängigen Lehrmeinung zum Wohle von PatientInnen handeln. Es besteht ebenfalls die Verpflichtung, Hilfe zu leisten und die gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren. Des Weiteren gilt auch für SanitäterInnen – wie auch für andere Gesundheitsberufe – die Verschwiegenheitspflicht, allerdings auch unter Umständen eine Auskunftspflicht. Zu guter Letzt müssen SanitäterInnen sich im Ausmaß von 16 Stunden in zwei Jahren, unabhängig des Ausbildungsstandes, fortbilden. (vgl. Halmich, 2017: 71ff.)

3.5.3.3 RettungssanitäterInnen

Die Ausbildung zu RS, Modul1, stellt die niedrigste Qualifikationsstufe des Ö-RD dar. (vgl. RIS, 2020b) Mit 100 Stunden Theorie und 160 Praxis werden RS innerhalb von 6,5 Wochen zu eigenverantwortlichen SanitäterInnen ausgebildet und müssen ab der Ablegung der Prüfung in weiten Teilen Österreichs mitunter schon lebensbedrohlich erkrankte PatientInnen betreuen und versorgen. International gesehen ist diese Ausbildungsstufe für diese verantwortungsvolle Tätigkeit als zu gering einzustufen. (vgl. ÖGERN, 2019a: 5) Österreichweit absolvierten 2016 7816 Personen diese Ausbildung. (vgl. Statistik Austria, 2019d: 279) Um beruflich als RS tätig zu werden, ist ebenfalls ein Berufsmodul im Umfang von 40 Stunden verpflichtend. (vgl. RIS, 2020a) Gleichzeitig berechtigt die Absolvierung der RS-Ausbildung (Modul 1) zur weiterführenden Ausbildung zum NFS und zu Tätigkeiten in medizinisch bzw. gesundheitlich ausgerichteten Institutionen, die fachliche Tätigkeiten von RS umfassen. (vgl. Löffler & Gruber, 2012: 42f.) Ein Beispiel wäre hier neben dem direkten Einsatz im RD auch ein Primärversorgungszentrum. (vgl. Halmich, 2019: 45)

Den vorrangigen Aufgabenbereich von RS stellt der qualifizierte Krankentransport dar, wobei RS aber auch bei akut auftretenden Notfällen *lebensrettende Sofortmaßnahmen* und *qualifizierte Hilfe* leisten müssen und NFS in Rettungsteams unterstützen. (vgl.

Koppensteiner, 2014: 16) Der Tätigkeitsbereich von RS umfasst laut § 9 SanG folgende Bereiche:

- „[...] selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen [...]
- [...] Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen [...]
- [...] Blutentnahme aus der Kapillare [...]
- [...] Übernahme sowie die Übergabe des Patienten [...]
- [...] Hilfestellung bei auftretenden Akutsituationen einschließlich
- der Verabreichung von Sauerstoff [...]
- [...] qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen [...]
- [...] Durchführung von Sondertransporten [...]“ (RIS, 2020a)

Dieser Tätigkeitsbereich umschreibt aber gleichzeitig auch das „maximale Dürfen“ von RS und beschreibt die eigenverantwortlichen Tätigkeiten, welche von RS beherrscht werden müssen. (vgl. Halmich, 2017: 64) RS sind demnach selbstständig mit der Betreuung von PatientInnen befasst und müssen diese sorgfältig und fachgerecht durchführen. Das PatientInnen-Klientel verteilt sich hierbei auf kranke, verletzte und hilfsbedürftige PatientInnen. Das Einsatzgebiet von RS ist somit überwiegend im Krankentransportbereich anzusiedeln. (vgl. Burkowski et al. 2016: 142) Die Versorgung von NotfallpatientInnen durch RS ist dem SanG nicht zu entnehmen und demnach den Qualifikationsstufen ab dem NFS vorbehalten. Sollten RS eigenständig Heilbehandlungen durchführen, welche durch das SanG nicht abgedeckt sind, handelt es sich um einen juristisch relevanten Tatbestand. (vgl. Hofmann, 2017: 11)

Ähnliches gilt für die Assistenz bei notärztlichen Tätigkeiten. Im SanG wurde lediglich explizit auf den Umgang mit Infusionen und Infusionsgeräten hingewiesen. Ob Assistenzleistungen wie etwa eine Assistenz bei einer endotrachealen Intubation durchgeführt werden dürfen, ist strittig. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 93) Bei Infusionen handelt es sich allerdings um medizinisches Material, welches auch aus dem Krankentransportdienst nicht wegzudenken ist, weswegen ein qualifizierter Umgang damit unabdingbar ist. Dies würde bedeuten, dass in Einzelfällen auch notärztliche Assistenzmaßnahmen von RS denkbar wären. (vgl. Halmich, 2017: 65)

Sobald RS PatientInnen versorgen oder die Verantwortung für diese Personen von anderen Berufsgruppen übernehmen, sind sie für diese PatientInnen verantwortlich und müssen diese sorgfältig nach dem aktuellen Stand der Lehrmeinung versorgen und betreuen. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 86) Auch eine Stornierung von NA ist prinzipiell von RS durchführbar. (vgl. Halmich, 2017: 65) Erst nach der Übergabe an NA, NFS oder anderes Gesundheitspersonal in Krankenanstalten ändert sich die jeweilige Zuständigkeit für die PatientInnen, bis dahin sind RS für sie verantwortlich.

Der Einsatzbereich von RS ist klar im Bereich des KTP anzusiedeln, wobei auch Assistenzmaßnahmen für NFS mit NK oder NA denkbar sind. In der gegenwärtigen Praxis werden RS, welche oft ehrenamtlich im RD tätig sind, häufig im Zuge des Verbundsystems auch zu NotfallpatientInnen entsendet, um die Versorgung dieser – mitunter eigenständig – durchzuführen.

3.5.3.3.1 RS – Relevantes

Während 2011 im Zuge einer Studie des ÖRK die Praktikabilität sowie auch die Effizienz von Larynxtuben durch Anwendungen von SanitäterInnen, auch RS, unter Beweis gestellt wurde, erhielten die Landesverbände des ÖRK sogar den Preis für Qualität im Rettungsdienst 2013, in Österreich, Schweiz und Deutschland. (vgl. Schmitz-Eggen, 2013) Dies erfolgte, obwohl im ÖRK die Ausbildungsdauer für eine Larynxtubus-Einschulung mit 100 Minuten deutlich geringer ausfiel als in anderen HiOrgs. (vgl. Holzer, 2014: 10f.) Davor war eine Anwendung durch RS sogar undenkbar.

Allerdings zeigte sich im Laufe der letzten Jahre international, dass die Anwendungen von Larynxtuben viele Komplikationen mit sich brachten. (vgl. Schalk et al. 2018, 124ff.) Aus diesem Grund beendete auch das Deutsche Rote Kreuz im Zuge der Sanitätsausbildungen (Umfang rund 60 Stunden) die Ausbildung des Larynxtubus. (vgl. SK Verlag, 2018a) Auch die ÖGARI sprach sich gegen die Verwendung des Larynxtubus durch SanitäterInnen in Österreich aus, da keine 20 erfolgreichen Anwendung des Larynxtubus durch SanitäterInnen in der Ausbildung möglich sind. Als Alternative wurde die Beutel-Masken-Beatmung empfohlen (vgl. Trimmel et al. 2019: 392ff.) Als Resultat der Empfehlungen und wegen des Problems der unzureichenden Ausbildung und Trainingsmöglichkeiten wurde 01.01.2020 die Berechtigung für RS zur Applikation des Larynxtubus aufgehoben. (vgl. Grassl, 2020)

Welche Konsequenz das für die anderen Ausbildungsstufen und RS in den unterschiedlichen HiOrgs haben wird, darf mit Spannung erwartet werden.

3.5.3.4 NotfallsanitäterInnen

NotfallsanitäterInnen stellen die zweite Qualifikationsstufe, Modul 2, des SanG dar. (vgl. RIS, 2020b) NFS sollen vorwiegend in der Notfallrettung eingesetzt werden. Der NFS umfasst 900 Stunden Ausbildung, welcher sich aus Modul 1 (RS), 160 Stunden Praxiserfahrung im RD, 160 Stunden Theorie, 280 Stunden Praktikum auf einem Notarztmittel und 40 Stunden Krankenhaus zusammensetzt. (vgl. RIS, 2020b) Auch die Ausbildungsdauer dieser Qualifikationsstufe muss international gesehen als sehr gering eingestuft werden. (vgl. ÖGERN, 2019a: 5) Im Jahr 2016 schlossen 300 AbsolventInnen erfolgreich die NFS-Ausbildung ab. (vgl. Statistik Austria, 2019d: 279) Neben dem Tätigkeitsbereich von RS umfasst jener von NFS auch die Unterstützung von NA sowie auch die teilweise eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von NotfallpatientInnen. (vgl. Hausreither & Kanhäuser, 2004: 71) Im Ministerialentwurf vor dem SanG ist sogar noch von mehr möglicher Eigenverantwortung ausgegangen worden, was aber letztlich im SanG abgeschwächt wurde. (vgl. Jochum, 2018: 24f.) Laut §10 SanG umfasst der Tätigkeitsbereich der NFS folgende Bereiche:

- „[...] die Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und
- katastrophenmedizinischen Maßnahmen [...]
- [...] Betreuung und [...] Transports von Notfallpatienten,
- [...] Verabreichung von für die Tätigkeit als NFS erforderlichen Arzneimitteln [...] (Arzneimittelliste 1) [...]
- [...] eigenverantwortliche Betreuung der berufsspezifischen Geräte, Materialien und Arzneimittel [...]
- [...] Mitarbeit in der Forschung [...]“ (RIS, 2020a)

Der Einsatzbereich für NFS wäre demnach in der Notfallrettung zu verorten, wobei auch mit Anwendung der Arzneimittelliste 1 eine Art „Regelkompetenz“ für NFS gegeben ist, welche durch eine teilweise eigenständige Versorgung von NotfallpatientInnen ergänzt wird. Die darin enthaltenen Medikamente müssen nicht zwingend Notfallmedikamente zu einer unmittelbaren Abwendung von Lebensgefahr sein. (vgl. Zeinhofer, 2018: 180f.)

3.5.3.4.1 NFS - Relevantes

Ein Versuch, speziell NFS in der Notfallrettung einzusetzen, war etwa der Versuch der Verabreichung von Lachgas im Zuge der Arzneimittelliste 1. Im Jahr 2011 startete das steirische Rote Kreuz ein Pilotprojekt, bei welchem Livopan – Lachgas – von NFS bei PatientInnen mit Schmerzen eingesetzt werden konnte – entweder vor Eintreffen von NA oder auch ohne dessen Hinzuziehen. (vgl. ÖRK Steiermark, 2011a) Das Studiendesign kann auf der Webseite des ÖRK Steiermark gefunden werden. (vgl. ÖRK Steiermark, 2011b) 2012 wurden im Rettungsdienst Magazin 65 Anwendungen dokumentiert, wobei mehr als zwei Drittel der Livopan-Verabreichungen ohne NA erfolgten und sich nach Livopan-Gabe die Schmerzen der PatientInnen deutlich verringerten. Von jenen Applikationen, bei denen NA zu den Einsätzen kamen, wurden 95 Prozent positiv seitens der Ärzteschaft bewertet. (vgl. Hansak & Pessenbacher, 2012: 51ff.) In einem Experten-Statement, welches in der ÖÄZ veröffentlicht wurde, empfahl sich eine Anwendung ab der Stufe NFS mit Livopan in der AML 1 im Sinne von Schmerzbekämpfung. Im besten Falle sollte es zu einer Selbstapplikation der PatientInnen kommen. (vgl. Kress et al. 2011: 6)

Neben dem Roten Kreuz Steiermark wollten auch weitere HiOrgs Livopan in den Rettungsdienst einbinden. Möglichkeiten zur Verwendung von Livopan durch SanitäterInnen wurden bei der Berufsrettung unter anderem im Zuge einer möglichen weiteren Notfallkompetenz – Narkose und Analgesie (NKN) – angedacht. (vgl. Pokorny, 2011: 57f.) Wie Girska der Wiener Berufsrettung in einem Leserbrief im Fachmedium „Rettungsdienst“ (2012: 89) mitteilte, wurden allerdings sämtliche Bemühungen zur PatientInnenversorgung unter Zuhilfenahme von Livopan durch Intervention der Ärztekammer ad acta gelegt. Die Aufnahme von Livopan in die Arzneimittelliste wurde dementsprechend durch das Gesundheitsministerium aus fachlicher Sicht abgelehnt. (vgl. ÖGERN, 2017b: 3)

Abseits der gesicherten Straßen gibt es aber in Österreich Versuche, Livopan durch BergretterInnen anzuwenden. Ab Ende 2016 wurde Lachgas durch NFS der Bergrettung Vorarlberg wieder angewendet. (vgl. ÖBRD Vorarlberg, 2016) Erfolgreiche Anwendungen von Livopan in der Bergrettung sind ebenfalls dokumentiert, wobei etwa die OS Bregenzerwald, Kleinwalsertal auch als First Responder Einheit für das Rote Kreuz tätig ist. (vgl. ÖBRD Vorarlberg, 2017) Die zukünftige Entwicklung kann mit Spannung erwartet werden, da auch ZahnärztInnen damit zu kämpfen hatten, Livopan in den Praxen ohne Beiziehen von AnästhesistInnen zu verwenden. (vgl. Meißner & Drabo, 2017: 8ff.)

3.5.3.5 Notfallkompetenz

Da im Zuge von Notfallsituationen auch erweiterte (lebensrettende) Maßnahmen von NFS durchgeführt werden sollen, wurde zusätzlich zur Arzneimittel 1 noch die Möglichkeit geschaffen, weitere Ausbildungen mit umfangreichen Befugnissen abschließen zu können und PatientInnen mit erweiterten (notfallmedizinischen) Maßnahmen versorgen zu können. Eine Unterscheidung in SanitäterInnen ohne, und SanitäterInnen mit Notfallkompetenz ist als eine Schutzvorschrift für PatientInnen zu interpretieren. (vgl. Fieber, 2009: 15) Der ergänzende Einsatz von NFS mit NK in der Notfallrettung ist daher als sehr sinnvoll für das PatientInnenwohl einzustufen. (vgl. Hiermayer, 2019: 77)

In der Praxis ist die Anzahl jener SanitäterInnen jedoch eher gering, bzw. in manchen Regionen bzw. HiOrgs sind NFS mit NK sogar nicht existent oder eine Ausübung dieser NK wird untersagt oder einfach nicht freigegeben. Sind Tätigkeiten im Zuge der Notfallkompetenz freigegeben, müssen SanitäterInnen sicherstellen, dass diese Tätigkeiten von ihnen auch beherrscht werden, ansonsten kann es zu Einlassungsfahrlässigkeit kommen. Zusätzlich dürfen die Maßnahmen nicht nur angewendet werden, sondern müssen dies auch bei Notwendigkeit. (vgl. Aigner et al. 2011²: 48) Das bedeutet also, dass diese NFS mit NK speziell über jene manuellen Fähigkeiten in Kombination mit den geforderten Kompetenzen verfügen müssen, um eine (Notfall-)PatientInnenversorgung gewährleisten zu können. Im Sonderfall, dass NFS mit NK keine Arzneimittelliste zur Verfügung haben oder für die spezielle NK nicht freigestellt sind, dürfen sie nur entsprechende Maßnahmen in einer Notstandssituation praktizieren. Dies wäre beim Großunfällen oder anderen nicht planbaren Ereignissen denkbar. (vgl. Halmich, 2012: 118)

Die Notfallkompetenz für NFS teilen sich in allgemeine Notfallkompetenz und spezielle Notfallkompetenz. Die Ausbildungen in den allgemeinen NK teilen sich wiederum in NFS mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NKA) und darauf aufbauend NFS mit allgemeiner Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion (NKV) auf. Nach diesen Modulen kann auch die Ausbildung zu NFS mit besonderer Notfallkompetenz Beatmung und Intubation NKI erfolgen. (vgl. RIS, 2020a) Exemplarisch wird im Gesetzestext die endotracheale Intubation genannt, was allerdings nicht bedeutet, dass keine weiteren Maßnahmen im Zuge der speziellen NK eingeführt werden können. (vgl. Jochum, 2018: 14) Der derzeitige Stand der Notfallkompetenz ist aber keineswegs als endgültig anzusehen. Durch die sogenannte Notfallkompetenzverordnung ist es möglich, im Zuge des

Bundesministeriums „entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft weitere Notfallkompetenzen sowie Zusatzbezeichnungen (§ 22 Abs. 2) fest(zu)legen und (zu) bestimmen, welche Ausbildung für die jeweilige Anwendung erforderlich ist.“ (vgl. RIS, 2020a) Weitere Möglichkeiten für die Notfallkompetenz wären also grundsätzlich denkbar. Bisher eingebrachte Vorschläge umfassten etwa die Anwendung von Knochenbohrern, um eine weitere Möglichkeit eines Zuganges für Medikamente zu erschließen, und die Entlastung eines Spannungspneumothorax durch eine Punktion. (vgl. ÖGERN, 2019a: 5)

Obwohl im SanG von Notfallkompetenz gesprochen wird, kann in einschlägiger Literatur oft der Terminus Notkompetenz (vgl. Gschnaller, 2012; Enne, 2012, Hellwanger, 2011, ÖRK 2018b) gefunden werden. Der Begriff *Notkompetenz*, welcher eng mit Diskussionen um durchgeführte Tätigkeiten im Zuge der ehemaligen RettungsassistentInnen-Ausbildungsstufe in Deutschland zusammenhängt, wird demnach oft synonym für *Notfallkompetenz* verwendet. Des Weiteren darf auch der Begriff Kompetenz nicht mit jenen Kompetenzen der Anforderungsprofile verwechselt werden, da es sich rein um Befugnisse im rechtlichen Sinn handelt. Eine detaillierte Befassung mit der Thematik der Notfallkompetenz kann in Jochum (2018) gefunden werden.

3.5.3.5.1 Allgemeine Notfallkompetenz

Bei der allgemeinen Notfallkompetenz handelt es sich um die beiden Ausbildungsstufen NKA und NKV. Im Jahr 2016 gab es für NKA und NKV 452 AbsolventInnen in 10 Ausbildungseinrichtungen (vgl. Statistik Austria, 2019d: 279)

Die derzeit in der Notfallkompetenz spezifizierten Tätigkeiten fallen grundsätzlich in den Tätigkeitsbereich von ÄrztInnen. (vgl. Jochum, 2018: 140) Die Maßnahmen sollen dazu dienen, unmittelbare Gefahren für Leben oder die Gesundheit von NotfallpatientInnen abzuwehren, im Falle, dass die gleichen Ziele durch weniger invasive Maßnahmen nicht im gewünschten Maße erzielt werden können. Notfallkompetenz soll von NFS mit NK demnach in Notfallsituationen angewendet werden, bei denen es um das effiziente Durchführen von notfallmedizinischen Maßnahmen zum Wohl der PatientInnen geht und NA nicht vor Ort oder mit anderen Maßnahmen beschäftigt sind. Die Veranlassung bzw. Verständigung eines/einer NA ist allerdings verpflichtend. (vgl. RIS, 2020a) Die Interpretationen des Gesetzestextes unterscheiden sich mitunter, wobei Jochum (2018) etwa davon ausgeht, dass eine Anwendung von Notfallkompetenz lediglich zur Information von NA dient, NA diese

Maßnahme aber nicht verbieten können. Eine (Nach-)Alarmierung von NA ist nicht notwendig, wobei auch die Information formlos, etwa auch durch SMS erfolgen kann. (vgl. 2018: 143)

Im Vergleich zu NFS zeichnen sich NFS mit allgemeiner Notfallkompetenz durch die Möglichkeit zur erweiterten Medikamentengabe unter Verwendung der Arzneimittelliste 2 aus. Diese Medikamente können ab der Stufe NKV auch nach einer Venenpunktion intravenös verabreicht werden und durch Gabe von Infusionen ergänzt werden. (vgl. ÖGERN, 2017a) Bei diesen Medikamenten handelt es sich um Medikamente, welche zur Abwehr von Gefahr für Leben und Gesundheit von PatientInnen notwendig sind, wobei auch der Umgang mit möglichen Komplikationen beherrscht werden muss. (vgl. ÖGERN, 2017b: 4) Diese Verabreichung von (Notfall-)Medikamenten ist im Vergleich zur Ausbildung von RS sehr aufwendig und verlangt klare Algorithmen zur Applikation. (vgl. Malzer, 2004: 12)

Die Freigabe von unterschiedlichen Medikamenten auf der Arzneimittelliste 2 ist teilweise stark unterschiedlich, und so gibt es auch HiOrgs ohne Medikamente in der Liste 2, Minimal-Lösungen, aber auch Listen mit umfangreichen Möglichkeiten zur Medikamentenapplikation durch NFS mit NK. (vgl. ÖGERN, 2017a; Hiermayer, 2019: 126ff., Remschmidt, 2017: 16f., ÖRK 2018c) Eine detaillierte Befassung mit Arzneimittellisten bezüglich des SanG können bei Hiermayer (2019) gefunden werden.

3.5.3.5.1.1 NKA

Die auf NFS folgende Ausbildungsstufe sind NFS mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre. Diese Ausbildung berechtigt zur Verabreichung von Arzneimitteln der Liste 2, welche über Liste 1 hinausgehen. Allerdings müssen jene Medikamente der Arzneimittelliste 2 auch die jeweiligen VertreterInnen der Einrichtungen freigegeben werden. (vgl. RIS, 2020a) Mitunter kann es vorkommen, dass NKA zwar Medikamente auf der Liste zur Verfügung haben, aber mangels Ausbildung als NKV keine intravenöse Medikamentengabe durchführen können. (vgl. Jochum, 2018: 147)

Wie den Inhalten des SanG zu entnehmen ist, geht es bei der Ausbildung vorrangig um die Vermittlung von reinem Wissen. (vgl. BGBL, 2003e) Für die Praxis ist es jedoch essenziell, diese Medikamente auch zielgerecht und kompetent anwenden zu können.

3.5.3.5.1.2 NKV

SanitäterInnen, welche die Ausbildung zu NKV absolviert haben, dürfen sich als NFS mit allgemeiner Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion bezeichnen. Nach Abschluss der Ausbildung dürfen periphere Venen punktiert und kristalloide Infusionslösungen, zusätzlich zu Medikamenten der Arzneimittelliste 2, verabreicht werden. Die Ausbildung umfasst zehn Theoriestunden und 40 Stunden in einer fachlich geeigneten Krankenanstalt. (vgl. RIS, 2020a)

Die Ausbildungsinhalte beziehen sich überwiegend auf fachspezifische Bereiche, wobei speziell „Fehlerbehebung“ oder „Komplikationen bei intravenösen Verweilkanülen“ ein breites Spektrum an Kompetenzen voraussetzen, um diese Situationen beherrschen zu können. (vgl. BGBL, 2003f) Die Entwicklung der Fähigkeit zur Anwendung von venösen Zugängen soll in Form des 40 stündigen Praktikums an einer Krankenanstalt erfolgen.

3.5.3.5.1.2.1 NKV – *Relevantes*

Um NA entlasten zu können, aber auch die Zusammenarbeit von SanitäterInnen und NA zu verbessern, gibt es Initiativen, neue Modelle der Versorgung von NotfallpatientInnen einzuführen. Rettungswagen mit NKV werden in speziellen Einsatzsituationen unter anderem in Tirol und Vorarlberg zu NotfallpatientInnen gesendet, oft, ohne primär auch NA zu alarmieren. (vgl. Egger, 2018; ÖRK, 2018b) In Innsbruck erfolgt dies sogar als Kooperation von ÖRK, Arbeiter Samariterbund, Malteser Hospitaldienst und Johanniter Unfallhilfe. Zusätzlich erfolgt eine wissenschaftliche Begleitung durch die Universität Innsbruck mit Hilfe der Rettungsdienst Tirol GmbH. (vgl. Egger, 2018, SK Verlag, 2018c) Im Zuge solcher Projekte zur Versorgung von NotfallpatientInnen eröffnen sich etliche, bisher wenig genützte Möglichkeiten für SanitäterInnen.

Derzeit erfolgt zum Beispiel Schmerzbekämpfung im Zuge der allgemeinen Notfallkompetenz nur in wenigen Dienstgruppen diverser HiOrgs und nicht auf flächendeckender Basis. Möglichkeiten zur Schmerzbekämpfung durch NFS mit Notfallkompetenz gäbe es viele. Einen potenziell anwendbaren Algorithmus zur Schmerzbekämpfung durch SanitäterInnen mit Hilfe von Ketamin, einem Analgetikum, welches nicht Opioid-basiert ist, und Midazolam, einem Sedativum, stellen etwa die Österreicher Sattlberger et al. (2019) im Rahmen der zertifizierten Fortbildung im Fachmagazin Rettungsdienst vor. (2019: 62ff.)

Grundsätzlich wäre auch die Applikation von Suchtgiften wie Morphinen durch NFS NK in Arzneimittelliste 2 denkbar, sofern diese durch die ärztlichen LeiterInnen in der jeweiligen HiOrgs freigegeben wurden. (vgl. Gschnaller, 2012: 16f.) Aus teleologischer Sicht wäre es sogar geboten, eine adäquate Schmerztherapie auch durch SanitäterInnen zum Wohle der PatientInnen zu ermöglichen. (vgl. Hiermayer, 2019: 106) Problematisch könnte es nur werden, wenn SanitäterInnen mit Ausbildung zu NKA Schmerzmittel verabreichen wollen, welche für die Arzneimittelliste 2 freigegeben wurden, allerdings für eine intravenöse Applikation vorgesehen sind. (vgl. Jochum, 2018: 147) Aus diesem und anderen Gründen wird auch rege über eine Zusammenlegung der NKA und NKV zu einer Ausbildung diskutiert. (vgl. ÖGERN, 2019a: 3, Halmich, 2015a: 42)

3.5.3.5.2 Besondere Notfallkompetenz – NKI

Eine Sonderform der Ausbildung im Ö-RD stellt jene zu NotfallsanitäterInnen NKI mit besonderer Notfallkompetenz Beatmung und Intubation dar. NKI werden in der endotrachealen Intubation und Beatmung von NotfallpatientInnen – allerdings ohne Prämedikation und die Applikation von endotrachealen Vasokonstriktoren – ausgebildet. Die für NKI freigegebene zusätzliche Maßnahme, die endotracheale Intubation, könnte im Zuge der Notfallkompetenzverordnung noch durch den/die Gesundheitsminister/in erweitert werden. (vgl. ÖGERN, 2017a)

Im Gegensatz zur allgemeinen Notfallkompetenz müssen die AbsolventInnen jedoch schriftlich durch die verantwortlichen ÄrztInnen der jeweiligen Organisation freigestellt werden. Dies wird von unterschiedlichen Organisationen dazu genutzt, NKI nicht freizustellen bzw. die Anwendung komplett zu untersagen. (vgl. ebd.)

Bei Anwendung der NKI gelten die gleichen Voraussetzungen wie für allgemeine NK – die Anweisung von ÄrztInnen oder die Verständigung bzw. Veranlassung von NA muss erfolgen. Ein Unterschied zu den übrigen Ausbildungsstufen des SanG ist die 2-jährliche Verpflichtung zu einer speziellen Rezertifizierung für NKI. (vgl. RIS, 2020a)

Die in der Ausbildungsverordnung vorgeschriebenen Inhalte beziehen sich hauptsächlich auf „technical skills“, also fachliche Fertigkeiten bzw. Fähigkeiten. (vgl. BGBL, 2003c) Beim Umgang mit Komplikationen bei endotrachealen Intubationen sind aber etwa auch eine Vielzahl an unterschiedlichen Kompetenzen – nicht nur fachlicher Natur – gefragt.

3.5.3.5.2.1.1 NKI – Relevantes

Die besondere Notfallkompetenz – NKI stellt in Österreich ein sehr kontrovers diskutiertes Thema dar. Während die Wiener Berufsrettung versucht, eine Vielzahl von NKI auszubilden, wurde dies von der größten heimischen RD-Organisation gänzlich eingestellt.

Beim Österreichischen Roten Kreuz werden nach einem Beschluss des Chefärztesgremiums keine NKI mehr ausgebildet oder rezertifiziert. Als Grund wird angegeben, dass eine endotracheale Intubation eine große Herausforderung darstellt, da man erst ab 15 jährlichen Intubationen als routiniert gilt, und dies sei auch für NA schwer zu erreichen. Deshalb werden keine SanitäterInnen mehr als NKI freigestellt und es gibt auch keine Kurse mehr. (ÖRK, 2018c: 5) Diesem Ruf folgten auch weitere HiOrgs, was schlussendlich damit endete, dass lediglich wenige Ausbildungsstätten kontinuierlich NKI ausbilden und rezertifizieren, obwohl dies die Maximalausbildung im Sinne des SanG darstellen würde. Bei der Auswertung der Ausbildung von SanitäterInnen des Jahres 2016/2017 wurde die Ausbildung zu NKI nur von 47 Personen an einer einzigen Ausbildungsstätte absolviert. (vgl. Statistik Austria, 2019d: 279) Der Rahmen des Gesetzes wird also bei Weitem nicht ausgeschöpft. Diese Situation war mitunter auch kurz nach der Einführung des SanG gegeben, da etwa 2004 im Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Vorarlberg und Wien keine NKI ausgebildet wurden – dies galt zu diesem Zeitpunkt erstaunlicherweise auch für die Wiener Berufsrettung. (vgl. Hansak, 2004: 8) Gründe für diese Nicht-Freistellung oder gar Ausbildung, waren mitunter Aufwand, erhöhtes Risiko und eine schnelle Verfügbarkeit von NA. (vgl. Malzer, 2004: 13) Ein privates Dokument aus 2008 zeigt, wie ein Verbot der Notfallkompetenz zu diesem Zeitpunkt aussah. Dieses musste durch die jeweiligen SanitäterInnen unterschrieben werden, um überhaupt Dienste versehen zu dürfen.

nehme hiermit zur Kenntnis, dass ich während meiner Tätigkeit als Notfallsanitäter/in im [REDACTED] im Rahmen der allgemeinen Notfallkompetenz „Arzneimittellehre“ (NKA), sowie der allgemeinen Notfallkompetenz „Venenzugang und Infusion“ (NKV) an die mir übergebene Arzneimittelliste 2 und die Algorithmen des [REDACTED] gebunden bin.

Die Anwendung der Allgemeinen Notfallkompetenz „Venenzugang und Infusion“ (NKV) ist nach

Vorgabe des [REDACTED]

zugelassen nicht zugelassen.

Die besondere Notfallkompetenz „Beatmung und Intubation“ (NKI) darf ich im Landesverband [REDACTED] nicht ausüben.

Ich bestätige den Erhalt folgender Unterlagen:

- Arzneimittellisten – Algorithmen lt. Chefärzteschluss [REDACTED]
- Rechtliche Grundlagen und interne Richtlinien des [REDACTED] für die Ausübung der allgemeinen und besonderen Notfallkompetenzen, [REDACTED] 2008-07-05

Abbildung 6: Verbot der Ausübung der NKA/NKV und NKI einer österreichischen Hilfsorganisation im Jahre 2008 aus privater Quelle

Für den Fall, dass es ermächtigte NKI gibt, stellt sich auch oft die Frage, welche Maßnahmen von ihnen durchgeführt werden dürfen, da sie mitunter nicht unmittelbar im Gesetz Erwähnung finden. Ein solches Beispiel stellt die CPAP-Beatmung, eine nicht-invasive Beatmungsform, die etwa bei obstruktiven Lungenerkrankungen angewendet wird, dar. Laut einer Stellungnahme der ÖGERN (2017a) ist eine Anwendung aber rechtlich argumentierbar, da auch maschinelle Beatmung als Lehrinhalt in der SanAV (vgl. BGBl, 2003c) zu finden ist. Eine Anwendung von CPAP durch NKI ist auch laut einer Stellungnahme der ÖGARI denkbar. (vgl. Trimmel et al 2019: 394)

Notfallkompetenz, im Speziellen die besondere Notfallkompetenz NKI, stellt in Österreich ein viel diskutiertes Thema dar. Zum derzeitigen Zeitpunkt wird der Rahmen des Gesetzes allerdings bei Weitem nicht ausgeschöpft und Notfallrettung oft von RS durchgeführt, was in vielen Gebieten Österreichs dazu führt, dass keine bis nur wenige NFS mit Notfallkompetenz zu den Einsätzen ausrücken, auch wenn NA nur begrenzt verfügbar sind.

3.5.3.6 NotärztInnen

Der österreichische Rettungsdienst, und dies gilt vor allem für die Notfallrettung, wird nicht nur von SanitäterInnen durchgeführt, sondern ist NotärztInnen-basiert. NA versorgen dabei auf bis zu 160 verschiedenen Einsatzmitteln gemeinsam mit SanitäterInnen PatientInnen in Österreich. Speziell im Winter dürfte es sich bei Österreich um das Land mit den meisten NA pro Einwohner weltweit handeln. (vgl. Trimmel et al. 2018: 135) Dies ist vor allem auf die vielen in Wintersportgebieten stationierten NAH zurückzuführen.

2019 wurde das Ärztegesetz novelliert, wobei auch in diesem Zuge die NotärztInnenausbildung internationalen notfallmedizinischen Standards angepasst wurde. Innerklinisch gibt es aber auch weiterhin keine FachärztInnen für Notfallmedizin, obwohl es diese schon in etlichen europäischen Ländern gibt und auch entsprechender Bedarf besteht. (vgl. AAEM, o.D.)

Dem novellierten ÄrzteG, § 40 entsprechend sind NA:

„Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen/Fachärzte, die für die präklinische Notfallmedizin qualifiziert sind und Notfallpatientinnen/Notfallpatienten mit potenziellen oder bestehenden Vitalfunktionsstörungen im Rahmen organisierter Notarztdienste (insbesondere Notarztwagen und Notarzhubschrauber) behandeln.“ (vgl. RIS, 2020c)

In der Praxis wird dies aber eher auf NEF – Notarzteinsatzfahrzeugen, gemeinsam mit Rettungswagen – durchgeführt, was im Gesetz anscheinend nicht berücksichtigt wurde.

Um als NotärztIn tätig zu werden, muss man eine 33-monatige postpromotionale Ausbildung absolvieren. Diese erfolgt innerklinisch und ist an einen NA-Stützpunkt geknüpft, da auch 20 Einsätze unter Supervision durchgeführt werden müssen. Zusätzlich ist auch eine 80 stündige NA-Ausbildung für das NA-Diplom zu absolvieren. (vgl. ÖAK, 2019) Im Rahmen des Gesetzes befinden sich aber auch weiterhin noch mehrere Unklarheiten etwa bezüglich der Supervision der Einsätze oder auch der neuerlichen Ausstellung von Diplomen wieder. (vgl. ÖGERN, 2019c: 1ff.) Mit der Novellierung des Gesetzes ist es nun auch möglich, ohne ein „ius practicandi“, also dem Abschluss einer Turnus- oder Facharztausbildung, als NA tätig zu werden. Dies wurde allerdings lange von Seiten der Ärztekammer als nicht diskutabel interpretiert. (vgl. Trimmel & Baubin, 2017) Zusätzlich zu dieser NA-Ausbildung gibt es auch noch eine mögliche Weiterbildung zu leitenden NA, die in komplexen Einsätzen oder Großunfällen medizinische Führung und Koordination durchführen. (vgl. Hellwagner, 2011: 13)

Wie sich die erweiterte Ausbildung bzw. der Zugang für ÄrztInnen ohne „ius practicandi“ auf den sich immer weiter zuspitzenden NotärztInnenmangel auswirken wird, ist derzeit schwer abschätzbar. Da sich diese Arbeit aber auf Anforderungsprofile von nicht-ärztlichem Personal im Rettungsdienst fokussiert, ist es auch nicht das Ziel, diese Frage zu beantworten, und es wird auch auf NA nicht weiter eingegangen, sondern nur ein kurzer Vergleich zum Einsatzspektrum von NA gegenüber NKI angestellt:

NotfallsanitäterInnen NKI	NotärztInnen
Rettungs- und Bergetechnik	Differenzierte medikamentöse Therapie starker Schmerzen
Sanitätshilfemaßnahmen, Lagerung und Verbände, O2 etc.	Stabilisierung am Notfallort bei Transportproblemen/Triage
Lebensrettende Medikamente	Alle indizierten Medikamente
Peripher-venöser Zugang, einfaches Volumenmanagement	Kompliziertes Volumenmanagement inkl. Medikamentöser Kreislaufunterstützung (Kathecholamine)
Atemwegsmanagement inkl. Intubation ohne Einleitung einer Narkose	Komplexes Atemwegsmanagement inkl. Narkoseeinleitung und -aufrechterhaltung, chirurgischer Atemweg (Koniotomie)
Analgesie*, (Sedierung)	Narkose inkl. Der Anwendung von Muskelrelaxantien
	Notfallchirurgie vor Ort (Thorakotomie, Thoraxdrainage, Notfallamputation, ...)

Tabelle 4: Überlegungen zum notärztlichen Einsatzspektrum (Hellwagner, 2015a: 56; auf Grund von Beispielen aus der Praxis adaptiert)

Hierbei zeigt sich ganz klar, dass NA eine notwendige Ressource des Ö-RD darstellen, die als Ergänzung zu SanitäterInnen speziell für lebensbedrohlich erkrankte PatientInnen gegenwärtig notwendig ist. Allerdings stellt nur ein geringer Teil der Einsätze im Ö-RD wirklich eine Indikation dar, NA zu entsenden. Prause und Kainz (2014) gehen etwa davon aus, dass nur jeder neunte NA-Einsatz auch wirklich indiziert ist. In Kärnten wurden 2018 hingegen nur 40 Prozent der Einsätze von NA als nicht indiziert interpretiert. (vgl. EPIG, 2019) Die Zahlen divergieren also deutlich, wobei allerdings Einstimmigkeit herrscht, dass bei zu vielen Einsätzen NA ausrücken. Durch das oftmalige Fehlen einer Differenzierung beim Einsatz der unterschiedlichen nicht-ärztlichen Professionen im RD ist die Entsendung von NA aber gelebte Praxis. (vgl. Burkowksi & Halmich, 2016: 24) Eine Abwicklung dieser Einsätze wäre in vielen Fällen von SanitäterInnen in Österreich ebenfalls möglich. (vgl. Prause et al. 2017: 502ff.) Die Ausweitung der im SanG beschriebenen Notfallkompetenz in Form einer Anpassung an den aktuellen Tätigkeitsbereich wäre jederzeit auf Basis der Notfallkompetenz-Verordnung in §13 SanG möglich. (vgl. RIS, 2020a; Burkwoski & Halmich, 2016: 26)

Unterschiedliche Möglichkeiten, das SanG auszuschöpfen, können in Österreich verortet werden und stellen zum Teil sehr innovative und aufstrebende Beispiele dar, das SanG in der Praxis zu leben und auch NA zu entlasten.

3.5.3.7 Sonderformen der Ausbildung im Österreichischen Rettungsdienst

Diese Kapitel beinhaltet Sonderformen von Einsatz und Ausbildung von SanitäterInnen in Österreich. Nicht im Detail beschrieben werden etwa SanitäterInnen der Bergrettung, welchen 2019 unter anderem die Arzneimittellisten 1 und 2 des ÖRK zugesprochen wurden (vgl. Egger & Huber, 2019) oder der Einsatz von NFS in der Flugrettung, welche mitunter Zusatzausbildungen als BergespezialistInnen oder HEMS Crew Member absolvieren müssen (vgl. Helirescue, o.D.) Ebenso wird nicht auf die genauen Ausbildungen von Soldaten des Bundesheeres eingegangen, welche zwar in der allgemeinen Notfallkompetenz ausgebildet werden, aber seit 2015 nicht mehr als NKI. (vg. BMVLS, 2015: 5; 2019: 15) Hier soll nur ein kurzer Überblick zu vier Sonderformen von SanitäterInnen im Ö-RD gegeben werden: RettungsmedizinerInnen, RettungspflegerInnen, Feldsupervisoren und EinsatzsanitäterInnen der Österreichischen Polizei.

3.5.3.7.1 RettungsmedizinerInnen

Mit der Gründung aus ÄrztlInnenmangel traten 1890 erstmals in Österreich Medizinstudenten in den organisierten Rettungsdienst unter dem Namen *Dienstarzt* in Erscheinung. (vgl. Oswald & Prause, 2010: 34) Durch eine Gesetzesänderung 1994 musste das *Ärztecorps* in *Medizinercorps* umbenannt werden, was auch die Bezeichnung RettungsmedizinerInnen mit sich brachte. (vgl. ebd.: 46) Diese RM rücken aktuell auf zwei sogenannten „Jumbos“, für Österreichische RTW Verhältnisse überdimensional ausgestattet, in Graz aus. (vgl. Eigler, 2012:12) Die Einsätze der RM können, wie für RTW in Österreich üblich, mit und ohne NA-Begleitung erfolgen.

Die Grazer RettungsmedizinerInnen des ÖRK Bezirksstelle Graz-Stadt stellen eine der am häufigsten diskutierten Personengruppen in den Kreisen des Ö-RD dar. Einerseits ist das darauf zurückzuführen, dass über die freigegebenen Arzneimittellisten (Arzneimittelliste 2a, vgl. Essl, 2017) bzw. die durchgeführten Tätigkeiten durch RM viel spekuliert wird, da es hierzu auch in Publikationen und Vorträgen über die Ausbildung keinen konkreten Nennungen gibt. Informationen eines internen Dokumentes des ÖRK Landesverband Steiermark enthalten

aber den Inhalt der Liste 2a. (vgl. ÖRK Steiermark, 2015) So beinhaltete sie 2015 demnach: „Adrenalin, Acetylsalicylsäure, Atropin, Amiodoron, Betamimetika, Diazepam, Dimentinden, Flumazenil, Furosemid, Glucose, Ibuprofen supp., Isotone Infusionslösung, Midazolam, NaCl 0,9%, Naloxon, Nitroglycerin Spray, Ondansetron, Paracetamol, Prednisolon supp. und i.v., Salbutamol/ Ipratropiumbromid, S-Ketamin, Urapidil und Vollelektrolytlösungen“ (Remschmidt, 2017: 16f.)

Im Falle der Anwendung einer Tätigkeit der Notfallkompetenz, wie etwa der Verabreichung eines Medikamentes der Liste 2a, ist ein Arzt oder eine Ärztin zu verständigen oder für die Veranlassung Sorge zu tragen. (vgl. RIS, 2020a, Burkowski & Halmich, 2018: 21) Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich auch RettungsmedizinerInnen, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium ihres Studiums befinden und 3160 Ausbildungsstunden aufweisen, (vgl. Prause et al. 2017: 502) rechtlich gesehen nur im Rahmen der Maßnahmen bewegen können, welche auf für NKI vorgesehen sind. (vgl. Burkowski & Halmich, 2018: 19)

Tabelle 5: Ausbildung RettungsmedizinerInnen (vgl. Prause et al, 2017: 502)

Dem entgegen stehen Maßnahmen, welche für RM freigegeben sind, wie etwa manuelle Defibrillation, oder es sind – wenn diese durch ÄrztInnen angeordnet wurden – etwa Schrittmachertherapie oder Kardioversion für RM zulässig. (vgl. Essl, 2017) Das bedeutet aber auch, dass sie, obwohl sie etliche klinische Praktika absolviert haben, die in der Klinik erlernten Maßnahmen wie etwa die Punktion einer zentralen Vene nicht anwenden dürfen. (vgl. Burkowski & Halmich, 2018: 22)

Die Ausbildung der RM baut auf den folgenden drei Säulen auf. Grundlegend werden die Ausbildungen laut SanG beim Roten Kreuz Graz Stadt absolviert, dann müssen gewisse Teile des Humanmedizin-Studiums absolviert werden und zuletzt auch interne praktische und theoretischer Unterricht des Mediziner corps Graz. (vgl. Essl, 2017)

Rettungsdienst	Stunden
Sanitäterausbildung (Basis)	260
Notfallsanitäter	480
Kompetenz Venöser Zugang	50
Kompetenz Medikamentenapplikation	40
Kompetenz Intubation	110
Phantomübungen	50
Studium Humanmedizin	
Notfall- und Rettungsmedizin	90
„Problem-based learning“, Fallberichte in der Notfallmedizin	30
EKG	15
Famulaturen, Praxis und Prüfung	
Anästhesie (4 Wochen plus 3 Wochen Kinderanästhesie)	280
Innere Medizin (4 Wochen)	160
Chirurgie (2 Wochen)	80
Begleitfahrten unter Supervision als Rettungsmediziner-Anwärter	1 500
Abschlussgespräch, praktische Prüfung	15
Gesamtstunden	3160

3.5.3.7.2 RettungspflegerInnen

International gesehen werden in etlichen Ländern KrankenpflegerInnen im Rettungsdienst eingesetzt. (vgl. Redelsteiner, 2016: 90) Bis zur Einführung des SanG wurden auch im Ö-RD

häufig DGKP zusätzlich zu nicht standardisiert ausgebildeten SanitäterInnen eingesetzt. (vgl. ebd.: 81) Dies änderte sich aber mit dem SanG, welches lediglich den Einsatz von SanitäterInnen im RD vorsieht, aber Anrechenbarkeiten für PflegerInnen beinhaltet. (vgl. RIS, 2020a)

Vergleicht man allerdings das GuKG und das SanG, wird klar, dass SanitäterInnen in Österreich trotz viel kürzerer Ausbildung etliche Tätigkeiten bis hin zur endotrachealen Intubation eigenständig durchführen dürfen. (vgl. Redelsteiner, 2016: 83) Krankenpfleger sind trotz längerer Ausbildung nicht befähigt, im klinischen Setting diese Maßnahme eigenständig durchzuführen. Eine interdisziplinäre Berufsausbildung, welche sowohl eine Ausbildung in Krankenpflege, aber auch im Rettungsdienst beinhaltet, wird in Form eines Bachelorstudiengangs an der FH St. Pölten angeboten. Die offizielle Bezeichnung „akademischer Lehrgang für präklinische Versorgung und Pflege“ beinhaltet ganz klar beide ausgebildeten Disziplinen und unterstreicht damit das Verknüpfungspotential. (vgl. Redelsteiner et al. 2018c: 180) Mit Hilfe dieses Studiums sollte die Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst, Krankenhäusern und Primärversorgungszentren gestärkt werden. (vgl. Immervoll, 2015: 14)

Da die Absolventen nicht nur auf innerklinische Erfahrung zurückgreifen können, sondern etwa auch die Ausbildung zu NFS absolvieren, sollten Ihnen Entscheidungen über die Notwendigkeit von Hospitalisierungen von PatientInnen, der weiteren hausärztlichen Versorgung oder einer palliativen Betreuung möglich sein. (vgl. Redelsteiner et al. 2018: 184) Das ist für SanitäterInnen ohne Pflegehintergrund oder umfangreicher Praxiserfahrung nur schwer bis gar nicht möglich.

In einer von ÖGERN (2019a) veröffentlichten Stellungnahme wird empfohlen, die Anwendung von Tätigkeiten, welche SanitäterInnen im Zuge eines anderen Berufes nachweislich erlernt haben, auch im RD ex lege zu erlauben. Im Zuge dessen wird auch ein Vorschlag für einen Gesetzestext unterbreitet und direkt auf die Ausbildung der FH St. Pölten verwiesen. (vgl. 2019a: 1f.) In Notfällen ist der eigenverantwortliche Handlungsrahmen, welcher PflegerInnen in Ö zugesprochen wird, aber auch eher gering. Es wird hierbei von lebensrettenden Maßnahmen gesprochen, welche die Verabreichung von Sauerstoff, Herzdruckmassage und Beatmung sowie den Einsatz des Defibrillators beinhalten. In einer Regierungsvorlage ist zusätzlich auch noch etwa der Larynxtubus genannt. (vgl. ÖGERN, 2017a) Dieser Umfang ist in etwa jener von RS bei auftretenden Notfällen.

Die ursprünglichen Vorschläge, AbsolventInnen der Pflegeausbildungen auf Bachelor- bzw. Masterbasis als Paramedics einzusetzen, wurde bisher nicht umgesetzt. (vgl. Preterebner, 2014: 2; Redelsteiner, 2015: 186) Allerdings startete mit Ende 2019 der Einsatz von Acute Community Nurses (ACN) in Niederösterreich. Der Einsatzbereich dieser ACN soll auch die Betreuung von „Akut- und NotfallpatientInnen im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung, Evaluierung der weiteren Versorgung und wenn nötig Transportbegleitung von Patienten bei ausgewählten Rettungsereignissen“ sein. (vgl. Notruf-NOE, 2019a) Neben diesen rettungsdienstlichen Tätigkeiten ist auch noch der Bereich Community Nursing abzudecken, welcher unter anderem (Akut-)Visiten oder die Betreuung von Personen nach KH-Aufenthalten, PatientInnen mit chronischen Grunderkrankungen, Kathedern oder auch die Versorgung von Personen mit psychischen oder sozialen Problemen umfasst. (vgl. ebd.) Die Voraussetzungen für potenzielle BewerberInnen umfassen sowohl ein Krankenpflegediplom oder Pflege-Studium, wie auch eine mindestens dreijährige innerklinische Berufserfahrung und die Ausbildung zu NFS, vorzugsweise mit NKV. (vgl. Notruf-NOE: 2019b) Diese Tätigkeiten scheinen in naher Zukunft geradezu prädestiniert für die AbsolventInnen des „Akademischen Lehrgangs für präklinische Versorgung und Pflege“ an der FH St. Pölten zu sein. Die erste Tranche schloss im Herbst 2018 diese Ausbildung ab. (vgl. SK Verlag, 2018b)

3.5.3.7.3 Fieldsupervisor

Obwohl der Titel „Wir fahren zu den ärgsten Einsätzen“ (Seiser, 2018) im Kurier reißerischer nicht sein könnte und im News-Magazin von „Super-Sanis“ die Rede ist (vgl. Prager, 2017), handelt es sich bei einem sogenannten Fieldsupervisor oder FiSu um Sanitäter der Wiener Berufsrettung, welche seit 2011 für Qualitätssicherung eingesetzt werden. Die Idee von Feldsupervisoren stammt ursprünglich aus den USA, wobei deren Rollen innerhalb der Organisationen von Vorgesetzten, AnleiterInnen, Coaches bis hin zu beinahe gleichwertigen KollegInnen reichen können. (vgl. Redelsteiner, 2018b: 189) Im deutschsprachigen Raum findet man solche Feldsupervisoren kaum in der Rettungsdienstlandschaft. (vgl. Redelsteiner, 2018a: 40) Die Ursprünge dieser Tätigkeiten gehen allerdings auf das Wiener Rote Kreuz zurück, welches 1996 den „Qualitätssicherungspartner“ im Rahmen der ISO 9001 Zertifizierung einführte. Dieser musste einen 60-stündigen Kurs als Vorbereitung für das neue Tätigkeitsfeld absolvieren. (vgl. Redelsteiner, 2018b: 192) Der eigentliche Startschuss der FiSu in der Wiener Berufsrettung fiel allerdings im Zuge einer Studie für

Thoraxkompressionsgeräte, welche von 2009–2011 durchgeführt wurde. (vgl. Girsu, 2019: 44)

Um zur Gruppe der österreichischen FiSu zu gehören, ist eine Tätigkeit als NKI und LehrsanitäterIn in der Rettungakademie der Wiener Berufsrettung vorausgesetzt. Zusätzlich müssen auch zehn Jahre Praxis und internationale Zertifikate wie PHTLS, AMLS und EPC absolviert werden. Im Laufe der Tätigkeiten soll auch die mehrjährige, interne Ausbildung zu „diplomierten NotfallsanitäterInnen“ der Berufsrettung durchlaufen werden. (siehe Kapitel 3.5.3.7.3 In Wien gibt es drei Stationen auf denen diese SanitäterInnen, von denen es 2018 insgesamt 14 gab, eingesetzt werden. (vgl. ebd.: 42)

Da Fieldsupervisor überwiegend im Bereich des Qualitätsmanagements tätig sind und für eine Verbesserung der Abläufe im RD eintreten, ist es nicht verwunderlich, dass die Reputation der Wiener Berufsrettung in österreichischen RD-Kreisen als hoch einzustufen ist, nicht nur in den Medien. Als Beleg für die Qualität des Wiener Rettungsdienstes, zu der die Berufsrettung inklusive FiSU, NA aber natürlich auch SanitäterInnen weiterer HiOrgs zählen, muss eine Studie rund um Schriefl und Uray genannt werden, welche die Überlebensrate bei Herz-Kreislaufstillständen durch die effiziente Rettungskette in Wien als exzellent beschreibt, egal ob es sich um Tag- oder Nachteinsätze handelt. Dies ist bei vergleichbaren internationalen Studien nicht immer der Fall. (vgl. Medizinische Universität Wien, 2019) Die hohe Zahl an PatientInnen mit positivem Outcome war demnach einerseits auf die meist schnelle Verfügbarkeit von Ersthelfern, aber auch auf das standardisiert und effizient praktizierte ALS-System zurückzuführen. (vgl. Schriefl et al. 2019) Zu diesem ALS-System müssen natürlich auch FiSu gezählt werden, da sie neben den Tätigkeiten im Sinne des Qualitätsmanagements auch Teams bei der Anwendung des Advanced Life Supports unterstützen und auch zusätzliche Materialien zur Wiederbelebung mitführen. Obwohl die Studie mit Daten aus 2013–2015 erstellt wurde und das FiSu-System noch nicht dermaßen ausgeprägt war wie heute, tragen sie mit Sicherheit ihren Beitrag zur hohen Qualität der Versorgung von NotfallpatientInnen in Wien bei. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass FiSu die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Einsätzen in der Praxis in Schulungen, Trainings und auch die Ausbildung einfließen lassen. (vgl. Girsu, 2019: 45)

Die Aufgaben von FiSu können in drei Kategorien eingeteilt werden. Das Hauptaugenmerk liegt auf mobilem Qualitätsmanagement. Die Supervisoren übernehmen dann eine Beobachterrolle und greifen nur in Fällen ein, in denen Gefahr für PatientInnen besteht. Die

Beobachtungen werden in einer eigenen App dokumentiert und die Verbesserung von wiederkehrenden Problemstellungen in Fort- und Weiterbildungen integriert. Zusätzlich stellen FiSu auch eine zusätzliche Ressource hoch-qualifizierten Personals dar. Eine weitere Funktion ist jene als First Responder, also Voraushelfer, bei hochpriorisierten Notfällen. (vgl. Redelsteiner, 2018a: 43ff.) Neben der Verminderung von Risiken während Einsätzen wird demnach auch die Versorgungsqualität von PatientInnen gesteigert. (vgl. Schranz, 2018: 62) Diese wird allerdings nicht nur als Beobachtungen während der Einsätze und Unterstützung der Einsatzkräfte durchgeführt, sondern auch durch Forschung in Form von Studien und der Pflege des Reanimationsregisters in Wien. (vgl. Redelsteiner, 2018b: 195)

3.5.3.7.4 *EinsatzsanitäterInnen der Österreichischen Polizei*

Eine weitere Gruppe von SanitäterInnen in Österreich stellen PolizistInnen dar, welche laut einem Gespräch mit Thomas Grössinger, Landessanitätskoordinator des LPD Steiermark, im taktischen Sanitätsdienst einen wichtigen Teil der Rettungskette darstellen und auch im Zuge des Großen Sicherheits- und Ordnungsdienstes (GSOD) bei etwa Demonstrationen oder Staatsbesuchen im Einsatz stehen. Im Polizeidienst der Steiermark gibt es etwa die interne Ausbildung zu taktischen *EinsatzsanitäterInnen*, welche aber keine Befugnisse außerhalb des SanG (vgl. RIS, 2020a) beinhaltet. Die Grundausbildungen von RS bis NKI werden entweder von den PolizistInnen vorher absolviert oder in Kooperation mit Organisationen wie dem Bundesheer ausgebildet. Arzneimittellisten gibt es gegenwärtig im Polizeidienst nicht, wobei es bereits Bemühungen gibt, um diese – wie etwa 2019 bei der Bergrettung – zu implementieren.

3.5.4 ALS und BLS – Notfallrettung und Krankentransport

Das Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich, welches durch ExpertInnen der Ö-Rettungsdienstlandschaft erstellt wurde, umfasst die Notfallrettung sowohl Advanced Life Support, also erweiterte lebensrettende Maßnahmen wie auch Basic Life Support, Basismaßnahmen der Lebensrettung. Für die Forschungsfrage war es aber entscheidend, den Einsatzbereich von SanitäterInnen in der Notfallrettung (ALS) und dem Krankentransport (BLS) zu unterscheiden. International gesehen wird der Bereich des Krankentransportes als BLS interpretiert. Notfallrettung, welche die Verabreichung von Medikamenten und erweitertes Atemwegsmanagement umfasst, wird weitgehend als ALS bezeichnet. Diese

Trennung in die beiden Bereiche Krankentransport (BLS) und Notfallrettung (ALS) wurde auch in dieser Arbeit übernommen.

In dieser Arbeit erfolgte demnach eine Unterscheidung in zwei KOAP. Die Unterteilung wurde vorrangig nach der Ausbildung der SanitäterInnen getroffen. Laut der getroffenen Definitionen wurde festgelegt, dass jene Profile für RS im Basic Life Support (BLS) Bereich Gültigkeit haben sowie jene für NFS bis zur Ausbildung zu NKI im Bereich des Advanced Life Supports (ALS). Dies ist auch mit der Interpretation von Hellwagner (2015a: 52) konform, bei welcher RS für „Alpha-Codes“, Einsätze mit niedriger Priorität, eingesetzt werden sollten. NFS bis NKI werden hingegen zu höher priorisierten Einsätzen gesendet und bei Bedarf von NA unterstützt. Auch Reisinger (2012) versteht RS als BLS und NFS ab der Stufe NKV als ALS. (vgl. 2012: 57)

3.5.4.1 Unterscheidung ALS und BLS

In modernen Dispatch-Systemen von Leitstellen wird ebenfalls das Öfteren nach BLS- und ALS-Einsätzen unterschieden. Während BLS-Einsätze Einsätze mit niedriger Priorität darstellen, bei der meist nur eine Transportleistung mit möglichen Lagerungsmaßnahmen notwendig ist, stellen ALS-Einsätze jene mit hoher Priorität dar, welche zu vermutende weitergehende medizinische Maßnahmen mit sich ziehen. (vgl. Hellwagner, 2015a: 51)

Notfallrettung im Sinne von ALS beinhaltet mitunter eine Kontinuität und Qualität der Herzdruckmassage, perivenöse Zugänge, Intubation, Beatmung, EKG, Monitoring, Sedierung, Transport, Teamwork und Entscheidungen über die weitere Versorgung von (Notfall-)PatientInnen. Mitunter zählen auch Laborwerte oder Sonographie zum Spektrum von ALS. (vgl. Prause & Kainz, 2014: 3) Redelsteiners Definition von ALS greift etwas tiefer, wobei ALS Versorgungsniveau zumindest Medikamentenapplikation, venöse Zugänge mit der Gabe von Infusionen, EKG-Diagnostik und (zumindest supraglottisches) Atemwegsmanagement umfasst. (vgl. 2016: 94) Bei einer Stellungnahme der ÖAK (2015) zur Novelle des GuKG wurde diese als ALS-Beatmungshilfe und nicht als BLS-Maßnahme interpretiert. (vgl. 2015: 7) Dies würde eine Definition von NKV im Sinne von ALS ebenfalls begünstigen.

Bezieht man sich auf die Inhalte der Kurse des ERC, so würden RS bis NFS vorzugsweise einen ILS (Immediate Life Support)-Kurs absolvieren bzw. in diesem Rahmen tätig werden, welcher für die Versorgung kritisch kranker PatientInnen durch Gesundheitspersonal

ausgerichtet ist. (vgl. ARC, 2017) Im Kompetenzmodell des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes von 2011 wurde etwa auch von lebensrettenden Sofortmaßnahmen gesprochen (vgl. Petek et al, 2011: 33), was dafür sprechen würde, dass PflegerInnen in Österreich ebenfalls als BLS interpretiert werden können, auch wenn vor allem Intensiv- oder AnästhesiepflegerInnen sicherlich auch als Mitglieder von ALS-Teams zu interpretieren sind.

In der österreichischen RD-Praxis zeigt sich natürlich, dass Notfallrettung bzw. ALS keineswegs bedeutet, dass alle PatientInnen lebensbedrohlich erkrankt sind, diese Art von PatientInnen aber kompetent versorgt werden muss wie auch jene PatientInnen, die im Zuge der Notfallrettung als NotfallpatientInnen interpretiert werden. Auch ein kompetenter Umgang mit jenen PatientInnen, die keiner unmittelbaren Hilfeleistung bedürfen, muss von SanitäterInnen beherrscht werden, weswegen unterschiedlichste Kompetenzen auf Basis der vier Basiskompetenzen – Sozial-kommunikative Kompetenz, Fach- und Methodenkompetenz, Aktivitäts- und Handlungskompetenz sowie personale Kompetenz – in die Anforderungsprofile einbezogen wurden.

3.5.4.2 NKI = Advanced Life Support?

Eine Streitfrage, die in den Jahren der Erarbeitung der Profile mehrmals auftauchte, war, ob NotfallsanitäterInnen (NKI) als Advanced Life Support interpretiert werden können oder nicht.

Nach E-Mail-Rückfrage und einer Besprechung mit Lucas Pflanzl-Knizacek, dem Schriftführer des Austrian Resuscitation Council, stellte sich heraus, dass das ARC, oder auch Österreichischer Rat für Wiederbelebung genannt, NKI zwar als qualifiziertes Mitglied eines ALS-Teams versteht, wobei hier spezielle Teilbereiche an Fertigkeiten und Aufgaben übernommen werden können, sie aber nicht eigenständig im ALS-Setting tätig werden können. NKI sind laut Interpretation also nicht in der Lage, ein ALS-Team selbstständig ohne NotärztIn zu leiten.

Konträr sieht dies jedoch Christoph Redelsteiner. In einem E-Mail von 2018 interpretiert dieser NKI auf jeden Fall als ALS. Grund hierfür sind unter anderem die Möglichkeit zur invasiven Medikamentengabe und Diagnostik. Ferner stufte er auch schon 2016 einen RTW, der mit SanitäterInnen mit NK besetzt ist, als ALS ein. (vgl. Redelsteiner, 2016: 96) Die Behauptungen basieren auf internationalen Vergleichen von Befugnissen von Rettungsdienstpersonal und die jeweilige Zuordnung zu ALS oder BLS. Hierbei wurden NKI

als ALS eingestuft, weswegen auch der Bereich der Notfallrettung bzw. das Anforderungsprofil für NFS-NKI den ALS-Bereich in Österreich abdeckt. Dies erfolgt natürlich in Kooperation mit NA, wenn verfügbar, aber auch eigenständig, wenn keine NA zur Verfügung stehen, wie dies in Österreich zunehmend beobachtet werden muss.

Auch Hellwagner (2015a: 53ff.) sieht in NKI einen ALS-Provider, wobei er diesen sogar als „Basic-Paramedic“ bezeichnen würde, dem umfangreiche Befugnisse zur Versorgung von NotfallpatientInnen eingeräumt wurden. Auch ohne eine Gesetzesänderung sind die Befugnisse von NKI nicht viel geringer als jene von diversen Paramedics, wobei sich diese in den jeweiligen Regionen stark unterscheiden können. Lediglich die Ausbildungszeit von 1600 Stunden (NKI) zu 2000–5000 Stunden eines Paramedic divergieren stark.

3.5.5 Vorschläge zur Änderung der Ausbildung von SanitäterInnen in Österreich

Als Urgestein der Wiener Berufsrettung und zugleich Personalvertreter warf Feichtelbauer (2017) die Frage auf, ob die kurze Ausbildungsdauer, des in der Präklinik tätigen, nicht-ärztlichen Personals in Österreich noch zeitgemäß sein kann, wenn innerklinisch nur Personal Verantwortung für das Wohl von PatientInnen übernehmen darf, welches entweder mehrjährig diplomiert, graduiert oder promoviert ist. (vgl. 2017: 15) Dieser Ansicht war auch das Team rund um Redelsteiner, welches mit der Ausbildung von RettungspflegerInnen betraut ist. (vgl. Redelsteiner et al. 2018: 184)

Bereits vor der Einführung des SanG gab es diverse Ideen zur Einführung von Ausbildungskonzepten von Sanitäterinnen in Österreich, die mitunter mehrjährige Berufsausbildungen vorsahen. (vgl. Müller & Huber: 1994²; Bronneberg et al., 1995 in Weisser, 2009: 44ff. Bronneberg & Nemeth, 1997 in Weisser, 2019: 50ff. – leider ist kein Original mehr verfügbar.) Diese wurden im SanG allerdings nicht umgesetzt und das SanG wurde in derzeitiger Form 2002 eingeführt.

In den vergangenen Jahren, etliche Jahre nach Einführung des SanG, gab es mitunter wieder rege Diskussionen um eine erweiterte Ausbildung von SanitäterInnen in Österreich. Betrachtet man aber die klare rechtliche Situation in Österreich und deren mögliches Einsatzspektrum, sind SanitäterInnen in Österreich auch für eine umfassende (Notfall-)PatientInnenversorgung potenziell einsetzbar. Eine Umsetzung des Rahmens der Ausbildungen und Möglichkeiten des SanG wäre hierzu aber notwendig, was allerdings bislang nicht ausgeschöpft wurde. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 26)

Im Folgenden sollen mehrere Konzepte, die zum überwiegenden Teil eine mehrjährige Ausbildung beinhalten, als mögliche Alternativen zu den derzeitigen Ausbildungen laut SanG vorgestellt werden.

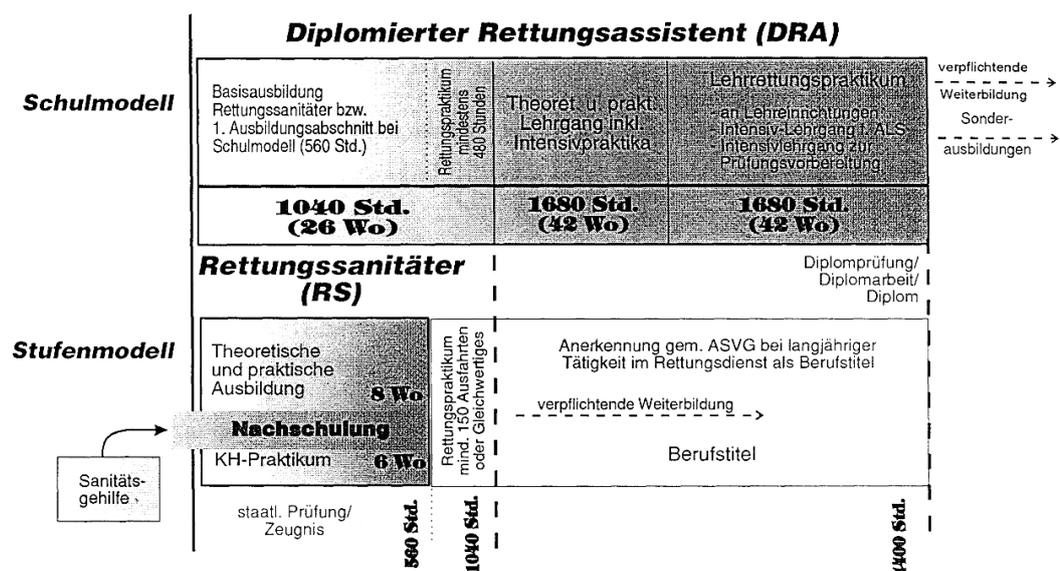
3.5.5.1 Diplomierter Rettungsassistent (DRA)

Ein Ausbildungsmodell welches 1993, also deutlich vor dem SanG erstellt wurde, stellt der diplomierte Rettungsassistent (DRA) dar. Dieser wurde durch die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen vorgeschlagen.

„Diplomierter Rettungsassistent (DRA) ist jene hochqualifizierte medizinische Assistenzfachkraft, welche aufgrund ihrer dreijährigen Ausbildung befähigt ist, die qualifizierte Durchführung ‚Assistierender Lebensrettender Sofortmaßnahmen‘ (ALS) bei Notfallpatienten, das Überprüfen, Wiederherstellen und Aufrechterhalten der vitalen Funktionen, die Herstellung der Transportfähigkeit, die sachgerechte Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfebedürftiger Personen am Unfallort wie auch während des Transportes zur klinischen Versorgungseinrichtung und in den Erstaufnahmen zu gewährleisten. Der DRA unterstützt den Notarzt als dessen Helfer und Partner im Rahmen der praeklinischen Versorgung gemäß den ‚Standardisierten Medizinischen Anordnungen bzw. Anweisungen‘ (SMA).“ (Müller & Huber, 1994²: 399)

In diesem Modell würden Sanitätsfachkräfte 4400 Stunden Ausbildung durchlaufen, was etwa drei Jahren Ausbildung entspricht. (vgl. Müller & Huber, 1994²: 396) Im Vergleich absolvieren NKI gegenwärtig 1640 Stunden.

Ausbildungsmodell Sanitätsfachkraft



© 1993 Österreichische Akademie für Gesundheitswesen

Abbildung 7: Ausbildungsmodell Sanitätsfachkraft: Diplomierter Rettungsassistent – DRA (Müller & Huber, 1994²: 396)

Wie aus obigem Modell ersichtlich wird, stellten DRA die höchste Ausbildungsstufe dar. Rettungssanitäter waren als Hilfspersonal von NA und DRA gedacht und sollten die Mindestqualifikation im RD darstellen. (vgl. ebd.: 398) RS hätten demnach 560 Stunden Ausbildung zu absolvieren gehabt. Dies entspricht etwas mehr als dem Doppelten der gegenwärtigen RS-Ausbildung von 260 Stunden. Dennoch liegt die Stundenanzahl deutlich unter den gegenwärtig 900 für NFS.

Um auch freiwilligen MA weiterhin eine Tätigkeit im RD zu ermöglichen, wurde auch eine Möglichkeit vorgeschlagen, die Theorieeinheiten in Blöcken zu absolvieren. (vgl. ebd.: 407) Da es auch jetzt in den Kreisen der freiwilligen RD-MA auch etliche NFS bis hin zu NKI gibt, wäre diese Ausbildung sicherlich dem Großteil der FW-MA zumutbar gewesen. Auch 560 Stunden sind mit Sicherheit nicht übertrieben viel Zeit, bedenkt man die verantwortungsvolle Tätigkeit, denen RS nachgehen würden. Allerdings war die Freiwilligkeit einer der ausschlaggebenden Gründe, warum dieses Modell nicht eingeführt wurde.

3.5.5.2 Paramedic

Ursprünglich stammt der Begriff Paramedic aus den USA und beschreibt hochqualifizierte SanitäterInnen, welche ALS, also erweiterte präklinische Notfallmedizin, anwenden, um NotfallpatientInnen zu betreuen. (vgl. Redelsteiner, 2015: 186) Laut des Cambridge Wörterbuchs ist ein Paramedic „a person who is trained to do medical work, especially in an emergency, but who is not a doctor or nurse.“ (CUP, 2014) Paramedics werden hierbei als Profession abseits von ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen zu interpretiert.

In Diskussionen um Paramedics in Österreich wurde allerdings auch der Einsatz von Paramedics in Form von Bachelor-Absolventen des Pflegestudiums von den Landesgesundheitsreferenten angedacht. (vgl. Preterebner, 2014: 2) Im Zuge dessen wurde eine, auf den Bachelor-Abschluss aufbauende, zweijährige Masterausbildung zum Paramedic angedacht. (vgl. Redelsteiner, 2015: 186; Keller, 2015: 8) Die primäre Aufgabe dieser präklinisch tätigen Profession hätte allerdings mehr Eigenverantwortung beinhaltet, als es für PflegerInnen in klinischen Institutionen der Fall ist.

Schon weit vor Einführung des SanG wurde der Begriff Paramedic als Unwort im Ö-RD gesehen. Diese Auffassung herrschte auch bei den wiederkehrenden Diskussionen zu dem Thema in den Jahren 2013–2015 vor. NA wären bei einer Systemumstellung möglicherweise nicht mehr aktiv und federführend im RD tätig gewesen, was laut Interpretationen zu einer

desaströsen Qualität der PatientInnenversorgung in Österreich geführt hätte. Dies kann auch anhand des Zitats von Gimborn, einer niederösterreichischen ÄrztIn und damals zugleich Landtagsabgeordneten, im Kurier erkannt werden:

„Weil offenbar im finanzmaroden Land nicht mehr genug Geld vorhanden ist, um Ärzte, speziell Notärzte, zu bezahlen, sollen Patienten im Notfall von billigeren Paramedics versorgt werden. Das ist 'grad so, als ob eine Fluglinie, die ein Sanierungsfall ist, statt Piloten nachgeschulte Stewardessen und Stewards fliegen lässt.“ (in Hofer, 2014)

Trotz deutlichen Widerstands besitzt auch Österreich historisch gesehen deutlichen Paramedic-Bezug.

Der in Österreich geborene Dr. Safar war maßgeblich an der Entwicklung eines Paramedic-Curriculums beteiligt und setzte somit einen wichtigen Meilenstein für die paramedizinische Versorgung in den USA. (vgl. Kimlicka, 2013⁷: 9) Neben diesem Österreich-Bezug der Paramedics in den USA wurden aber auch schon Jahre zuvor präklinisch tätige Personen, welche mit Paramedics vergleichbar sind, im Ö-RD eingesetzt. Ende des 19. Jahrhunderts brachten Medizinstudenten in den Diensten der Wiener Rettungsgesellschaft ärztliche Maßnahmen zu NotfallpatientInnen, was auch kurz darauf in Graz erfolgte. (vgl. Redelsteiner, 2015: 186) Diese Grazer MedizinstudentInnen sind noch heute als RettungsmedizinerInnen tätig, wie im Kapitel 3.5.3.7.1 beschrieben wurde.

Ähnlich jenen RettungsmedizinerInnen sollten sogenannte Paramedics, welche in NÖ angedacht waren (vgl. Keller, 2015:8; Springer, 2014) und auch im Arbeitsprogramm 2014–2019 der Vorarlberger Regierung verankert waren (vgl. Landespressestelle Vorarlberg, 2014: 24), NA entlasten und NotfallpatientInnen selbstständig versorgen. (vgl. Hofer, 2014; Wagner, 2019: 30f.) Ein Hauptgrund für zahlreiche Gegenstimmen war die Befürchtung, das flächendeckende NA-System würde durch ein Paramedic-System ersetzt. (vgl. ÖGARI, 2014) Ähnliche Diskussionen gab es auch schon vor etlichen Jahren in Deutschland, wobei, ähnlich den Vorschlägen in Österreich, am NA-System festgehalten wurde und die Versorgung bestimmter Notfälle durch nicht-ärztliches Personal, unterstützt durch SOP und Algorithmen, im RD forciert werden sollte. (vgl. Dirks, 2003: 393) Dies ist auch in der Schweiz der Fall.

Ein weiterer Umstand, der den Zugang zum Verständnis des Einsatzes von Paramedics erschwerte, wurde auch von ÖGERN (2014) erkannt. Das Wort Paramedic passt semantisch nicht zum Ö-RD. (vgl. 2014: 4) Trotz dieses Hindernisses wurde eine Querverbindung vom

Paramedic-System, zum Ö-RD, welcher NA-basiert ist, von Hellwagner (2015a) angestrebt. Er interpretierte österreichische NKI sogar als „Basic-Paramedics“, denen im gesetzlichen Rahmen umfangreiche Befugnisse zugesprochen wurden. Da jedoch die Hilfsorganisationen diesen Rahmen, etwa in Form von Freistellungen dieser Notfallkompetenz, begrenzen (können) und diese Ausbildungsstufe weitestgehend nicht ausgebildet oder rezertifiziert wird, kann von einer flächendeckenden Ausbildung nicht gesprochen werden. Vor allem in der Peripherie muss oft mit RS das Auslangen für die Versorgung von NotfallpatientInnen auf Rettungswagen gefunden werden. (vgl. 2015a: 53f.)

3.5.5.3 *Diplomierte NotfallsanitäterInnen (Wiener Berufsrettung)*

Mit der Einführung des mobilen Qualitätsmanagements in Form von Feldsupervisoren, FiSu (siehe Kapitel 3.5.3.7.3) und damit einhergehenden Publikationen wurde auch das Thema rund um den mehrjährigen Ausbildungslehrgang der *diplomierten NotfallsanitäterInnen* aufgerollt. (vgl. Redelsteiner, 2018: 42) Da es hierzu keinerlei offizielle Informationen gibt, stellte Girs (2017), derzeit Leiter der Wiener Rettungsakademie, Information zu dieser mehrjährigen Ausbildung zur Verfügung.

Auf Basis der Bezugswissenschaften des Rettungsdienstes wie Notfallmedizin oder Pflege sollen Dipl.-NFS den höchstmöglichen nationalen Standard einer RD-Ausbildung darstellen und über eine für gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen notwendige, situations- und anforderungsbezogene (Handlungs-)Kompetenz im Rettungsdienst verfügen, welche im Zuge der Ausbildung und Praktika entwickelt werden soll. Wie ebenfalls dem Verständnis dieser Arbeit entsprechend, sind diese Kompetenzen ganzheitlich auf die vier Kompetenzbereiche der (A), (S), (F) und (P)-Kompetenz verteilt und werden auch durch wirtschaftliche Determinanten ergänzt. Ökonomische Faktoren wurden in diesen Profilen zu Gunsten der PatientInnen nicht berücksichtigt.

Hauptaugenmerk der Dipl. NFS Ausbildung wird auf die Ausprägung von Kompetenzen gelegt, welche „einerseits befähig(en), im Rahmen eigenverantwortlichen Handelns eine einsatzführende Position zu übernehmen und andererseits innerhalb eines multiprofessionellen Versorgungsteams eine koordinierende und vernetzende Rolle zu übernehmen.“ (vgl. ebd.)

Eine weitere Parallele zu den Grundsätzen dieser Arbeit ist, dass bei Versorgungs „der Mensch in den Mittelpunkt der Versorgung gestellt werden“ soll, indem den auf

unterschiedliche PatientInnen(-gruppen) und deren Bedürfnisse adäquat eingegangen werden soll, wobei es auch „größtmögliche Autonomie und Selbständigkeit sowie Empowerment von Erkrankten, Verletzten und sonstig Beteiligten“ zu bewahren gilt.

Durch die Ausbildung der MA der Wiener Berufsrettung zu Dipl.-NFS soll die Versorgung (Notfall-)PatientInnen in unterschiedlichen Settings kompetent und situationsbezogen erfolgen, dies soll im Wesentlichen durch die folgenden Tätigkeitsbereiche erfolgen:

„1. Erfassung und Feststellen der Lage am Einsatzort und damit verbunden die unverzügliche Einleitung notwendiger Maßnahmen zur Gefahrenabwehr sowie die notfallmedizinische Ersteinschätzung von PatientInnen. Dies kann im Großschadens- und Katastrophenfall auch weitere einsatztaktische Lagemeldung und Einsatzkoordination bedingen.

2. Bedingt durch die selbstständige Einschätzung und Beurteilung der/des PatientIn, ergibt sich die Definition von Behandlungsprioritäten, insbesondere dem Erkennen einer vitalen Bedrohung sowie der Einleitung erforderlicher Maßnahmen. Dies schließt ebenfalls die notwendige Einbeziehung weiterer Rettungsmittel oder (not)ärztlicher Ressourcen mit ein.

3. Der diplomierte Notfallsanitäter/die diplomierte Notfallsanitäterin stellt auf Basis der ihm/ihr zur Verfügung stehenden Informationen und klinischen Fakten eine eigenständige Notfalldiagnose. Dies ermöglicht ein eigenverantwortliches Handeln in der Phase der präklinischen Notfallversorgung bis zu definitiven ärztlichen Behandlung.

4. Im Rahmen des Einsatzgeschehens werden relevante notfallmedizinische Maßnahmen durch den/die diplomierte/n NotfallsanitäterIn gesetzt. Je nach vitaler Bedrohung und Komplexität des Notfallbildes kann dies auch invasive Maßnahmen erforderlich machen. Medizinische und vor allem invasive Maßnahmen sollen standardmäßig bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbilder und -situationen durch die diplomierten NotfallsanitäterInnen zur Anwendung kommen. Diese sollen von der jeweiligen ärztlichen Leitung der Organisation mittels Maßnahmen- und Arzneimittelkatalog sowie Standard Operating Procedures (SOP) vorgegeben, überprüft und verantwortet werden.

5. PatientInnen werden als Menschen mit all ihren Facetten betrachtet. Ein adäquater Umgang und professionelle Kommunikation sind eine der Kernkompetenzen der diplomierten NotfallsanitäterInnen. Dies schließt ebenfalls Kenntnisse in der transkulturellen und interreligiösen Kommunikation mit ein.

6. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und sachliche Kommunikation auf gleicher Augenhöhe mit allen beteiligten Personengruppen und Einrichtungen muss als selbstverständlich gelten.

7. Innerhalb eines multidisziplinären medizinischen Teams fungiert der/die diplomierte Notfallsanitäter/

Notfallsanitäterin nicht nur in Assistenzfunktion gegenüber dem ärztlichen Personal, sondern führt eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen durch, oder setzt diese fort. Diese Entlastung der ärztlichen Ressourcen begünstigt die Fokussierung auf die jeweilige Fachkompetenz und ist der reibungslosen Zusammenarbeit förderlich.

8. Der Notfalltransport, insbesondere das Herstellen und Sichern der Transportfähigkeit, das Auswählen des geeigneten Transportziels sowie das Überwachen des medizinischen Zustandes der Patienten und Patientinnen und deren Entwicklung und Verlauf am Transport wird als eigenständig wahrzunehmende Kompetenz der Berufsgruppe angesehen. Damit verbunden ist die Durchführung und Überwachung sanitätsdienstlicher Sonder- und Intensivtransporte ein Maßstab der Professionalisierung.

9. Sicherstellen der Einsatz- und Betriebsfähigkeit von Rettungsmittel, einschließlich der Beachtung und Einhaltung von Hygiene-, Arbeits-, und Unfallschutzvorschriften.

10. Die Kommunikation mit den Nahtstellen des Versorgungssystems beinhaltet ebenso eine qualitativ hochwertige und standardisierte PatientInnenübergabe an die jeweilige behandelnde Institution.

11. Eine korrekte Dokumentation des medizinischen Zustandsbildes von NotfallpatientInnen, der gesetzten notfallmedizinischen Maßnahmen, aller einsatzrelevanter Geschehnisse und die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen sind ebenfalls Kernaufgaben der diplomierten NotfallsanitäterIn.

12. Diplomierte NotfallsanitäterInnen üben eine zentrale Funktion in rettungsdienstlichen Qualitätsmanagementsystemen aus. Sie beeinflussen direkt das Handeln in der Praxis und bringen ihr Wissen in evidenzbasierten Standards und Leitlinien ein.“ (ebd.)

Wie aus diesem Tätigkeitsbereich ersichtlich, unterscheidet sich ein Großteil der Aufgaben nicht grundsätzlich von jenem von NKI, ausgenommen das mobile Qualitätsmanagement. Bei der Wiener Berufsrettung scheint man erkannt zu haben, dass auch die 1640 Stunden umfassende Ausbildung zu NKI nicht ausreichend für die Anforderungen in der Notfallrettung ist. Obwohl die möglichen Befugnisse von NKI sogar jenen eines „Basic-Paramedic“ (vgl. Hellwagner, 2015a: 53ff.) entsprechen können, kann durch den geringen Umfang der Ausbildung allerdings nicht die gewünschte Ausprägung der geforderten Kompetenzen garantiert werden.

Die Ausbildung zu Dipl.-NFS baut daher auf jener von NKI auf und beinhaltet weitere 1600 Stunden Theorie in modularer Form, welche Themen wie „Kommunikation, Patientenführung, Fachterminologie, Einsatztaktik und Sonderlagen, Atemwegsmanagement, Pharmakologie und Toxikologie, Anatomie und Physiologie, Erweiterte Maßnahmen der Reanimation, maximal invasive Maßnahmen, Kinder- und Säuglingsnotfälle und Reanimation, präklinische

Traumaversorgung, Einsatzablauf, Logistik und Sonderfälle, G&K, Differenzialdiagnostik, „Wissenschaftliches Arbeiten“ beinhaltet. Ergänzend dazu müssen 1600 Stunden supervisierte RD-Praxis und 500 Stunden Krankenhauspraktikum in unterschiedlichen Stationen und Ambulanzen wie „Notaufnahme, Unfall-Schockraum, Anästhesie und Intensivmedizin“ absolviert werden. In Summe wären also ergänzend zur Ausbildung zu NKI noch 3700 Stunden plus ein Rahmen von 100 Stunden für das Verfassen einer Diplomarbeit als Voraussetzung für den Abschluss zu Dipl.-NFS erforderlich. .) Gemeinsam mit der Ausbildung zu NKI entspricht der als Fortbildungslehrgang gemäß § 50 SanG geführte Dipl.-NFS also etwa einer dreijährigen Vollzeitausbildung. Zum Zeitpunkt November 2019 hatte laut Auskunft der MA70 lediglich ein Sanitäter der Wiener Berufsrettung diese Ausbildung positiv abgeschlossen, wobei aber eine Fortführung dieses Lehrganges geplant ist. (vgl. Aigner, 2019)

Intention des Dipl.-NFS ist aber nicht nur eine erweiterte Kompetenzentwicklung von RD-MA, sondern auch die Möglichkeit der Durchlässigkeit zu anderen (Gesundheits-)Berufen in den Raum zu stellen, sowie eine potenzielle tertiäre Ausbildung in Form eines Bachelors, unabhängig jenes Abschlusses der Pflege, zu ermöglichen. (vgl. Girsu, 2017)

3.5.5.4 NK-EGA

Bereits 2004 äußerte sich Hansak in einem Vortrag zur möglichen Novellierung des SanG dazu, dass die Larynxmaske, also ein zum endotrachealen Tubus alternativer Atemweg, durch NKI angewendet werden sollte. (vgl. 2004: 8) In der Praxis etablierte sich ein Einsatz ähnlicher Devices, Larynxtuben, dann auch für Qualifikationsstufen bis hin zum RS. Dieser Umstand wird allerdings gegenwärtig kontrovers diskutiert, da Studien belegen, dass auch der vordergründig trivial anzuwendende LT mehr Komplikationen hervorruft als angenommen. (vgl. Trimmel et al 2019: 391f.) Aus diesen Gründen dürfen LT etwa beim ASBÖ seit erstem Januar 2020 durch RS nicht mehr angewendet werden. (vgl. Grassl, 2020)

Die ÖGARI empfiehlt auf Grund der geringen Ausbildung und Erfahrung von österreichischen SanitäterInnen, die Ausbildungsstufe NKI in „Notfallkompetenz zur Anwendung extraglottischer Atemwege, NK-EGA“ umzuändern. Diese SanitäterInnen sollten dann bei NotfallpatientInnen mit Atem-Kreislaufstillstand eine Reanimation unter Zuhilfenahme dieser Atemwegshilfen gewährleisten. (vgl. Trimmel et al 2019: 395)

3.5.5.5 Pro Rettungsdienst Österreich

Die Initiative Pro Rettungsdienst Österreich startete den Versuch einer Bürgerinitiative zur Ausweitung der Ausbildung von SanitäterInnen in Österreich und war auch medial in Tagesnachrichten sowie auch fach einschlägigen Zeitschriften präsent. (vgl. Poguntke, 2016)

2014 wurde noch von Paramedics in Form eines FH-Lehrgangs mit 120 ECTS Punkten als zusätzliche Ausbildungsstufe gesprochen, welche ergänzend zu NA tätig werden sollten. (vgl. Lederwasch, 2014: 1ff.) Dieser Änderungsvorschlag wurde von ÖGERN (2014: 3) als mögliche Doppelgleisigkeit von ärztlichen Tätigkeiten im Zuge des RD interpretiert. Man sah hier großes Potential bei den bisherigen Ausbildungen des SanG, bei welchem es allerdings auch Novellierungsbedarf gäbe. (2014: 3ff.) In weiterer Folge wurde dann in einem Interview im Rettungsmagazin von NFS mit einer erweiterten Ausbildung gesprochen. (vgl. Poguntke, 2016: 43)

3.5.5.6 Diplomierte NotfallsanitäterInnen – NKI (ÖGB)

Im Jahre 2017 erarbeitete eine Arbeitsgemeinschaft der Fachgruppenvertretung des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB/ARGE-FGV für Gesundheits- und Sozialberufe) ein Ausbildungskonzept zu einer dreijährigen Ausbildung für SanitäterInnen. Diese Ausbildung wurde ähnlich dem Ausbildungsvorschlag der Wiener Berufsrettung als *Diplomierte NotfallsanitäterInnen (NKI)* präsentiert und ähnelt diesem auch im Stundenumfang und Aufbau: Aufbauend auf NKI, 1600 Stunden zusätzliche Theorie, Anerkennungsjahr mit 1600 Stunden und 500 Stunden klinische Praxis. (vgl. Preterebner et al. 2017: 8; Girsu, 2017) Auch der Wortlaut der beiden Ausbildungsziele ist beinahe ident, was die Nähe des Vorschlages zu jenem der Wiener Berufsrettung verdeutlicht.

Konkrete Vorschläge des Entwurfes waren etwa auch die Zusammenlegung von NKA und NKV, sowie die Erweiterung der Ausbildung von NKI. Dies sollte unter anderem unter Einbezug von internationalen Kurskonzepten erfolgen. (vgl. Preterebner et al. 2017: 5f.)

Befasst man sich allerdings mit dem Stundenausmaß in Bezug auf diverse Inhalte muss die Aufteilung kritisch hinterfragt werden. Exemplarisch können 400 Stunden Pharmakologie in Form von 300 Stunden Präsenz- und 100 Stunden Fernstudium genannt werden. (vgl. ebd.: 22) Vergleicht man dies mit der gegenwärtigen Ausbildung haben NKI mit absolviertem Berufsmodul insgesamt 380 Stunden Theorie absolviert. Alleine für das Pharmakologie-

Modul wurden im Vorschlag des ÖGB aber 400 Stunden Pharmakologie veranschlagt. Auch für Atemwegsmanagement wurden 350 Stunden Präsenz- und 50 Stunden Selbststudium veranschlagt. Dies scheint fernab jeglicher Realität zu sein, da es vor allem um das Erweitern von Handlungskompetenzen geht, welche in der Praxis bzw. in Praktika entwickelt werden müssen. Für Klinikpraktika werden allerdings insgesamt etwa nur 500 Stunden veranschlagt. Es muss also davon ausgegangen werden, dass die Zuordnungen der Stunden unreflektiert von statten gingen. Auch beim deutschen NFS mit einer dreijährigen Berufsausbildung haben sogar ganze Lernfelder der Notfallmedizin einen ähnlichen Stundenumfang wie die vorgeschlagenen einzelnen Themen des Dipl.NFS. (vgl. Lechleuthner et al. 2017: 31f.)

Abgesehen von den genauen Zuteilungen der Stunden kann aber ein deutlicher Trend hin zum Wunsch von mehrjährigen Berufsausbildungen von SanitäterInnen gesehen werden, wie dies auch in den anderen Gesundheitsberufen bereits der Fall ist.

3.5.6 Evaluierung des Sanitätergesetzes

Laut einer Stellungnahme des Gesundheitsministeriums 2016 zu einer parlamentarischen Anfrage hat sich das SanG „bestens bewährt“, was unter anderem den beiden Formen der Tätigkeit – Freiwilligkeit und Hauptberuflichkeit – zu verdanken ist. Gleichzeitig wurde aber auch eingeräumt, dass sich auf Grund von Änderungsvorschlägen der HiOrgs zwei Arbeitsgruppen bildeten, welche sich mit Änderungen des SanG, insbesondere der Notfallkompetenz, befassen sollten. Die Arbeitsgruppen umfassten die zentralen Stakeholder des Ö-RD bestehend aus Rettungsorganisationen, Bundesländern und Interessensvertretungen. Laut übermittelten Informationen hatten zumindest vier Treffen 2015 stattgefunden, wobei keine konkreten Ergebnisse bekannt wurden. (vgl. Oberhauser, 2016: 4ff.)

In dem 2014 durch ÖRK, ASBÖ, Malteser Hospitaldienst und JUH vorgelegten Änderungsvorschlag wurde etliche Änderungen zum SanG vorgeschlagenen, wovon hier ein Teil genannt werden soll.

- Pflegerische Maßnahmen in den Tätigkeitsumfang des RS verankern.
- Eine Unterstützung von NFS durch RS im Gesetz verankern.
- Eine Umformulierung des SanG, um die Anwendung von LT durch RS zu legitimieren.

- Die beiden Ausbildungsstufen NKA und NKV zusammenlegen und durch „parenteraler Zugang und Infusion“ ersetzen sowie die Möglichkeit des Übens in Ordinationen oder Krankenhäusern zu schaffen.
- Eine vorangehende Verständigung bei NA oder Leitstelle bei der Anwendung von Notfallkompetenz ermöglichen.
- Ein Erlöschen der Tätigkeitsberechtigung nach 48 versäumten Fortbildungsstunden, anstatt 100.
- Die Möglichkeit zu schaffen, dass SanitäterInnen aus dem Ausland ohne großen Aufwand bei Katastrophen- und Großschadensereignissen in Österreich tätig werden können.
- Nach absolvierter NFS-Ausbildung müssen SanitäterInnen 120 Stunden im Rettungs- und Notarztsystem tätig sein, um sich weiterqualifizieren zu können.
- Spezielle Rezertifizierungen für unterschiedliche Qualifikationsstufen einführen und diese auch durch vom Chefarzt freigegebene fachkompetente Personen durchführen zu lassen.
- Eine Zuordnung zum NQR zur leichteren Anrechnung für andere Gesundheitsberufe durchführen.
- Die Möglichkeit das FSJ im Zuge des RD zu absolvieren. (vgl. Schöpfer et al. 2014: 2ff.)

Im Laufe der letzten Jahre erfolgten zwar teilweise Zuordnungen zum NQR und die Möglichkeit zum FSJ im RD wurde geschaffen, die meisten Vorschläge blieben jedoch Wunschdenken. Weitere Ideen und Ergänzungen zur Änderung des SanG im Zeitraum dieser Vorschläge können unter anderem bei Hellwagner (2015a: 54f.) oder Koppensteiner (2015: 59ff.) gefunden werden.

Mit Bildung der Regierung für 2017–2022 fand sich im Programm ein Unterpunkt „Ehrenamt und Freiwilligkeit wertschätzen“ und explizit die Erwähnung zu einer „Evaluierung des Sanitätergesetzes“, wie vom Medizinrechtsexperten Burkowski per E-Mail übermittelt. Dieser präsentierte auch die Ergebnisse der Evaluierung im Zuge einer ÖGERN-Tagung im November 2019. (vgl. Burkowski, 2019)

Eine neuerliche Arbeitsgruppe unter Leitung von Hausreither und Kondor-Peters des BMASGK wurde Ende 2018 durchgeführt. An dieser Veranstaltung nahmen VertreterInnen der unterschiedlichen Rettungsorganisationen (RK, ASB, Johanniter, Malteser, MA70), der

Ärztammer, der Landesregierungen, der ÖGB-Fachgruppenvertretung, von Notruf-NÖ und auch ÖGERN teil. Seitens der Vertreter wurde um Vorschläge sowie Rückmeldungen und Positionen zum SanG bis April 2019 gebeten. (vgl. Burkowski, 2019) Die Stellungnahme und Vorschläge der ÖGERN beinhalten unter anderem die Themen Durchlässigkeiten, Notfallkompetenz, Ausbildungsumfang- und inhalte, LehrsanitäterInnen und unterschiedliche Vorschläge zu Pflichten wie etwa der Fortbildungspflicht. (vgl. ÖGERN, 2019a)

Auf Grund des vorzeitigen Endes der ÖVP/FPÖ-Regierung gab es bisher keine weiteren Sitzungen. Eine Änderung für das SanG ergab sich aber durch das Gewaltschutzpaket, bei dem SanitäterInnen mit einer Anzeigenpflicht im Sinne des Opferschutzes konfrontiert werden. (vgl. ÖGERN, 2020) Wie aus dem Regierungsprogramm 2020–2024 der ÖVP-Grünen Regierung ersichtlich wird, sind allerdings keinerlei weitere Änderungen des SanG zu erwarten. (vgl. ÖVP & die Grünen, 2020) Eine Ausnahme bilden hierbei lediglich jene Änderungen, welche durch die COVID-19-Pandemie erforderlich wurden und etwa die Abnahme von Abstrichen erlauben oder einen berufsmäßigen Einsatz von SanitäterInnen ohne Berufsmodul sowie die Berechtigung ohne Rezertifizierung und der vorgeschriebenen Anzahl an Fortbildung – dies gilt allerdings nur zu Pandemiezeiten. (vgl. ÖGERN, 2020)

3.5.7 Kompetenzen von RS und NKI in Österreich

Auf die Frage, was SanitäterInnen in Österreich können müssen, gab der Chefarzt der größten österreichischen HiOrg folgende Antwort: „Die Majorität der Patienten, die diese Rettungssanitäter betreuen, brauchen einen emphatischen, lebenswürdigen, netten Menschen, der ihn bei der Hand nimmt, zum Auto führt und von A nach B führt. Dann braucht er eine weitere Qualifikation [...] er muss den Patienten [...] im Cardiac-Arrest behandeln können.“ (Schreiber, 2016) Dazu gehören „Drücken und Blasen lernen“ und „Defibrillator bedienen können“ und das geschieht Algorithmus-basiert, weswegen es einfach ist und gut funktioniert. Zusätzlich wird noch die Fähigkeit dazu gefordert, kritisch erkrankte PatientInnen von nicht-kritisch erkrankten unterscheiden zu können. (vgl. ebd.) Dies spiegelt in etwa den von Freiwilligen dominierten Tätigkeitsbereich von RS ab, beinhaltet aber keineswegs jene Anforderungen, die an SanitäterInnen im Zuge der Notfallrettung gestellt werden. Im Rahmen dieser Arbeit erfolgt daher eine Trennung in die beiden Tätigkeitsbereiche Krankentransport – von RS durchgeführt – und Notfallrettung – von NFS, im besten Fall mit Notfallkompetenz – durchgeführt. Eine Unterscheidung der geforderten Kompetenzen nach

Anstellungsverhältnis erfolgt hingegen nicht, im Sinne von Notfall(-patientInnen) geht es um eine kompetente Versorgung. Wer diese durchführt, ist für PatientInnen irrelevant. Welche Kompetenzen sind aber dafür erforderlich?

Aus rechtlicher Sicht stellt die Fach- und Methodenkompetenz (vgl.; Heyse et al 2010; KMK, 2011; Heyse & Schircks, 2012; RIS, 2020a, 2019b) den vermutlich relevantesten Aspekt für Professionen generell dar. Dies gilt dementsprechend auch für Rettungsdienstpersonal. Erpenbeck (2017³: 60) beschreibt, dass auch bei zukünftigen Kompetenzforschungen Fachkompetenzen verstärkt im Blickpunkt stehen werden. Fälschlicherweise wird oft Fachkompetenz mit Wissen gleichgesetzt, was aber etwa für Gesundheitsberufe keinesfalls ausreichend ist. Es ist also zwingend notwendig, dass Wissen im weiteren Sinne, welches Regeln, Normen aber auch Werte einschließt, die sich dann in weiterer Folge als Emotion und Motivation äußern, verinnerlicht wird. Dies stellt die Grundvoraussetzung dar, dass Personal im Gesundheitswesen überhaupt handlungsfähig, also kompetent wird. (vgl. Erpenbeck 2007a in Heyse & Schircks, 2012a: 12) Da auch Sanitätspersonal einen Beruf im Gesundheitswesen ausübt, ist dies natürlich in gleicher Weise für SanitäterInnen valide.

Alleine mit Fachkompetenz können SanitäterInnen PatientInnen nicht fachgerecht versorgen, es ist immer ein Zusammenspiel aus allen vier Grundkompetenzen (P), (S), (A) und (F) notwendig. Der, wie bereits beschrieben, häufig diskutierte Begriff der Notfallkompetenz kann zwar auch (F) zugeordnet werden, es sind allerdings auch unterschiedliche Teilkompetenzen der vier Kompetenzbereiche notwendig, um PatientInnen unter Anwendung der Notfallkompetenz fachgerecht versorgen zu können.

Im Folgenden werden noch zwei Arten von Kompetenz - Regelkompetenz und Pflegekompetenz, besprochen. Beide Kompetenzarten sind jeweils im Bereich der Fach- und Methodenkompetenz, wie auch der Aktivitäts- und Handlungskompetenz einzuordnen. In den Diskussionen zur Entwicklung im Ö-RD wurde mehrmals auf diese Kompetenzen Bezug genommen, obwohl sie im Kompetenzatlas nicht explizit zu finden sind. Bereiche dieser Kompetenzen sind allerdings sehr wohl in den unterschiedlichen Teilkompetenzen für RS und NKI enthalten. Aus diesem Grund werden diese zwei Arten hier folgend kurz skizziert.

3.5.7.1 Regelkompetenzen

Notfallkompetenz stellt seit Einführung des SanG ein Streitthema im österreichischen RD dar. Im Zuge diverser Vorschläge bezüglich des RD-Systems und der Befugnisse von

SanitäterInnen wurde häufig der Begriff *Regelkompetenzen* in den Raum gestellt. (vgl. ÖGERN, 2014: 4)

Wie der Name *Notfallkompetenz*, welcher direkt im SanG verankert ist, suggeriert, dürfen im Zuge dieser diverse originär ärztliche Tätigkeiten von SanitäterInnen angewendet werden. Dies darf allerdings nur in Notfällen erfolgen.

Viele Einsätze im Ö-RD könnten rein durch SanitäterInnen abgewickelt werden und den Anteil der Einsätze, welche eine Entsendung von NA zur Folge haben, verringern. Damit könnte man das NA-System entlasten. (vgl. Prause & Kainz, 2014; EPIG, 2019) Allerdings müssten SanitäterInnen über Befugnisse verfügen, die es Ihnen auch erlauben, standardmäßig medizinische Maßnahmen durchzuführen. Die autarke Durchführung von Maßnahmen sollte also die Regel darstellen und nicht nur in Notfällen erlaubt sein.

Die Arzneimittelliste 1, welche für NFS gilt, stellt ein Beispiel einer solchen Regelkompetenz dar. Medikamente dieser Liste können ohne Verständigung und Anforderung von NA appliziert werden. (vgl. Jochum, 2018: 27) Allerdings dürfen hier keine invasiven Maßnahmen zur Anwendung kommen und auch keine Notfallmedikamente verabreicht werden.

Eine erweiterte Form von Regelkompetenz war auch im Ministerialentwurf zum SanG vorgesehen, bei welcher NFS mit Notfallkompetenz eigenständig Therapien einleiten hätten können. Exemplarisch kann Analgesie, Schmerzbekämpfung, auch ohne vitale Bedrohung von PatientInnen genannt werden. Dies wurde aber auf die aktuelle Form der NK geändert. Die Anwendung der NK ist im derzeitigen Rahmen nur bei Gesundheits- oder Lebensgefahr erlaubt. (vgl. Jochum, 2018: 26f.)

Gegenwärtig müssen bei NK-Anwendung NA verständigt bzw. angefordert werden. (vgl. RIS, 2020a) Dieser Umstand wurde schon mehrfach kritisiert. Unter anderem wurde ein Antrag von Bundesräten zur Änderung des Wortlautes im SanG gestellt, indem nur der Begriff „anfordern“ zu verwenden oder dieser Passus gar zu streichen wäre. (vgl. Stögmüller et al. 2017, 2f.) Das würde zwar nicht konkret einer Regelkompetenz entsprechen, aber die Möglichkeit erleichtern, PatientInnen Medikamente der AL 2 zu verabreichen und ohne NA in eine Klinik oder ein Primärversorgungszentrum zu transportieren. Dieser Antrag wurde allerdings abgelehnt.

Das Problem von Regelkompetenzen für SanitäterInnen ist allerdings kein österreichisches Phänomen. Auch in Deutschland gibt es rechtliche Unklarheiten darüber, was

NotfallsanitäterInnen, die eine dreijährige Ausbildung absolviert haben, dürfen oder nicht. (vgl. Rettungsdienst, 2019) Diese Streitfrage trat allerdings auch schon zu Zeiten des Rettungsassistenten auf und konnte auch durch das neue Gesetz nicht gelöst werden. (vgl. Meyer, 2010: 99ff.) Derzeit gibt es Bestrebungen, die Freigabe heilkundlicher Maßnahmen für NFS im Gesetz klar zu formulieren und somit eine Art Regelkompetenz zu schaffen. (vgl. Deutscher Bundestag, 2019: 2) Dieser Vorschlag wurde auch durch die Ärztlichen Leiter des RD in Deutschland befürwortet. (vgl. BV ÄLRD, 2019) Der Ausgang dieser Diskussion um Regelkompetenzen und Rechtssicherheit ist noch unklar wie auch die zukünftige Situation in Österreich, wobei in Deutschland Änderungen der bisherigen Situation absehbar sind.

3.5.7.2 Pflegekompetenz

Eine Aufgabenstellung, mit welcher SanitäterInnen in Österreich unweigerlich konfrontiert werden, welche aber im SanG nicht vorgesehen ist, sind pflegerische Tätigkeiten. Die einzigen wörtlichen Entsprechungen im SanG finden sich bei den Anrechenbarkeiten für die Ausbildung oder dem Wort „pflegende Angehörige“. Aus diesem Grund forderten auch ÖRK, ASBÖ, Malteser Hospitaldienst und JUH, dass pflegerische Tätigkeiten im SanG ebenfalls erwähnt werden müssten. (vgl. Schöpfer et al. 2014: 2)

Trotz Fehlens im Gesetzestext sind aber pflegerische Tätigkeiten sehr wohl von Lehrmeinungen der HiOrgs erfasst. Das Österreichische Rote Kreuz bildet etwa schon bei Modul 1, den RS, Maßnahmen wie Bekleiden des Patienten, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Umgang mit Magensonden oder Hilfeleistungen bei Ausscheidungen an, welche nicht direkt vom SanG erfasst sind und sicherlich Pflegetätigkeiten zuzuordnen sind. (vgl. ÖRK, 2016⁷:H12ff.) Auch etliche Fortbildungen mit Thematiken wie Umgang mit Stoma oder Portkathedern zeichnen ein ähnliches Bild – Pflege ist auch aus dem Rettungsdienst nicht mehr wegzudenken.

Redelsteiner (2016:81) sieht aber neben Krankenpflegern und Not- bzw. Hausärzten SanitäterInnen als dritte Berufsgruppe, welche außerklinisch PatientInnen aktiv betreut. Dies führt unweigerlich dazu, dass auch SanitäterInnen mitunter Tätigkeiten, welche die SanAV nicht umfasst, durchführen müssen.

Durch diesen unbestreitbaren Einfluss der Pflege auf den RD muss man sich auch unweigerlich mit dem Begriff Pflegekompetenz (vgl. Benner et al., 2000) auseinandersetzen. Prinzipiell beschrieb Benner die Entwicklung von Pflegenden in Hinsicht auf die Einschätzung

und Wahrnehmung in Situationen, in denen Pflege erforderlich ist. Im Wesentlichen gibt es fünf Stufen der pflegerischen Kompetenzentwicklung: (Menche, 2007⁴:25f.)

1. Die erste Stufe ist der *Neuling*, welcher Regeln und eindeutige Daten, wie etwa Blutdruck und Temperatur für die Durchführung von pflegerischen Handlungen benötigt.
2. *Fortgeschrittene Anfänger* hingegen kennen diese Regeln und können Daten gut einschätzen. Sie haben schon unterschiedliche PatientInnen betreut und haben die Regeln schon in der Praxis angewendet.
3. Ein *kompetent Pflegender* kennt viele unterschiedliche PatientInnen und kann pflegerische Situationen schnell gekonnt einschätzen. Ihm geht es oft um langfristige Entwicklung von Pflegeprozessen.
4. *Erfahrene Pflegende* richten ihre Ziele nach Grundsätzen und nicht einzelnen Zielen aus und handeln Situationen bedingt durch ihre Erfahrung spontan ab. Das jeweilige klinische Einschätzungsvermögen ist überaus gut ausgebildet und Krisen können gut beherrscht werden.
5. *Pflegeexperten* können bedrohliche Situationen mitunter schon erspüren, obwohl noch keine klinischen Zeichen vorhanden sind, da sie über ein hohes Maß an Berufserfahrung in demselben Feld verfügen.

Bezieht man sich hier auf die fünf Stufen, müssten SanitäterInnen ab Modul 1, sprich RettungsanitäterInnen, sogenannte *Fortgeschrittene Anfänger* sein. Sie kennen profunde Regeln zur Pflege und können auch Messwerte zu Vitalparametern und deren Auswirkungen teilweise einschätzen. Da aber auch NKI nicht auf eine langzeitige Entwicklung von Pflegeprozessen abzielen, sondern im Zuge der Notfallrettung eine rasche Notfallversorgung von PatientInnen gewährleisten wollen, geht es hauptsächlich um die Vermeidung von Folgeschäden.

3.5.7.3 Existente Kompetenzprofile für RS und NFS

Im Zuge der Recherche zu Kompetenzprofilen für SanitäterInnen in Österreich wurden mehrere Anforderungs- bzw. Kompetenzprofile der HiOrgs durchforstet, wobei etwa das Anforderungsprofil des ÖRK Landesverband Steiermark für NFS auch unterschiedliche Kompetenzdimensionen, bestehend aus Fachkompetenz bzw. persönlicher und sozialer Kompetenz mit den beiden Horizonten „erwünscht“ und „erforderlich“, enthielt. Dazu wurden

auch Fertigkeiten wie MS Office Kenntnisse gezählt, aber auch Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Flexibilität oder Verlässlichkeit. Grundsätzlich waren diese Profile aber nur sehr oberflächlich und es gab weder Beispiele noch Ausformulierungen, bzw. sind diese dem Forscher nicht bekannt. (vgl. Hansak, 2015)

Im Roten Kreuz Niederösterreich wurden bereits 2007 Funktionsprofile für unterschiedliche Ausbildungen geschaffen, welche sogar die vier Grundkompetenzen (P), (A), (S) und (F) umfassten und die Dimensionen „vorausgesetzt“, „wünschenswert“ und „Rotes Kreuz“ enthielten. Letztere beinhaltete, dass die jeweilige Ausbildung beim RK erwerbbar und auch für die jeweilige Besetzung der Stelle Voraussetzung ist. Zusätzlich wurden auch kurz Ziele der Funktion, Verantwortlichkeiten und Schnittstellen der Kommunikation angeführt. Allerdings waren die Profile und auch die darin enthaltenen Kompetenzen sehr rudimentär gehalten. (vgl. ÖRK Niederösterreich, 2007²)

Beide Profile waren im Vergleich zu den in dieser Arbeit verfassten KOAP sehr kurz und allgemein gehalten. Beide Landesverbände entsandten Personal zur Erarbeitung der beiden Profile und bekundeten auch Interesse an den Ergebnissen der Workshops und den endgültigen Profilen.

3.5.7.4 PatientInnenorientierung

Ein zentraler Aspekt der beiden erstellten kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI war die Orientierung an PatientInnen und nicht an jenen der Institutionen oder SanitäterInnen – dies geht auch aus dem Wortlaut der Forschungsfragen hervor: „um PatientInnen kompetent versorgen zu können.“ Laut des SanG haben SanitäterInnen „das Wohl der Patienten und der betreuten Personen nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren“. (vgl. RIS, 2020a) Die Herangehensweise, sich an PatientInnen und nicht an HiOrgs zu orientieren, kann also als dem SanG entsprechend interpretiert werden.

Während das Recht auf einen adäquaten Rettungsdienst in Österreich verfassungsrechtlich als Grundrecht interpretiert werden kann (vgl. Andraus, 2009: 22), zeigt die Praxis oft, dass Ökonomie einen größeren Stellenwert einnimmt als das Wohl von PatientInnen. Eine rationale, ökonomisch orientierte *Kundenorientierung* muss in Bereichen, in denen es um Versorgung von kranken Menschen geht, allerdings hinterfragt werden. (vgl. Stratmeyer, 2001: 294) Einen dieser Bereiche stellt sicherlich der Rettungsdienst und die damit

verbundene Versorgung von (Notfall-)PatientInnen dar. Es muss also hinterfragt werden, ob die Orientierung an wirtschaftlichen Interessen, wie sie im österreichischen Gesundheitswesen bzw. vor allem vom Ö-RD oft praktiziert wird, im Sinne der Gesellschaft sein kann. Betrachtet man die laufende Gesundheitsausgaben in Österreich, betragen diese 10,4 Prozent des Bruttoinlandsproduktes, womit Österreich im oberen Drittel der OECD Länder ist. (Statistik Austria, 2019d: 287) Pro Kopf bedeutet das etwa 4400 Euro (Wechselkurs 21.3.2019) oder 5500 US Dollar an Gesundheitsausgaben. (vgl. ebd.: 288) Hierbei wird allerdings nur ein kleiner Teil für den RD aufgewendet.

Ein weiterer Aspekt, der in (Notfall-)Situationen im Rettungsdienst oft vergessen wird, ist, dass PatientInnen mündige Personen sind, die auch selbstverantwortlich für ihre Gesundheit handeln und gleichberechtigte PartnerInnen im Gesundheitswesen sind. SanitäterInnen sollen daher Selbstbestimmung der PatientInnen sowie auch aktive Teilnahme im Rettungsdienst ermöglichen. (vgl. Kocher & Pilshofer, 2001: 13) PatientInnen haben demnach ein Recht auf Behandlung, aber auch auf Selbstbestimmung und Information. (vgl. Halmich, 2017: 51ff.) Dies gilt zwar vor allem für den Bereich der Pflege oder für ärztliche Behandlungen. Da aber auch im Rettungsdienst meist Zeit für eine Einbindung der PatientInnen in die Versorgung sowie für eine Aufklärung ist, muss dies auch für den RD als relevant erachtet werden, vor allem da oft über schwer verständliche oder fehlende Aufklärung im medizinischen Bereich geklagt wird. (vgl. Kocher & Pilshofer, 2001: 11) Eine Einwilligung der PatientInnen kann mitunter Voraussetzung zum Setzen der Maßnahmen von SanitäterInnen sein. (vgl. Hofmann, 2017: 12f.)

PatientInnen wollen über ihren Zustand und zu setzende Maßnahmen informiert werden, wie dies aus einem Zitat eines Patienten der steirischen PatientInnen- und Pflegeombudsschaft ersichtlich wird: „Ich will über meine Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten Bescheid wissen und mitentscheiden können.“ (PPO, 2010: 10) Natürlich sind im Rettungsdienst die Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten beschränkt, dennoch muss eine adäquate Aufklärung und Informationsweitergabe erfolgen, da dies auch zu einer kompetenten Versorgung von PatientInnen zu zählen ist.

Notfallsituationen erfordern zu einem Großteil Einfühlvermögen und menschliche Zuwendung von den Rettungskräften vor Ort. Von SanitäterInnen ist demnach nicht nur fachliche Kompetenz gefragt, sondern auch jene Seite von SanitäterInnen, welche sich als Menschen, als menschliche BegleiterInnen für die Ihnen anvertrauten PatientInnen,

identifizieren lassen. In der modernen Notfallrettung gerät dieser Gesichtspunkt immer mehr in Vergessenheit, dennoch stehen bei Versorgung von PatientInnen immer noch die Menschen im Vordergrund. (vgl. Stepan, 2001^{3b}: 231) PatientInnen haben in jeglichen Situationen ein Recht auf Achtung der Würde und Integrität. (vgl. Halmich, 2017: 53) PatientInnen sind demnach kein „Transportobjekt“ sondern wertzuschätzende Individuen, welche sich in einer Ausnahmesituation befinden und mit speziellen Ängsten und Problemen wiederfinden. (vgl. Müller & Huber, 1994²: 4)

Um trotz dieser Ängste und Probleme eine erfolgreiche Versorgung von PatientInnen gewährleisten zu können, ist auch eine patientInnenorientierte Kommunikation notwendig. Ein Gespräch mit den PatientInnen ist essenziell, um eine Anamneseerhebung durchführen zu können. (vgl. Baller et al, 2014: 241) Natürlich gibt es auch spezielle Situationen, bei denen SanitäterInnen etwa mit Aphasie im Zuge eines Schlaganfalles konfrontiert sind oder mit stummen oder bewusstlosen PatientInnen. In vielen Fällen ist aber auch hier ein Gespräch mit Angehörigen oder Zeugen möglich, um die notwendigen Informationen zu erhalten. Bei Gehörlosen ist es mitunter auch möglich, einen Übersetzer für Gebärdensprache über die Leitstelle anzufordern. (vgl. Redelsteiner, 2011^{2c}: 181f.)

Sind die PatientInnen ansprechbar und gesprächsbereit, was im Rettungsdienst ebenfalls nicht immer der Fall ist, soll ein erkundendes, entdeckendes Gespräch durchgeführt werden, welches zu relevanten Informationen führt und eventuelle, mitunter versteckte, Bedürfnisse von PatientInnen offenbart. SanitäterInnen können zugleich Trost und Sicherheit vermitteln, was den PatientInnen das Gefühl offenbart, ernst genommen zu werden. (vgl. Baller et al, 2014: 241) Redelsteiner (2011^{2c}) etwa verweist auf fünf Grundsätze einer patientenzentrierten psychischen Betreuung:

- 1) „Versetzen sie sich in die Lage des Patienten!
- 2) Seien sie aufmerksam!
- 3) Seien sie echt und ehrlich!
- 4) Akzeptieren sie Ihren Patienten!
- 5) Seien sie Anwalt des Patienten!“ (2011^{2c}: 182ff.)

SanitäterInnen im Rettungsdienst müssen sich ebenso darüber klar sein, dass sich diese PatientInnen in einer Ausnahme-, ja sogar Extremsituation befinden. Hilfestellung in diesen persönlichen Krisen mit allen Gefühlen, Gedanken, Bedürfnissen und Befürchtungen müssen in dieser Situation vom Rettungsdienstpersonal angeboten werden können. Viele PatientInnen dachten kurz vor dem Notruf noch nicht daran, dass sie selbst in solch eine

(Notfall-)Situation geraten würden. Gründe, warum dies aber nicht immer gelingen will, sind oft moderne medizinische Geräte im Rettungsdienst, Gleichgültigkeit, Routine oder persönliche Probleme der jeweiligen HelferInnen. (vgl. Stepan, 2001^{3b}: 231) Speziell der mit Notfallsituationen einhergehende Kontrollverlust stellt für viele PatientInnen ein zentrales Problem dar. (vgl. Koppelstätter, 2018: 211)

Letztlich darf aber auch nicht darauf vergessen werden, dass PatientInnen im Sinne des Erwachsenenschutzgesetzes Entscheidungsfähigkeit haben müssen. Ist dies nicht der Fall und PatientInnen brauchen Hilfe, müssen ebenso Angehörige oder Fachleute, wie etwa AmtsärztInnen, hinzugezogen werden, um Entscheidungen im Sinne der (Notfall-)PatientInnen zu treffen. Obwohl PatientInnen auch ein Recht auf Freiheit haben, werden oft Maßnahmen nötig, um die Sicherheit von PatientInnen zu wahren. Dabei ist aber ebenso auf den Datenschutz zu achten und jegliche einsatzrelevante Information zu dokumentieren. PatientInnen haben danach auch ein Recht auf Einsicht dieser Dokumentation. (vgl. Halmich, 2017: 55ff.)

Die Orientierung an PatientInnen ist also ein zentraler Teil jeglicher Tätigkeiten von SanitäterInnen in Österreich. Dabei müssen aber neben zahlreichen fachlichen, auch rechtliche Aspekte beachtet werden.

3.5.8 Weitere Anforderungen an und Herausforderungen für SanitäterInnen in Österreich

SanitäterInnen im Ö-RD werden mit einer Vielzahl von Anforderungen konfrontiert. Dies erfolgt oft in immer komplexer werdenden Situationen, wie dies in vielen Bereichen der Berufsbildung der Fall ist. (vgl. Pätzold, 2006²:175f.) Kompetenzen, welche für diese Tätigkeit notwendig sind, werden in den beiden kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für RS und NKI detailliert beschrieben. Dennoch gibt es weitere Anforderungen an das Personal im Ö-RD, welches durch die beschriebenen Kompetenzen nicht zur Gänze abgedeckt sind. Dazu zählt unter anderem die körperliche Eignung oder auch die richtige Ernährung in Verbindung mit einem gesunden Lebensstil und körperlicher Aktivität sowie normalem Körpergewicht. Dies ist speziell auf Grund der körperlichen Anstrengungen, die etwa durch rettungsdienstliche Tätigkeiten oder Schichtbetrieb hervorgerufen werden, für SanitäterInnen relevant. (vgl. Thielmann & Böckelmann, 2019: 34f.)

Diese und weitere arbeitsbedingten psychischen Belastungen für HelferInnen sowie die steigende Anzahl an medizinischen, technologischen wie auch ökonomischen

Anforderungen führen auch bei Personal im Rettungsdienst vermehrt zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wie etwa Burn-out. (vgl. Schumann & Böckelmann, 2019: 42ff.)

3.5.8.1 Motivation und Spaß

Im Zuge einer RD-Umfrage in Deutschland, welche unter nicht-ärztlichen RD-MA durchgeführt wurde, stimmten 99 Prozent der Befragten zu, dass das Motiv „Menschen helfen“ eine wesentliche Grundlage jeglicher Tätigkeit im RD darstellt, was neben dem Interesse an notfallmedizinischen Sachverhalten die Hauptmotive für die Tätigkeit als SanitäterIn waren. (vgl. Sachs, 2011: 25) Neben diesen Motiven, überhaupt einer Tätigkeit im RD nachzugehen, gibt es noch mehrere Faktoren, die dazu dienen können, die Motivation im RD aufrecht zu erhalten.

Ein Faktor im Rettungsdienst, der vor allem für die Psychogenese von SanitäterInnen förderlich oder auch hinderlich sein kann, sind Motivation und Spaß in der Arbeit. Diese beiden Begriffen werden in Bezug auf Arbeit oft synonym verwendet, wobei letzteres etwa von Unkels (2011:45f.) kritisch hinterfragt wird. Es gäbe ihr zufolge keine Berufe, die nur Spaß machen würden, und sollte man dies annehmen, wäre dies sehr frustran, da dies nicht der Wirklichkeit entspricht. Würde man diesen Anspruch für jegliche Tätigkeiten haben, würden etliche Arbeiten nicht mehr erledigt werden. Berufe, wie etwa jene im Rettungsdienst, werden auch dann erledigt, wenn SanitäterInnen selbst erschöpft sind oder sich in einer Sinnkrise befinden. Dies geschieht dann aus Pflichtgefühl und Verantwortungsbewusstsein.

Diese Prinzipien gerieten aber in den letzten Jahren vermehrt in Vergessenheit und wurden durch Selbstverwirklichung, Lustprinzip und Wehleidigkeit ersetzt. (vgl. Unkels, 2011: 45f.) „Ego-Trips“ oder Übermotivation treten im Rettungsdienst häufig bei jüngeren SanitäterInnen auf, die dann von KollegInnen oft als „Kampf-SanitäterInnen“ tituliert werden. Das Ergebnis ist oft Frust und die Quittierung des Dienstes nach kurzer Zeit in der Tätigkeit als SanitäterInnen. Motivation ist ein Faktor, der für Kompetenzentwicklung entscheidend ist. Kommt es aber zu keiner Kompetenzentwicklung trotz erhöhter Motivation, leidet natürlich auch die Performanz des Lernenden. Im Sinne des Rettungsdienstes wäre dies dann die Unfähigkeit einer umfassenden, kompetenten PatientInnenversorgung, wobei zwar oft (Fach-)Wissen und Motivation vorhanden sind, aber entsprechende Ausprägungen bei Werten, Idealen und Normen fehlen.

3.5.8.2 Nicht-deutschsprachige, ausländische PatientInnen

Wie bereits im Zuge des Erkenntnisinteresses besprochen, nimmt die Anzahl der zu versorgenden PatientInnen mit Migrationshintergrund deutlich zu. Eine wesentliche Herausforderung bei der Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund stellen Sprach- und Verständigungsbarrieren dar. (vgl. Kletecka-Pulka & Parrag, 2015: 5) Eine Möglichkeit, bei ausländischen, nicht-deutschsprachigen PatientInnen Hilfeleistung zu geben wären DolmetscherInnen. Diese sind aber oft schwer verfügbar. (vgl. Figl, 2011: 82) Die Möglichkeit, DolmetscherInnen zur Verständigung im RD heranzuziehen, würde es erlauben, sprachliche wie auch kulturelle Feinheiten zu verstehen und auf Grund umfassender Ausbildung und Erfahrung richtig zu deuten. (vgl. Koppelstätter, 2018: 217) Bei Notruf Niederösterreich etwa gab es 2016 33 DolmetscherInnen, die elf unterschiedliche Sprachen abdecken konnten und großteils Rettungsdienstbezug hatten. (vgl. Hauer, 2017: 124) Diese Tätigkeit erfolgt durch die jeweiligen DolmetscherInnen freiwillig, es ist also nicht gesichert, dass sie im Falle eines Kontaktes durch die Leitstelle eine dieser Personen für Übersetzungstätigkeiten zur Verfügung steht. (vgl. Notruf-NOE, 2014) Eine solche Verfügbarkeit eines Pools an DolmetscherInnen ist allerdings nicht in jeder Leitstelle Österreichs gegeben.

Abhilfe könnten hier, wie auch mittlerweile in Kliniken teilweise möglich, Online- bzw. VideodolmetscherInnen geben. Als interessante Projekte wäre hier etwa das Pilotprojekt Videodolmetschen der Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit der Universität Wien zu nennen. (vgl. Kletecka-Pulka & Parrag, 2015) Diese Plattform startete etwa auch für eine oft benachteiligte PatientInnengruppe ein solches Videodolmetschprojekt – den sogenannten „Gebärdensprachdolmetscher am Display“. (vgl. ANetPASS, 2015) Eine als Innovation gefeierte Online-Dolmetschplattform für soziale Einrichtungen, InterprAID, welche zwar kostenpflichtig ist, aber bedingt durch relative kurze Einsatzzeiten im RD kostengünstig eingesetzt werden hätte können, wurde zwar 2018 noch als mögliches Beispiel für Online-Dolmetscher präsentiert (vgl. Koppelstätter, 2018: 217), war aber bereits Ende 2019 nicht mehr verfügbar. Dies widerspiegelt auch die starke Fluktuation von Angeboten im Onlinesektor, mit der man als Nutzer neuer Medien konfrontiert wird – nicht nur im Rettungsdienst.

3.5.8.3 Soziale und psychische Problemstellungen

Ein weiteres Feld, bei dem SanitäterInnen an ihre Grenzen stoßen, sind etwa soziale bzw. psychische Problemstellungen. Nach dem Absetzen eines Notrufes sind SanitäterInnen oft die ersten Ansprechpersonen für Menschen in sozialen und psychischen Ausnahmesituationen. SanitäterInnen können diese Probleme aber meist nicht lösen und können nur grundlegende Hilfestellungen in Form von psychosozialer Notfallhilfe bieten, was zu einer Milderung der Symptome führen kann und eine Stressreduktion für PatientInnen in den Ausnahmesituationen bedeuten kann. (vgl. Lasogga & Gasch, 2014: 21f.) Diese Hilfestellungen sind durch die vier Grundkompetenzen personale Kompetenz, Aktivitäts- und Handlungskompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz sowie Fach- und Methodenkompetenz in Kombination mit den Meta- und Querschnittskompetenzen der Anforderungsprofile für RS und NKI abdeckbar, aber für eine adäquate Lösung des Problems für PatientInnen oft nicht ausreichend.

Soziale Problemstellungen für PatientInnen und psychische Problemstellungen für PatientInnen und MitarbeiterInnen von Rettungsorganisationen stellen ebenfalls zwei Bereiche des Handlungsfeldes Rettungsorganisation Österreich dar, weswegen beide hier in Kürze separat besprochen werden sollen, da es, anders als bei medizinischen oder traumatologischen Notfällen, oft zu keiner Lösung durch die Einlieferung in eine Klinik kommt und diese auch große Belastungen für RD-MA bedeuten können.

3.5.8.3.1 Problemstellungen von PatientInnen

Im Rahmen rettungsdienstlicher Tätigkeiten werden SanitäterInnen mit einer Vielzahl von psychosozialen Problemstellungen konfrontiert. Bei einer empirischen Untersuchung im Jahr 2001/2002 wurden in Deutschland die Häufigkeiten von unterschiedlichen Einsatzarten und den damit verbundenen PatientInnengruppen untersucht. (vgl. Nadler, 2004)

Etwa jede/r zweite PatientIn war einer besonderen PatientInnengruppe zuordenbar, zu welcher PatientInnen über 75 Jahre, Kinder, geistig oder körperlich Behinderte, PflegepatientInnen, sterbende PatientInnen oder PatientInnen mit Suchtproblematiken wie Alkohol und Drogen gehören. Bei jedem dritten Einsatz handelte es sich, wie es wenig verwunderlich ist, um alte PatientInnen über 75. Hierzu kann auch eine Erklärung im Kapitel über die demographische Entwicklung in Österreich gefunden werden. Von 25 Einsätzen

handelte es sich im Durchschnitt um einen sogenannten Kindernotfall, jede/r dreißigste PatientIn war drogensüchtig. Bei zehn Einsätzen handelte es sich bei einem Einsatz um Personen fremder Kulturen oder um Personen gesellschaftlicher Randgruppen. (vgl. Nadler, 2004 in Nadler, 2013: 45)

Natürlich sind diese Zahlen für aktuelle österreichische Verhältnisse nicht repräsentativ, und es können ebenso Unterschiede zwischen Peripherie und urbanem Raum gefunden werden. Dennoch belegen die Zahlen eindrucksvoll, dass SanitäterInnen im RD unterschiedliche PatientInnen mit vielfältigen Problemstellungen versorgen müssen. Im Lehrbuch „LPN San Österreich“ wird etwa darauf verwiesen, dass 10–20 Prozent der Einsätze psychiatrischen Berufungen sind. Ein sogar noch weitaus höherer Prozentsatz von Notrufen wegen vordergründig anderen Notfallursachen ist ebenfalls auf psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen. (vgl. Tonn, 2012⁴: 336) Es wird hierbei aber auf keine Studien verwiesen, die konkrete Zahlen belegen können.

Ein Beispiel, um solche psycho-sozialen Problemstellungen zu verdeutlichen, kann in Machado (2013) gefunden werden: Ein Arzt weist eine junge, südländische Patientin in eine Klinik ein. Ihr Mann, der Bruder und andere männliche Familienangehörige sagen, dass die Dame verrückt sei und wollen, dass sie eine Spritze bekommt und dass der Rettungsdienst danach wieder fährt. Die SanitäterInnen nehmen die Patientin im Rettungswagen mit und erfahren, dass es sich um eine soziale Problemstellung handelt, bei der die Frau keinen Ausweg mehr weiß. Die Frau darf aus kulturellen Gründen nicht arbeiten, obwohl sie das gerne möchte und wird von ihrem Mann geschlagen. Sie verrät den SanitäterInnen, dass sie sich scheiden lassen möchte. In dieser Situation vermögen es die SanitäterInnen, die Frau zu beruhigen und ihr Sicherheit zu vermitteln, bis sie in der Klinik angekommen sind. (2013: 73ff.)

Diese Möglichkeit zur Hilfestellung wird durch die vier Grundkompetenzen und Metakompetenzen abgedeckt, sowie aber auch durch die Querschnittskompetenz *Interkulturelle Kompetenz*. Das Problem der Frau bleibt aber bestehen, denn der Transport in eine psychiatrische Klinik scheint hier nicht das richtige Mittel zu sein, der Frau helfen zu können, da es hier vorwiegend darum geht, dass sich die soziale Stellung der Frau ändert und ihr dahingehend geholfen wird. Die SanitäterInnen können der Frau also in dieser Situation nicht wirklich helfen und nur hoffen, dass die Frau durch die Klinik auf geeignete Stellen verwiesen wird. Befasst man sich mit alternativen Anlaufstellen für PatientInnen

mit psycho-sozialen Problemstellungen, wird man auch in mehreren Lehrbüchern für den Rettungsdienst in Österreich und Deutschland nicht fündig. (vgl. LPN Notfall-San Österreich², LPN San Österreich⁴, Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter²; Notfallsanitäter – Lehrbuch für den Rettungsdienst etc.) Es wird zwar auf rechtliche Belange wie etwa das Unterbringungsgesetz (vgl. RIS, 2020f) eingegangen, welches aber nicht für Menschen mit psycho-sozialen Notfällen oder Krisen anwendbar ist. Zusätzlich wird auch Kommunikation mit besonderen PatientInnengruppen, sowie Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Einrichtungen thematisiert, wobei aber nicht auf alternative Anlaufstellen für spezielle PatientInnen eingegangen wird.

Auch in der einschlägigen Fachliteratur wird mitunter beschrieben, dass von HelferInnen ein Notfall zu erkennen ist und zu analysieren, welche Institutionen Hilfe anbieten. (vgl. Scheiblich, 2001²: 283f.) In einem Algorithmus für den Umgang mit psychischen Notfallsituationen werden aber etwa nur Klinik und Polizei als Institutionen angeführt, welche Hilfe anbieten. (vgl. ebd.: 285) Dies ist auf jeden Fall nicht weitreichend genug.

Handelt es sich etwa um PatientInnen mit suizidaler Absicht, kann mitunter auch auf mögliche Krisenintervention, persönlich oder von professionellen Kriseninterventionseinrichtungen, oder auch Hilfseinrichtungen für Suizidprävention verwiesen werden. (vgl. Wedler, 2001²: 341ff.) Auch für alkohol- und suchtkranke Personen gibt es Möglichkeiten, Hilfestellungen zu bieten. Die Phasen einer solchen Behandlung sind zuerst Motivation, dann Entzug, anschließen (stationäre) psychotherapeutische Behandlung und Nachsorge. (vgl. Gieseke, 2001²: 337ff.)

SanitäterInnen sollen sich aber im Notfallgeschehen immer bei PatientInnen und Angehörigen nach einer eventuell bestehenden Betreuung oder Behandlung erkundigen, um im Falle Fachpersonen einer betreffenden Institution, wie etwa Psychotherapeuten, sozialpsychiatrische Dienste oder Psychiater zu kontaktieren oder hinzuzuziehen. NA sind vorrangig bei vitaler Bedrohung der PatientInnen zu verständigen. (vgl. Nikendei, 2012: 405) Eine weitere Möglichkeit bei Auftreten von Akutsituationen wäre auch die Anforderung von speziell geschulten SozialarbeiterInnen, welche diese PatientInnen zeitnahe aufsuchen. (vgl. Redelsteiner, 2019: 106)

Um eine Behandlung zu ermöglichen, müssen sich aber PatientInnen und Angehörige diese Problemsituation erst eingestehen. (vgl. ebd.: 317ff.) Bei Einsätzen kann es mitunter sogar zur Behinderung des Rettungsdienstpersonals kommen, da auch Angehörige oder

anwesende Personen mitunter unter Einfluss von Rauschmitteln stehen. (vgl. Nikendei, 2012: 396f.) Auch in Österreich gibt es etliche Anlaufstellen und Hilfseinrichtungen für die Behandlung von Suchtkrankheiten und deren Prävention. Oft sind diese aber weder den SanitäterInnen noch den PatientInnen oder Angehörigen bekannt.

Es sollte hier mehr Möglichkeiten für SanitäterInnen geben, dass diese über betreffende Stellen informiert sind und sich an diese Stellen wenden können, um direkt Hilfe vermitteln zu können. Das könnte mitunter auch schon während des Notrufes durch Leitstellen erfolgen. Ein Projekt der FH St. Pölten, welches sich dieser Thematik annahm, war „SAT 144 – sozialarbeitgestützte Triage bei Notruf 144“. Anhand von charakteristischen Markern wurde eine Triage durchgeführt, um psychosoziale Hilfsanfragen vorab herauszufiltern. Im weiteren Verlauf wurden auch Schnittstellen im niedergelassenen Bereich, der Psychiatrie, sowie auch jener der Wohnungslosenhilfe beforcht, wobei aber auch hier keine 24-stündige Verfügbarkeit von Alternativen zur Hospitalisierung gegeben war. (vgl. Redelsteiner, 2019: 102f.) Mit einem solchen System ist es auch möglich „Heavy Utilizer“, Personen die ständig den Notruf wählen, herauszufiltern und mit alternativen Strategien zur Entsendung eines Notrufmittels, Hilfestellungen zu gewährleisten. (vgl. ebd.: 105)

Die flächendeckende Einführung eines solchen Systems ist aus derzeitiger Sicht in Österreich aber nur begrenzt möglich, und so dient der Notruf für viele Personen als Anlaufstelle für soziale und psychische Problemstellungen, auch wenn dies das Problem nicht löst und dadurch viele weitere Notrufe durch diese Betroffenen folgen. In vielen Fällen handelt es sich außerdem nicht um Notfälle, sondern um Krisen, welche laut Definition sogar mit Hilfe des Umfeldes bewältigt werden können. Dies ist etwa bei Angst- oder Anpassungsstörungen der Fall. (vgl. Tonn, 2012⁴: 336) Hier könnten auch psychosoziale Helplines Abhilfe schaffen, von denen es in Österreich immerhin 97, 27 davon österreichweit-aktiv, gibt. (vgl. Redelsteiner, 2019: 104) Allerdings sind die Nummern bzw. die Zuständigkeiten den PatientInnen und SanitäterInnen oft nicht bekannt.

3.5.8.3.2 Problemstellungen von SanitäterInnen

Im Zuge des Rettungsdienstes sind aber nicht nur PatientInnen mit Problemstellungen konfrontiert, auch SanitäterInnen müssen belastende Ereignisse bewältigen, die oft zu starken, auch psychischen Belastungen bei HelferInnen führen. Während ein Großteil der Ereignisse von RD-MA routiniert bewältigt werden kann, gibt es auch belastende Ereignisse,

welche potenzielle Einschränkung der Wahrnehmung, des Denkens, aber auch der Merk- und Kommunikationsfähigkeit wie auch des Handelns beeinflussen können. Versorgungsfehler und inadäquate PatientInnenversorgung werden dadurch wahrscheinlich. (vgl. Karutz, 2013: 58) Solche belastenden Einsätze sind Ereignisse, welche deutliche, simultane oder zeitverzögerte emotionale Reaktionen bei SanitäterInnen erzeugen und außerhalb der Norm von menschlicher Erfahrung liegen. (vgl. Mitchell & Everly, 1998: 97) Für Rettungskräfte bedeuten solche Ereignisse hohe Beanspruchung fachlicher und emotionaler Natur sowie eine eindeutige Überforderung, was für viele RD-MA potenziell traumatisch ist. (vgl. Ungerer & Morgenroth, 2001: 6ff.) Eine Zusammenfassung der für SanitäterInnen belastenden Ereignisse kann in Dudla (2015) gefunden werden:

- „Tod und schwere Verletzung von Kollegen
- Gewalt gegen Einsatzkräfte
- Suizid eines Kollegen
- Langandauernde, schwierige und unübersichtliche Einsätze
- Persönliche Bekanntschaft zu dem/den Geschädigten
- Massive Bedrängung von Medienvertretern
- Pädiatrische Notfälle
- Fehlgeschlagene Versuche der Lebensrettung
- Infektionsgefahr
- Eigene Verletzungs- und Todesgefahr
- Großeinsätze mit vielen Toten und Verletzten (insbesondere Amputationsverletzungen)
- Psychiatrische PatientInnen und Suizidenten“ (2015: 26)

Diese Problemstellungen versetzen SanitäterInnen im Zuge der Dienstverrichtung – vor allem im Bereich der Notfallrettung – unter hohen Stress, der mitunter auch pathologische Reaktionen hervorrufen kann. Ragger (2019) beschäftigte sich etwa bei SanitäterInnen im Ö-RD mit posttraumatischem Wachstum, das durch Einsatzsituationen hervorgerufen wurde. Eine relevante Erkenntnis war, dass zwischen haupt- und ehrenamtlichem Personal keine signifikanten Unterschiede beim post-traumatischen Wachstum zu erkennen war. Dies galt auch für Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen SanitäterInnen. (vgl. Ragger, 2019: 68ff.) Personen, die dem eigenen Leben einen Sinn zuordnen konnten, schienen belastende Erlebnisse besser verarbeiten zu können. (vgl. ebd.: 82) Entscheidend für die Belastung von Einsatzkräften ist also weniger Geschlecht oder Anstellungsverhältnis, sondern die individuelle Wahrnehmung und Verarbeitung der Ereignisse im RD. Umfeldbedingungen der Arbeit können die belastenden Ereignisse im RD ebenfalls verstärken. Beispiele hierfür sind etwa „Lärm, Schlafmangel, private Probleme, Führungsstil des Vorgesetzten, fehlende Anerkennung durch die Gesellschaft (Krankenträger-Image), Schichtdienst, Zeitdruck.“ (Dudla, 2015: 26)

Wenn es zu einer Überreaktion durch die Ereignisse kommt, spricht man von Belastungsstörungen. Mögliche Ursachen für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) im RD sind etwa Gewalt und Aggressivität etwa bei direkter Auseinandersetzung mit Tätern, Überforderung der individuellen Leistungsfähigkeit zum Beispiel bei Großschadensereignissen oder der Umgang mit Leichen, wie etwa der Bergung eben dieser. Zusätzlich können auch Ergebnisse, die zu einer Einschränkung der persönlichen Freiheit – wie etwa Geiselnahmen –, führen, traumatisch sein. Einsätze mit Schwerverletzten bzw. Verstorbenen, zu denen HelferInnen einen persönlichen Bezug herstellen können führen ebenfalls häufig zu Belastungsstörungen. (vgl. Maercker & Barth, 2004²: 73) Meistens sind (Notfall-)PatientInnen und deren Angehörige dem RD-Personal gänzlich unbekannt, was eine gewisse Distanzierung zulässt. Handelt es sich aber um Personen, die jemandem persönlich vertraut sind, stellt dies eine enorme Belastung für Rettungskräfte dar, da unter anderem die professionelle Distanzierung nicht mehr möglich ist und ein Selbstbezug entsteht. (vgl. Karutz, 2011b: 40ff.)

In der rettungsdienstlichen Praxis in Österreich zeigt sich oft eine Überforderung in Notfallsituationen. RS und NKI sind für soziale oder psychische Problemlösungen keine Fachkräfte und können neben einer grundlegenden Hilfestellung in der Akutsituation meist nur auf ExpertInnen der psychosozialen Notfallversorgung, meist in Form von Krisenintervention zurückgreifen, bzw. einen Transport in eine geeignete Anstalt durchführen. (vgl. Nikendei, 2012) Das Beiziehen von anderen Fachkräften wie etwa Psychotherapeuten oder eine Aufnahme in einer fachspezifischen Klinik ist leider oft schwer oder überhaupt nicht zu bewerkstelligen und bedingt somit, dass SanitäterInnen oft sich selbst überlassen sind.

Ein für SanitäterInnen entscheidender Faktor bei der Prävention von Belastungsreaktionen ist etwa das soziale Netz, welches Verwandte, Freunde und KollegInnen beinhaltet und für die Bewältigung von Belastungssituationen hilfreich sein kann. Zusätzlich sind aber auch ausgeprägte Kommunikationskompetenzen und die Fähigkeit, unterschiedliche Perspektiven einnehmen zu können, effektive Schutzfaktoren gegen PTBS. (vgl. Böhm, 2016: 3) Sollte bei MA im RD allerdings PTBS auftreten, ist eine psychotherapeutische Behandlung unerlässlich, welche jedoch in dieser Arbeit nicht beschrieben, sondern in einschlägiger Fachliteratur behandelt wird.

3.5.8.4 *Einschätzung des PatientInnenzustandes*

Bei jeglichem Notfalleinsatz bedarf es einer adäquaten Einschätzung des PatientInnenzustandes, was SanitäterInnen vor eine große Herausforderung stellen kann. Im 21. Jahrhundert stiegen das mögliche Versorgungsspektrums für Krankheiten exponentiell an. Dadurch erhöhte sich auch die Komplexität der Versorgungen von PatientInnen im RD. Zudem ist auch das gezielte Erkennen von kritischen PatientInnenzuständen für ein möglichst positives Outcome ausschlaggebend, um das therapiefreie Intervall verkürzen zu können und die möglichst richtige Krankenanstalt für die PatientInnen anfahren oder anfliegen zu können. (vgl. Dick, 2001: 477)

Eine Einschätzung von NotfallpatientInnen in der Notfallrettung ist demnach essenziell für jeglichen Notfalleinsatz. Eine Studie bezüglich der Einschätzung von NotfallpatientInnen zeigte hierbei deutlich, dass jene NA, welche über eine langjährige Erfahrung verfügten, lebensbedrohliche Krankheiten im Feld eher erkannten und den Schweregrad von Erkrankungen höher einstufen als jene KollegInnen, die auf weniger als drei Jahre Erfahrung verweisen konnten. (vgl. Knapp et al. 2008: 1072) Obwohl diese Studie mit NA durchgeführt wurde, zeigte sie klar, dass auch (Praxis-)Erfahrung einen wesentlichen Faktor zur Einschätzung von (Notfall-)PatientInnen darstellt. Für Freiwillige und generell für RS in Österreich dürfte dies aber mangels fundierter Ausbildung und wenig Praxis schwer zu erreichen sein.

Eine passende Metapher, um die Notwendigkeit von ständigen Trainings und Praxis darstellen zu können, sind etwa SportlerInnen, die ihre Körper ständig fit halten und kontinuierlich trainieren müssen, um bei Wettbewerben teilnehmen zu können, dies kann mitunter auch sehr kurzfristig erfolgen. (vgl. Lenz, 2005b: 114) Dieses Beispiel ist gut auf den Rettungsdienst umzulegen, da neben vielen Bagatellfällen auch kritische PatientInnen von SanitäterInnen versorgt werden müssen und seitens der präklinischen Professionisten eine adäquate Performanz zu erfolgen hat. Für SanitäterInnen, welche womöglich lediglich zwei Dienste im Monat versehen und das Gros der Berufungen zu Krankentransporten erfolgt, muss eine qualitative und kompetente Versorgung von PatientInnen bezweifelt werden, sollte nicht ständig an der (Weiter-)Entwicklung der geforderten Kompetenzen gefeilt werden.

3.5.8.5 Notrufe bei Bagatellen, Taxi- und Serviceline

Einer der Gründe, warum vermehrt SanitäterInnen in Deutschland eine berufliche Umorientierung vornehmen, ist häufig die gestiegene Anzahl an nicht-indizierten Einsätzen. (vgl. Flake, 2019: 115) Dieser Trend muss auch in Österreich beobachtet werden, wobei es für österreichische SanitäterInnen – bedingt durch die mindere Qualifikation der Ausbildung – beinahe unmöglich ist, ohne eine aufwändige Umschulung in anderen Gesundheitsberufen Fuß zu fassen. Viele SanitäterInnen entscheiden sich dann im Endeffekt dazu, jenen Beruf wieder auszuüben, welchen Sie vor der beruflichen Tätigkeit als SanitäterIn ausgeübt haben.

Bislang gab es auch schon mehrere Initiativen, um die österreichische Bevölkerung zu sensibilisieren, dass der Rettungsdienst nur bei Notwendigkeit verständigt werden sollte. Ein Beispiel dafür stellt die 2018 gestartete Social-Media-Kampagne der Wiener Berufsrettung MA70 dar. Mit dem Verweis *#nurimNOTFALL144* wurden Bilder publiziert, die potenziellen PatientInnen helfen sollen, zu entscheiden, ob sie 144 anrufen sollen oder nicht. Bei dieser Kampagne wurden zwei Situationen gegenübergestellt, wobei auf der linken Seite eine Bagatellverletzung abgebildet ist und auf der rechten Seite ein schwerverletzter Patient, der von SanitäterInnen der Berufsrettung versorgt wird. Diese Kampagne sei notwendig geworden, da Einsätze um bis zu 25 Prozent gestiegen sind und der Rettungsdienst, Notruf 144, oft als erste Anlaufstelle für PatientInnen dient, obwohl es auch HausärztInnen, den Ärztfunkdienst 141 und die Gesundheitsline 1450 gibt. (vgl. Melcher & Natmessnig, 2018)

Ein weiterer Versuch, unnötige Transporte einzudämmen, war ein Video des Vorarlberger Roten Kreuzes, welches PatientInnen Hilfestellungen geben sollte, wann Sie den Notruf wählen sollen und wann nicht. (vgl. ÖRK Vorarlberg, 2019) Dieses wurde auch auf Plattformen wie Youtube veröffentlicht und in diversen Medien besprochen.

3.5.8.6 Schnittstelle Rettungsdienst

Der Rettungsdienst stellt in etlichen Fällen den ersten Kontakt von PatientInnen mit dem Gesundheitswesen dar. (vgl. Hubmayr, 2018: 8) Dies erfolgt in den meisten Fällen als Übergang von der Unfallstelle oder des Notfallortes in die Klinik oder immer häufiger auch in Primärversorgungszentren und gilt somit als wichtige Schnittstelle der PatientInnenversorgung.

Neben dem Einsatz von SanitäterInnen im Zuge des RD wären der Einsatz von SanitäterInnen in Primärversorgungsreinrichtungen denkbar, sofern eine (not-)ärztliche Aufsicht gewährleistet ist. (vgl. Halmich, 2019: 45) Dies würde auch das gegenseitige Verständnis mit den anderen Schnittstellenberufen fördern. Zu diesen Berufen zählen unter anderem ÄrztInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, OrdinationsassistentInnen, Hebammen oder auch PsychotherapeutInnen. (vgl. ebd.: 31)

3.5.8.6.1 Schnittstellenproblematik

Neben der Tatsache, dass der RD oft der Erstkontakt ins Gesundheitswesen für PatientInnen und auch ein Management dieser Schnittstelle notwendig ist, gibt es mehrere Problembereiche, die sich dadurch ergeben.

Die Tatsache, dass der RD häufig den Zugang zum Gesundheitswesen darstellt, ist per se noch kein Problem. Da aber der RD häufig „der leistungsstärkste niedrigschwellig und permanent erreichbare mobile und aufsuchende Gesundheitsdienstleister“ ist, wird dieser auch oft verständigt, wenn die Problemstellungen der jeweiligen Personen nicht zum originären Tätigkeitsbereich von SanitäterInnen zählt. Dies ist oft darauf zurückzuführen, dass niedergelassene ÄrztInnen keine Hausbesuche machen, mobile Pflegedienste nicht immer verfügbar sind. (vgl. Redelsteiner, 2016: 1f.) Zusätzlich sind auch oft psychische und soziale Problemstellung, wie bereits beschrieben, Berufungsgrund und die Hilfe von Fachpersonal wäre angebracht. Diese ist jedoch ebenfalls nicht immer unmittelbar verfügbar oder bekannt, weshalb der RD verständigt wird. Dieser Umstand wird etwa auch dadurch verstärkt, dass AnruferInnen und NutzerInnen dieses Service oft kostenlos nutzen können. (vgl. ebd.: 2) Aus persönlicher Erfahrung des Forschers können etwa Berufungen des Rettungsdienstes von Suchtkranken genannt werden, welche unter dem Vorwand eines Notfalls oder einer Ausnahmesituation den RD verständigen, im Krankenhaus unmittelbar einen Revers unterschreiben und dann ihrer Sucht nachgehen oder sonstige Erledigungen machen. Dieser Weg ist nämlich oft kostengünstiger als ein Taxi für die jeweiligen Personen.

Wie bereits im vorhergehenden Kapitel beschrieben, wirkt sich die ständig steigende Anzahl der (Notfall-)Einsätze und Krankentransporte, von denen ein nicht unerheblicher Teil nicht indiziert ist, drastisch auf das gesamte Gesundheitssystem aus. Während auch notwendige RD-Ressourcen gebunden werden, bedeutet dies auch zunehmend Hospitalisierungen und ambulante Abklärungen, die in vielen Fällen nicht notwendig wären. Forderungen, die

Ausbildungen von SanitäterInnen zu verlängern und somit auch Kompetenzentwicklung bei SanitäterInnen zu forcieren, gibt es – wie bereits beschrieben – schon lange. 2019 trat allerdings auch das Rote Kreuz, der größte Akteur im Bereich des Ö-RD, massiv dagegen auf, unnötige Transporte ins Krankenhaus durchzuführen und „Kompetenzen“ von SanitäterInnen zu stärken. (vgl. ÖRK, 2019d) Gemeint waren hier die Möglichkeiten, PatientInnen vor Ort zu versorgen oder zu belassen bzw. alternativen Stellen zuführen zu können. Eine mögliche Lösung für diese Problemstellung wäre es, den Rettungsdienst auch in Form eines mobilen, präklinischen Dienstes durchzuführen.

3.5.8.6.2 Rettung als mobiler präklinischer Dienst

In Zukunft wird es für das im RD tätige Personal notwendig sein, PatientInnen zur passenden Ressource im Gesundheitswesen zu lenken. Klarerweise erfordert diese Tätigkeit Expertise und die Umsetzung mit Hilfe von Fachkräften. Diese sollen vor Ort Anamnese und auch Diagnostik unter Einbezug von PatientInnen, Angehörigen und auch anderen Berufsgruppen, mitunter unter Einbezug von Telemedizin, gewährleisten. Über die weiteren Behandlungspfade müsste dann nicht rein eigenständig entschieden werden, sondern mit Hilfe anderer Berufsgruppen, diese könnten sowohl HausärztInnen, (Haus-)KrankenpflegerInnen oder auch NA sein. Die Entscheidung könnten Transporte zu Fachärzten, in eine Klinik zur ambulanten oder stationären Behandlung oder auch Betreuungsstellen für psychosoziale Probleme betreffen. (vgl. Redelsteiner, 2015: 186) Es besteht nämlich keine Notwendigkeit zu einem primären Transport in eine Klinik, wie es gegenwärtig im RD überwiegend der Fall ist, da auch etwa Primärversorgungszentren Versorgungen, auch von NotfallpatientInnen, durchführen können. (vgl. Burkowski, 2019a: 126)

Die Aufgabe von SanitäterInnen wird demnach sein, PatientInnen gezielt zu einem „Gatekeeper“ zu transportieren. Dies bedeutet, dass PatientInnen von einer Betreuungsstelle durchgehend betreut werden und die Diagnostik, aber auch die Behandlung gezielt gelenkt werden. Durch diese Lenkungen werden nur notwendige Stationen des Gesundheitssystems angesteuert, um eine „sekundäre“ Versorgung bei SpezialistInnen – was etwa in einer Klinik der Fall sein kann – durchzuführen. Dies erfolgte allerdings nur, wenn die Mittel der primären Anlaufstelle, was etwa eine durch den RD angesteuerte Primärversorgungseinrichtung sein kann, ausgeschöpft sind. (vgl. Schönberger, 2019: 74)

Möglicherweise könnten aber in Zukunft auch selbst SanitäterInnen solche „Gatekeeper“ darstellen, PatientInnenströme lenken und etliche Entscheidungen selbst treffen. Eine Befassung mit dieser Thematik findet sich bei Redelsteiner (2016).

Eine adäquates Schnittstellenmanagement ist daher unabdingbar. Dies wurde auch bereits im Zuge der Akademisierung der Pflege gefordert. Die Forderung lautete, dass Kooperation und Koordinierung optimiert werden müssen, um eine gezielte Versorgung von PatientInnen zu gewährleisten. (vgl. Gruber & Kastner, 2006:28) Solch ein Schnittstellenmanagement zwischen den Akteuren und Schnittstellen des Rettungsdienstes ist essenziell, um die Abläufe im RD optimieren zu können.

Der Rettungsdienst als erste Anlaufstelle vieler PatientInnen stellt also ein Tor zum Gesundheitswesen dar, weswegen es auch notwendig ist, den Rettungsdienst in die integrative Planung des Gesundheitswesens miteinzubeziehen und weitere notwendige Schritte für eine Verbesserung des Systems zu präzisieren, wie es bereits in Planung ist. Dies ist unter anderem notwendig, um das PatientInnen-Outcome zu verbessern. (vgl. Hubmayr, 2018: 8) Das allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) müsste etwa geändert werden, um Versorgungen vor Ort von SanitäterInnen durch die Sozialversicherungsträger im adäquaten Maßen abdecken zu können. (vgl. Nößler, 2019) Foitik, Bundesrettungskommandant des ÖRK, meint dazu, dass es sinnvoll wäre „die Rettung als Gesundheitsdienstleister anzuerkennen“ (ÖRK, 2019d: 7) Gemeint sind damit Leistungen, welche von SanitäterInnen getätigt werden, auch wenn kein Transport erfolgt.

3.5.8.6.3 Übergabe von PatientInnen durch den RD

Etwa 60 Prozent der vermeidbaren Todesfälle konnten auf Koordinationsprobleme zwischen Rettungsdienst und Klinik zurückgeführt werden. (vgl. Bayeff-Filloff et al. 2001: 515) Auch wenn diese Statistiken schon in die Jahre gekommen sind und etliche Initiativen gesetzt wurden, um diese Situation zu verbessern, stellen Koordinations- und Kommunikationsprobleme zwischen Klinik und RD noch immer einen relevanten Bereich dar, bei dem die PatientInnenversorgung noch optimiert werden kann. Dies dürfte auch nicht verwunderlich sein, da etwa 70 Prozent der Fehler im RD menschlich sind. Sie werden daher auch „Human Factors“ genannt. (vgl. Koppenberg et al. 2011: 249)

Einerseits werden im Zuge der durchgeführten Forschungstätigkeiten notwendige Kompetenzen von SanitäterInnen in den beschriebenen kompetenzorientierten

Anforderungsprofilen angeführt, die zu einer generellen Verbesserung der gegenwärtigen Situation im RD beitragen können, andererseits gibt es auch etliche Prozesse, Protokolle und Algorithmen, die eine standardisierte, umfassende PatientInnenübergabe erleichtern.

Exemplarisch kann hier ein Projekt aus Tirol genannt werden, bei welchem Rettungsdienst Tirol GmbH, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Tirol, und die Krankenhäuser in Schwaz, Reutte und Innsbruck kooperierten. Ziel war es, nach intensiver Schulung des Personals, eine strukturierte PatientInnenübergabe des Rettungsdienstes an die Kliniken zu ermöglichen. Dies wurde durch das sogenannte „ABS-Briefing“ ermöglicht, welches medizinische und nicht-medizinische Informationen, wie etwa Sozialanamnese, an das Klinikpersonal weitergibt. Das Akronym ABS bedeutet in diesem Zusammenhang: *Aufnahmeinformationen*, *Begleitinformationen* und *Sozialanamnese*. Im Laufe des Projektes wurde diese Form der PatientInnenübergabe erfolgreich durch alle HiOrgs tirolweit erfolgreich angewendet. (vgl. Walder et al. 2018: 76ff.)

3.5.8.7 Körperliche Eignung

Einer der vielen weiteren Herausforderungen von SanitäterInnen ist mit Sicherheit die physische Belastbarkeit, welche im Dienstbetrieb gefordert wird. Diese wurde auch unter Punkt 8, Herausforderungen, Körperliche Anstrengungen durch Tätigkeiten und Dienste im Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich abgebildet, welche bei den fünf Forschungsworkshops zur Erarbeitung der beiden kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI erstellt wurde.

Betrachtet man die Tätigkeiten von SanitäterInnen, muss zweifelsfrei erkannt werden, dass Rettungsdienst neben geistigen und psychischen auch physische Anforderungen an Rettungsdienstpersonal beinhaltet, weshalb eine körperliche Leistungsfähigkeit für SanitäterInnen unabdingbar ist. (vgl. Müller & Huber, 1994²: 4) Diese körperliche Leistungsfähigkeit wird etwa durch die Notwendigkeit des Hebens von schweren Lasten in Form von PatientInnen und Equipment gefordert. (vgl. Reisinger, 2012: 13) Natürlich kommen hier auch noch Belastungen durch 24- bzw. 12-Stunden-Schichten und Nachtdiensten auf die Rettungskräfte zu.

Körperliche Fitness stellt einen zentralen Teil der Handlungsfähigkeit aller MitarbeiterInnen im RD dar. (vgl. Nadler, 2014: 39) Diese körperliche Fitness äußert sich ebenfalls im körperlichen Können, welches ein physiologisch-körperliches Vermögen zur Dienstverrichtung darstellt. (vgl. ebd.: 41) SanitäterInnen müssen also auch physisch im Stande sein, Patienten zu versorgen, zu tragen, zu transportieren und Maßnahmen durchführen zu können.



Abbildung 8: Handlungskompetenz nach Enke und Kuhnke (2014)

Schon im SanG, welches 2002 eingeführt wurde, wurde dies als „körperliche und geistige Eignung“ erwähnt, wobei jedoch ein ärztliches Gesundheitszeugnis als Bestätigung ausreichend ist. (vgl. RIS, 2020a) Für die adäquate Versorgung von PatientInnen ist solch eine Bescheinigung eines Arztes mit Sicherheit nicht zielführend, wenn diese nicht standardisiert überprüft wird. Jochum (2018) etwa schlägt vor, diese Eignungen auch bei Einstiegstest zu überprüfen. (vgl. 2018: 116)

Eine Möglichkeit, diese Leistungsfähigkeit zu überprüfen, wäre, ein Assessment zur Eignung von SanitäterInnen einzuführen, welches etwa auch die körperliche Leistungsfähigkeit, mitunter rettungsdienstbezogen, überprüft. Solche Tests werden vermehrt international im Bereich von beruflichen Rettungskräften durchgeführt. In Köln etwa müssen SanitäterInnen ein mehrstufiges Aufnahmeverfahren durchlaufen, bei dem auch ein Fitnessstest Teil des Assessments ist. Bei diesem Test müssen dabei 10 Liegestütze und 10 Kniebeugen gemacht, auf jeweils einem Bein gestanden und eine Handkraft von mindestens 30kg sowohl links als auch rechts erreicht werden. Ebenfalls Teil dieses Tests ist ein Hindernis-Parcours sowie ein „Treppenlauf“, bei dem das 6. Obergeschoss eines Gebäudes in 1:20 Minuten erreicht werden muss, wobei ein 12 Kilogramm schwerer Notfallrucksack sowie ein Defibrillator mit 10 Kilogramm mitgeführt werden. Letzter Teil ist ein sogenannter Cooper-Test, bei dem BewerberInnen 2100 Meter und Bewerber 2400 Meter in 12 Minuten laufen müssen. All diese Bereiche müssen positiv absolviert werden, um für eine Tätigkeit im Kölner Rettungsdienst in Betracht gezogen zu werden. (vgl. Stadt Köln, o.D.) Auch in Wien gibt es einen Tragetest und eine körperliche Eignungsüberprüfung im Rahmen des Auswahlverfahrens für die Wiener Berufsrettung. (vgl. Stadt Wien, o.D.)

3.5.8.8 Gewalt

Ein weiteres Problem, mit welchem SanitäterInnen in Österreich immer häufiger konfrontiert werden, ist Gewalt gegen Rettungskräfte. In Deutschland sind bereits etliche Veröffentlichungen und Statistiken verfügbar, welche diesen Umstand beschreiben. So belegt die polizeiliche Kriminalstatistik in Deutschland etwa, dass im Jahr 2018 2879 Angriffe gegen Rettungsdienstpersonal verzeichnet wurden, wobei 285 schwere Körperverletzung und 5 als Mord oder Tötung bewertet wurden. (vgl. BKA, 2019) Genaue Statistiken für die Zahl der Fälle in Österreich konnten durch den Forscher nicht gefunden werden, jedoch häufen sich diese Fälle in der rettungsdienstlichen Praxis und sind auch medial häufig vertreten. Gewalt gegen Rettungskräfte und der Umgang mit Schaulustigen sind also zwei Themen, die in weiterer Folge noch im Detail behandelt werden müssen – zum Schutz von Rettungskräften, aber auch PatientInnen.

3.5.8.9 Studien und Forschung

Eine weitere notwendige Aufgabe von Fachkräften im Rettungsdienst ist die Versorgung von PatientInnen mit Hilfe evidenzbasierter Medizin. Die Basis stellen oft wissenschaftliche Untersuchungen dar, an denen auch SanitäterInnen mitwirken. (vgl. Ummenhofer & Zürcher, 2007: 216ff.) Aus diesen Studien lassen sich dann in weiterer Folge Handlungs- und Ausbildungsempfehlungen ableiten. Im Sinne einer PatientInnenorientierung ist es daher auch entscheidend, dass auch SanitäterInnen an solchen Studien beteiligt sind und auch geforderte Dokumentation durchführen. Für NFS stellt die Mitarbeit in der Forschung sogar einen konkret im Tätigkeitsbereich angeführten Bereich dar. (vgl. RIS, 2020a)

4 Kompetenzen

Der Begriff Kompetenzen wurde in den vergangenen Jahren in der Bildungspolitik, Erwachsenenbildung oder der Berufsbildung immer häufiger verwendet. Oft unterschieden sich die Deutungen von Kompetenzen stark und so wird in diesem Kapitel eine Einführung in die Herkunft des Begriffes erfolgen als auch das Verständnis des Kompetenzbegriffes, welcher für diese Arbeit relevant ist, wird hervorgehoben. Im Anschluss werden Kompetenzen auch noch von Termini wie Qualifikation oder Performanz unterschieden und die Relevanz von Kompetenzentwicklung herausgearbeitet. Anschließend werden auch

Kompetenzmodelle wie der Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) oder der EQR, der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, thematisiert. Abschließend finden sich Möglichkeiten zur Messung von Kompetenzen.

4.1 Begriffliche Herkunft

Der Begriff Kompetenz ist aus der heutigen Bildungslandschaft nicht mehr wegzudenken, doch das Verständnis des Begriffes liegt oft weit auseinander. Vor Jahrzehnten, also vor den Entwicklungen moderner Kompetenzforschung, war klar, was mit dem Begriff „Kompetenzen“ gemeint ist.

„Eine Versicherung ist kompetent für die Bearbeitung spezieller Schadensfälle. [...] Der Antrag auf eine Visa- oder Mastercard muss vom einem Kompetenzträger unterschrieben werden.“ (Erpenbeck, 2009: 81f.)

In diesen Fällen bedeutet Kompetenz soviel wie Zuständigkeit. Dies ist mitunter auch auf die Herkunft des Begriffes zurückzuführen. Der für die beiden erstellten kompetenzorientierten Anforderungsprofile verwendete Begriff basiert auf der Selbstorganisation der Akteure. Im Rettungsdienst wird diese Auffassung von Kompetenz oft mit der Befugnis von Personen oder Institutionen gleichgesetzt. Exemplarisch kann hier das SanG genannt werden, welches auch Kompetenzen, wie etwa die sogenannte *Notfallkompetenz*, umfasst (vgl. RIS, 2020a).

4.1.1 Historisches Kompetenzverständnis

Der ursprüngliche Kompetenzbegriff stammt vom lateinischen Verb *competere* ab, welches *zusammentreffen* oder *zukommen*, *zustehen* bedeutet. In Rom etwa wurde der Begriff mit *zuständig*, *befugt* oder *rechtmäßig* interpretiert und befasste sich mit dem Lebensunterhalt. Später, ab etwa dem 13. Jahrhundert fand der Begriff Kompetenz für Kleriker Anwendung, ab dem Zeitpunkt wurde vom Lebensunterhalt für diese gesprochen. Mit Entstehung von staatlichen Organen und der Entwicklung öffentlichen Rechts wurden Rechte und Pflichten als Kompetenzen definiert. Ab etwa dem 19. Jahrhundert bezieht sich Kompetenz auch auf Funktionen, Befugnis und Rechtmäßigkeiten von Personen, aber auch Organen sowie Institutionen. Ab diesem Zeitpunkt kann der Begriff Kompetenz im Verwaltungsrecht gefunden werden (vgl. Heyse, 2010: 64).

4.1.1.1 Entwicklung des modernen Kompetenzverständnisses

In den 1950er Jahren entwickelten sich unterschiedliche, dem vorhergehenden Kompetenzverständnis entgegenstehende Auffassungen bezüglich der Bedeutung des Begriffs. Ein Wegbereiter des modernen, in dieser Arbeit verwendeten, Kompetenzverständnisses, war der amerikanische Motivationspsychologe R.W. White. Dieser beschrieb Kompetenz als einen inneren Antrieb von Interaktionen, welcher durch Selbstorganisation zur Weiterentwicklung von Personen führt. Seiner Ansicht nach handelt es sich bei Kompetenzen um grundlegende Fähigkeiten, die selbst motiviert, individuell erbracht werden müssen und in Interaktion mit der Umwelt weiterentwickelt werden können (vgl. White, 1959: 297ff.; Heyse, 2010: 64).

Bereits kurz darauf befasste sich der Sprachwissenschaftler N. Chomsky mit Kompetenz und interpretierte diese als Fähigkeit selbstorganisiert Kommunikationsprozesse und -inhalte zu erzeugen als auch zu verstehen. Die konkrete Umsetzung dieser Fähigkeiten wurde als Performanz beschrieben (vgl. Chomsky, 1969: 14). Um dies zu illustrieren, wurden etwa Dreijährige als Beispiel herangezogen, welche ihre Muttersprache grammatikalisch einwandfrei beherrschen, ohne dabei bezüglich der Regeln instruiert worden zu sein (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2016: 36).

Einige Jahre später, 1974, definierte Mertens den im europäischen Kontext vielfach verwendeten Begriff der *Schlüsselqualifikationen*. Er beschrieb zu dieser Zeit schon etliche Aspekte und Elemente von Kompetenzen, welche in weiterer Folge Einzug in das in dieser Arbeit verwendete Kompetenzverständnis hielten. Unter anderem beschrieb er diese *Schlüsselqualifikationen* als *Kenntnisse*, *Fähigkeiten* und *Fertigkeiten* (vgl. 1974: 40). Zusätzlich diente seine Arbeit aber auch etwa als Grundlage für die sogenannten „key competences“ der OECD, welche im Zuge einer Initiative für lebenslanges Lernen Anwendung fanden (vgl. Wollersheim, 2014: 453f.; Rychen & Salganik, 2003: 63ff.).

Im deutschsprachigen Raum wurde Mitte der 1980er Jahre durch die beiden Pädagogen R. Arnold und H. Siebert der pädagogische Konstruktivismus, eine Form von Selbstorganisationstheorie, vorgestellt. Dabei wird der individuelle Lernprozess aktiv mitgestaltet und somit Wissen konstruiert. Somit wird Wissen selbstorganisiert und von Person zu Person individuell angeeignet. Dies bedeutet aber auch gleichzeitig, dass Wissen nicht direkt gelehrt werden kann. Die beiden Pädagogen zeigen sich auch für eine

Ermöglichungsdidaktik verantwortlich (vgl. Heyse, 2010: 65f.). Eine kurze Thematisierung dieser Begriffe findet sich in Kapitel 5.3.2.

Seit dieser Zeit ist ebenfalls ein klarer Trend dahingehend zu beobachten, dass Facetten von Bildung als Kompetenzen interpretiert werden. Die Unschärfe bei der Differenzierung des Begriffes bringt es auch mit sich, dass der Begriff Kompetenz oft mit Qualifikationen oder Fähigkeiten gleichgesetzt wird (vgl. Arnold, 2010²: 173). Diese Undifferenziertheit kann etwa in modernen, kompetenzbasierten Ansätzen wie dem EQF oder den PISA Studien gefunden werden. Bei PISA-Studien wurde auch auf Basis einer breiten Initiative der Versuch gestartet, Kompetenzen standardisiert zu testen und in Form von Noten zu bewerten. Dies führte aber zu einer weiteren „Verwässerung“ des Kompetenzbegriffs (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2015: 65). Es war demnach notwendig, Begriffe wie Schlüsselqualifikationen, Wissen, Soft Skills oder Talent vom Kompetenzbegriff zu unterscheiden (vgl. Heyse, 2010: 66).

Im Folgenden wird der in dieser Arbeit verwendete Kompetenzbegriff klar definiert und somit von anderen Kompetenzverständnissen, wie etwa dem aus juristischer Sicht, abgegrenzt.

4.2 Definition von Kompetenz

Der Begriff Kompetenz wird in vielerlei Hinsicht verwendet und muss scharf von diversen Interpretationen des Begriffes abgetrennt werden, um ein gezieltes Kompetenzverständnis für das jeweilige Forschungsvorhaben entwickeln zu können.

Im Falle der vorliegenden Forschung, der Erstellung von kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für den Ö-RD, bedeutet Kompetenz profund ausgedrückt „das Handlungsvermögen der Person“ (Arnold, 2010²:172). Diese Definition reicht aber bei Weitem nicht aus, um den komplexen Begriff Kompetenz in all seinen Facetten zu beschreiben.

Eine Definition, welche weitere, bildungspolitisch relevante Elemente von Kompetenzen erfasst, wurde etwa von Baumert (2001: 22) verfasst. Demnach sind Kompetenzen:

„prinzipiell erlernbare, mehr oder minder bereichsspezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Strategien[...]“

Neben dieser Erweiterung des Kompetenzbegriffs müssen Kompetenzen aber ebenfalls von (Persönlichkeits-)Eigenschaften wie etwa extrovertiert-introvertiert, oder Anlagen wie Talent abgegrenzt werden und sind dementsprechend:

„[...]keine Eigenschaften[...]Menschen haben in der Regel etwas dafür getan[...]“ (Rarrek & Werner, 2012: 45)

In diesem Zuge muss auch festgehalten werden, dass Lernende selbst aktiv werden müssen, denn „von Kompetenz kann nur dann gesprochen werden, wenn sich jemand Wissen und Können über einen längeren Zeitraum und unter Erwerb von Erfahrungen aneignet“ (Zürcher, 2010: 04-4)

„Kompetenzen sind somit Fähigkeiten, die erst im Handeln manifest werden.“ (Rarrek & Werner, 2012: 45)

Dies bedeutet, dass Kompetenzen viel mehr als nur das Handlungsvermögen einer Person sind, sie können nämlich erst durch das Zutun der jeweiligen Personen realisiert und ausgeübt werden. So sind etwa Kompetenzen auch die

„[...] kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die [...] Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Weinert, 2001: 27f.)

Problemlösung in variablen Situationen stellt also einen zentralen Bereich des Kompetenzbegriffes dar. Um kompetent agieren zu können, müssen Personen also im Stande sein, die geforderten Kompetenzen im jeweiligen Kontext und der jeweiligen Situation zum Lösen eines Problems einsetzen zu können. Zusätzlich sind Kompetenzen aber auch noch:

„Dispositionen selbstorganisierten Handelns“ (Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007²: XIX).

Dieser für die vorliegende Arbeit zentrale, durch Erpenbeck geprägte Kompetenzbegriff, welcher auch im für die Forschungsworkshops verwendeten Kompetenzatlas (vgl. Heyse und Erpenbeck, 2007) verwendet wird, bezieht sich auf die Fähigkeit selbstorganisiert, in variablen Situationen, Probleme lösen zu können.

Diese variablen Situationen, in denen Problemlösung notwendig ist, werden etwa auch von Heyse und Erpenbeck thematisiert:

„Kompetenzen sind Handlungsvoraussetzungen, also grundlegende Fähigkeiten, sich in neuen, offenen, unüberschaubaren, dynamischen Situationen zurecht zu finden und aktiv zu handeln“ (KODE®, n.D.).

Die Selbstorganisation des Individuums erfolgt in Situationen, welche bedingt durch System, Systemumgebung, Systemdynamik nicht vollständig voraussagbar sind. Handlungen, die selbstorganisiert werden, sind etwa reflexive Handlungen, aktivitätsbetonte Handlungen,

geistig-instrumentelle Handlungen oder kommunikative Handlungen (Erpenbeck & Heyse, 2007²: 159). Konkrete Beispiele können etwa in Schmidt (2005) gefunden werden, wo er Problemlösungsprozesse, instrumentelle Handlungen wie Arbeitstätigkeiten, kommunikative Handlungen wie Gespräche, reflexive Handlungen wie Selbsteinschätzungen oder Handlungsgesamtheiten, was etwa dem Handlungsspektrum von kreativen MA entsprechen kann, als Möglichkeiten für selbstorganisierte Handlungen anführt (2005: 161).

Zusätzlich müssen aber auch noch weitere Elemente von Kompetenzen, wie etwa Motivation oder Emotion, in das Kompetenzverständnis einbezogen werden, denn

„nur wenn Wissen im weiteren Sinne Regeln, Normen, Werte einschließt, die zu eigenen Emotionen und Motivationen verinnerlicht wurden, wird es zur Voraussetzung selbstorganisierter Handlungsfähigkeit kommen, also zu Kompetenzen“ (Heyse & Schircks, 2012: 12).

Erpenbeck geht aber sogar noch einen Schritt weiter und beharrt darauf, dass es ohne Werte keine Kompetenzen, also in weiterer Folge keine Fähigkeiten zu selbstorganisiertem, kreativem Handeln geben würde (vgl. Erpenbeck, 2018: 4). So bilden seiner Ansicht nach (interiorisierte) Werte „Kerne von Kompetenzen“ (vgl. Erpenbeck, 2010d: 52). Fischer (2019) etwa listet etliche Studien auf, die darauf verweisen, dass Werte auch als Ordner von Kompetenzentwicklung zu sehen sind (vgl. 2019: 234).

Ein weiterer Aspekt dieser Kompetenzbeschreibung ist, dass Kompetenzen nicht absolut sind und immer im Kontext zugeordnet werden. Dies erzeugt im jeweiligen Feld, was in diesem Falle der Österreichische Rettungsdienst ist, ein gewisses Maß an Interaktivität.

Am konkreten Beispiel des Rettungsdienstes, bedeutet dies, dass sich SanitäterInnen mitunter in unterschiedlichen Kontexten, wie etwa Notfallrettung und Krankentransport, unterschiedlich kompetent in der gleichen Teilkompetenz verhalten können. Dies gilt aber nicht nur für den Rettungsdienst. Menschen verhalten sich in unterschiedlichen Kontexten individuell unterschiedlich, was von Bergmann (2006:20) mit den folgenden Zitaten unterstrichen wurde:

„Jeder Mensch erfindet sich früher oder später eine Geschichte, die er für sein Leben hält.“ (Max Frisch, Mein Name sei Gantenbein)

„Wir bestehen alle nur aus buntscheckigen Fetzen, die locker und lose aneinander hängen, dass jeder von ihnen jeden Augenblick flattert, wie er will; daher gibt es ebenso viele Unterschiede zwischen uns und uns selbst wie zwischen uns und den anderen.“ (Michel de Montaigne, Essais)

„Jeder von uns ist mehrere, ist viele, ist ein Übermaß an Selbsten. (...) In der weitläufigen Kolonie unseres Seins gibt es Leute von mancherlei Art, die auf unterschiedliche Weise denken und fühlen.“
(Fernando Pessoa, Aufzeichnungen)

Der Kompetenzbegriff bildet viel mehr als nur Wissen und Können und unterschiedliche Situationen ab, er beinhaltet zudem außerfachliche bzw. überfachliche Fähigkeiten. Dieser wird oft mit Termini wie Methodenkompetenz, Personalkompetenz oder Schlüsselqualifikationen umschrieben (vgl. Arnold, 2010²:173). Im Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) werden diese überfachlichen Begriffe als namensgebend für die Hauptkategorien von Kompetenzen verwendet. Die 4 Basiskompetenzen laut Erpenbeck & Heyse, 2004: XV) sind: Personale Kompetenz, Sozial-kommunikative Kompetenz, Fach- und Methodenkompetenz sowie Aktivitäts- und Handlungskompetenz.

4.3 Arten von Kompetenz

Gnahn (2011: 25) unterteilt Kompetenzen in 4 Arten von Kompetenz. Kompetenzen können demnach in *specialist competencies*, *social competencies*, *methodological competences* und *personal competencies* unterteilt werden. Diese 4 Arten der Kompetenz sind auch auf die 4 Basiskompetenzen, auf die in der vorliegenden Arbeit Bezug genommen wird, umlegbar (vgl. Erpenbeck & Heyse, 2004: XV).

4.3.1 Grund- oder Basiskompetenzen

Aufbauend auf den 4 erwähnten Arten von Kompetenzen, können die 4 Grund- oder Basiskompetenzen unterteilt werden in:

- „Personale Kompetenz (P)
- Sozial-kommunikative Kompetenz (S)
- Fach- und Methodenkompetenz (F)
- Aktivitäts- Handlungskompetenz (A)“

(Erpenbeck & Heyse, 2004: XV)



Abbildung 9: Grundkompetenzen (Heyse, 2007: 15)

Die 4 Grund- oder Basiskompetenzen beziehen sich jeweils auf unterschiedliche Aspekte von Kompetenz. Während Personale Kompetenz sich auf die Person selbst bezieht, geht es bei der Aktivitäts- und Handlungskompetenz um die Handlungsausführung der Personen. Bei der Fach- und Methodenkompetenz hingegen dreht sich alles um den jeweiligen Umgang in Bezug auf Objekte. Bei sozial- kommunikativer Kompetenz wird auf Beziehungen zu anderen Personen Bezug genommen (vgl. Heyse, 2007: 15).

Diese Taxonomie kann als Versuch verstanden werden, Grund- oder Basiskompetenzen zu beschreiben. Die Grenzen zwischen diesen 4 Grundkompetenzarten sind dabei aber fließend und nicht strikt voneinander getrennt. In Lern- und Handlungssituationen wird also auf mehrere dieser Kompetenzen zurückgegriffen. Die hier beschriebene und im Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) angewendete Klassifizierung der Kompetenzen ist als Voraussetzung dafür zu sehen, Kompetenzen in Modellen anwenden zu können. Das dahinterstehende System ermöglicht nicht nur die Beschreibung, sondern auch das Messen von Kompetenzen, die dann in weiterer Folge validiert werden können (vgl. Scharnhorst & Ebeling, 2006: 26f.).

4.4 Begriffsunterscheidungen

Kompetenzen, Wissen, Fertigkeiten und *Qualifikationen* werden im modernen Sprachgebrauch oft synonym verwendet. Dies entspricht allerdings nicht dem hier verwendeten Verständnis von Kompetenzen. Fertigkeiten, Wissen und Qualifikationen sind aber sehr wohl Voraussetzungen für die Entwicklung von Kompetenzen (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2015: 1). Im Folgenden werden diese und einige weitere gängige Termini rund um den Begriff Kompetenz beleuchtet und beschrieben.

4.4.1 Fertigkeiten

Fertigkeiten sind eingeübte Teile von Tätigkeiten, welche nur geringer Bewusstseinskontrolle unterliegen. Diese äußern sich vor allem in stereotypen beruflichen Anforderungsbereichen, aber auch in kognitiven Tätigkeiten, wie dem Multiplizieren und auch Auswendiglernen (vgl. Hacker, 1998: 655). Dies bedeutet gleichzeitig, dass es sich um handlungszentrierte und anforderungsorientierte Handlungen handelt (vgl. Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007^{2a}: XXXV). Gleichmaßen zeigt dies aber auch, dass Fertigkeiten keine Kompetenzen sind.

Eine weitere, ebenfalls relevante Definition, vor allem bezüglich der Validierung von Lernergebnissen, stellt jene im NQR dar, in welcher Fertigkeiten als „die Fähigkeit, Kenntnisse anzuwenden und Know-how einzusetzen, um Aufgaben auszuführen und Probleme zu lösen“ beschrieben werden. Weiterführend beschreibt der EQR Fertigkeiten als „kognitive Fertigkeiten (logisches, intuitives und kreatives Denken) und praktische Fertigkeiten (Geschicklichkeit und Verwendung von Methoden, Materialien, Werkzeugen und Instrumenten)“ (vgl. NKS, 2019²: 52).

4.4.2 Wissen

„Wissen ist keine Kompetenz“, so der prägnante Titel eines Buches von Arnold und Erpenbeck (2017³), welches sich mit dem Thema Wissen und dem Zusammenhang mit Kompetenzen beschäftigt. Arnold beruft sich bezüglich Wissens auf Kompetenzentwicklung, welche bewusst Wissen von Kompetenzen unterscheidet. Kompetenzen entstehen demnach aus Inside-Out-Prozessen und sind kognitiv und emotional herausfordernd. Wissen kann sich aber zur Kompetenz entwickeln. Voraussetzung, dass Wissen überhaupt zur Kompetenz werden kann, ist, dass sich differenzierte Persönlichkeiten entwickeln. Es sollen Fähigkeiten hervorgebracht werden, um selbstständig und eigenverantwortlich komplexe und spontan auftretende Situationen abhandeln zu können (vgl. Arnold, 2017^{3a}: VII). Dies bedeutet, dass Menschen „Kompetenz im Sinn von Können nicht einfach besitzen, sondern im Handlungsverlauf erst herstellen – durch die Integration von Wissen auf das Handlungsfeld hin“ (Fischer, 2010: 237).

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Wissen nur als *Wissen im engeren Sinne* verstanden (vgl. Erpenbeck, 2001: 116). Hierbei handelt es sich um Informations-, Fach- und Sachwissen – das sogenannte „Wissen was“. Um aber in variablen Situationen kompetent handeln zu können, muss dies um motivatorisches Wissen – „Wissen warum“, welches Werte und Normen beinhaltet, und prozedurales Wissen – „Wissen wie“, ergänzt werden (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2015: 2). Diese Begriffe werden aber gesondert und nicht als Teil des Wissens im engeren Sinne behandelt.

4.4.3 Qualifikation

Laut Heyse (2007: 12) kommt es zu einer zunehmenden Auseinandersetzung mit Kompetenzen anstatt Qualifikationen. Kausal dafür sind Veränderungen in der Gesellschaft,

vor allem aber in der Wirtschaft. Es geht zunehmend um Themen wie die Fähigkeit zu lernen oder die Bereitschaft dazu. Vor allem aber selbstorganisiertes Lernen und Arbeiten sind Teil der Kompetenzdiskussion und können rein mit Qualifikationen nicht abgedeckt werden. Qualifikationen sind demnach nicht als Grundlage dafür geeignet, solche Potentiale zu erkennen. Sie weisen rein auf einen formellen Umstand hin. Kompetenzen hingegen können gezielt entwickelt und trainiert werden.

Ein weiterer relevanter Aspekt ist, dass Qualifikationen eher verwendungsorientiert sind und somit Fähigkeiten zur Bewältigung konkreter Anforderungssituationen darstellen. Kompetenzen hingegen sind subjektorientiert und befassen sich auch mit außerfachlichen oder überfachlichen Fähigkeiten (vgl. Arnold, 2010²:172f.).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zu den Unterscheidungsmerkmalen von Qualifikation und Kompetenz:

Qualifikation...	Kompetenz...
...auf die Erfüllung vorgegebener Zwecke gerichtet – fremdorganisiert	...beinhaltet Selbstorganisationsfähigkeit
...beschränkt sich auf Erfüllung konkreter Nachfragen bzw. Anordnungen – objektbezogen	...subjektbezogen
...auf unmittelbare tätigkeitsbezogene Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verengt	...bezieht sich auf die ganze Person, verfolgt also einen ganzheitlichen Anspruch
...auf Elemente individueller Fähigkeiten bezogen, die rechtsförmig zertifiziert werden können	...Lernen öffnet das sachverhaltszentrierte Lernen gegenüber den Notwendigkeiten einer Wertevermittlung; ...umfasst die Vielfalt der prinzipiell unbegrenzten individuellen Handlungsdispositionen
...rückt mit seiner Orientierung auf verwertbare Fähigkeiten und Fertigkeiten vom klassischen Bildungsideal (Humboldts "proportionierlicher Ausbildung aller Kräfte") ab	...nähert sich dem klassischen Bildungsideal auf eine neue, zeitgemäße Weise

Tabelle 6: Vergleich von Qualifikation und Kompetenz (vgl. Heyse 2010: 70; editiert)

Erpenbeck und von Rosenstiel (2007²:XIX) sehen den großen Unterschied zwischen Kompetenzen, welche „Dispositionen selbstorganisierten Handelns“ sind und Qualifikationen

darin, dass Qualifikationen „Wissens- und Fertigkeitsdispositionen“ sind. Jemand, der also für eine Tätigkeit qualifiziert ist, muss nicht zwingend kompetent sein.

4.4.4 Persönlichkeitseigenschaften

Von Persönlichkeitseigenschaften spricht man, wenn es sich um hypothetische Eigenschaften unterschiedlicher Ausprägungen von unterschiedlichen Personen handelt. Dies sind Personen zugeschriebene Merkmale, welche sich kaum verändern. Schließt man von Persönlichkeitseigenschaften auf Kompetenzen ist dies falsch, da sich Letztere im Gegensatz zu Eigenschaften entwickeln lassen. Kompetenzen sollen sich hingegen verändern, ja sogar trainiert, geplant entwickelt oder gemanagt werden (vgl. Erpenbeck, 2010b: 15).

Allerdings können zwischen Persönlichkeitseigenschaften und Selbstorganisationsdispositionen Kompetenzen und Beziehungen bestehen, müssen aber keinesfalls. Während sich viele gängige Modelle in der Kompetenzforschung über etwa Grundkompetenzen einig sind, ist dies bei Persönlichkeitseigenschaften meist nicht der Fall (vgl. ebd.: 17).

4.4.5 Potential

Der Begriff Potentiale beschreibt Komplexe, welche aus Persönlichkeitseigenschaften, Talenten und Kompetenzen zusammengesetzt sind. Sie sind für die Bewältigung von konkreten Aufgaben notwendig und beeinflussen auch die Performanz (vgl. Erpenbeck, 2010b: 18).

4.4.6 Motivation

Der Zusammenhang von Kompetenzen und Motiven geht auf White (1959: 317) zurück, der Kompetenz als ein motivational geprägtes Konzept interpretiert. Intrinsische Bedürfnisse der Individuen sind der Wunsch effizient zu interagieren, sowie ein Gefühl der Wirksamkeit des eigenen Tuns zu verspüren (vgl. Dimitrova, 2008: 38).

4.4.7 Ideale

Ideale stellen eine Form von wertbegründeten Normen dar. Mit ihnen werden Absichten und Verhaltensweisen gesteuert. Für unterschiedliche Ideale wird auch auf unterschiedliche Wertvorstellungen zurückgegriffen (vgl. Erpenbeck, 2010a: 121).

4.4.8 Werte

Ein weiterer Begriff, der in der Kompetenzdiskussion rund um John Erpenbeck nicht wegzudenken ist, sind *Werte*. Sie werden als Grundlage von Kompetenzen, sowie für geordnetes Handeln, gesehen (vgl. Schmidt, 2005: 13; Fischer, 2019: 167). Mitunter wird auch davon gesprochen, dass Werte als Kerne von Kompetenzen gesehen werden können (vgl. Erpenbeck & Brenninkmeijer, 2007: 253).

Bei ihnen handelt es sich um persönliche Gegebenheiten, die über Bevorzugung oder auch Ablehnung von Gegenständen oder auch Handlungen entscheiden können (vgl. Erpenbeck, 2010a: 121). Exemplarisch können etwa Empathie, Offenheit, Resilienz oder Respekt (vgl. Frey et al. 2016: 4ff.) als für den RD relevante Werte genannt werden. Insgesamt gibt es aber noch eine Vielzahl an weiteren Werten.

Werte können auch als Ordner für „individuell-psychische und sozial-kooperativ-kommunikatives (Realisierungs-)Vermögen menschlicher Selbstorganisation“ begriffen werden. Individuen benötigen also Kompetenzen und Werte im Sinne einer Selbstorganisation (vgl. Erpenbeck & Heyse, 2007²: 137). Bei dieser Betrachtung von Werten sollte aber nicht unberücksichtigt bleiben, dass nicht nur Werte allein menschliches Handeln zu steuern vermögen, sondern etwa auch innere Triebe. Das Unbewusste kann auch einen großen Einfluss auf die Werteordnung eines Menschen ausüben (vgl. Zürcher, 2010: 04-9).

Aus bildungspolitischer Sicht haben Werte ebenfalls Relevanz, wie die Schlüsselkompetenzen der EK zeigen. Es wird zwar nicht direkt auf den Begriff Werte Bezug genommen, aber etwa die „ethische Kompetenz“ angeführt (vgl. EK, 2005: 13). Diese Art von Kompetenz ist in den neuen Ausführungen nicht mehr zu finden, da Ethik in mehreren Kompetenzen eingegliedert ist (vgl. EK, 2018b). Dies deutet aber auch darauf hin, dass Werte wie Ethik wichtige Elemente von Kompetenzen sind, ohne dabei explizit als Kompetenz genannt werden zu müssen. In den in diesem Kapitel folgenden Darstellungen von Kompetenzen sind Werte ebenfalls ein fixer Bestandteil.

Talente stellen die Basis von Persönlichkeitseigenschaften dar. Während Talente aber darauf warten, performt und dabei nachgewiesen zu werden, können Talente aber auch versteckt existieren und ungenützt sein. Dies bedeutet: „Talent ist Kompetenz minus Performanz“ (Heyse & Erpenbeck, 2009²: 3). Ebenfalls führt Talent alleine nicht dazu, dass Handlungen kompetent ausgeführt werden können. Lerner müssen selbstorganisiert und motiviert Erfahrungen sammeln und dadurch Kompetenzen entwickeln. Exemplarisch können Profimusiker genannt werden, welche täglich trotz unbestrittenem Talent täglich mehrere Stunden üben müssen um eine herausragende Performanz abliefern und sich somit von talentierten Hobbymusikern unterscheiden zu können.

4.4.9 Performanz

Die Performanz der Kompetenzen, die in einer Handlung manifest wird, kann als Produkt abgebildet und dokumentiert werden (vgl. Müller, 2012: 457). Dies erfolgt meist in Form von Handlungen in variablen Situationen. Individuen greifen dabei auf Motivationen, Dispositionen, Werte, Fähigkeiten und Wissen zurück, um Probleme, Anforderungen, Erwartungen und generelle Umstände in diesen fordernden Situationen meistern zu können. (vgl. Gnahs, 2011: 21).

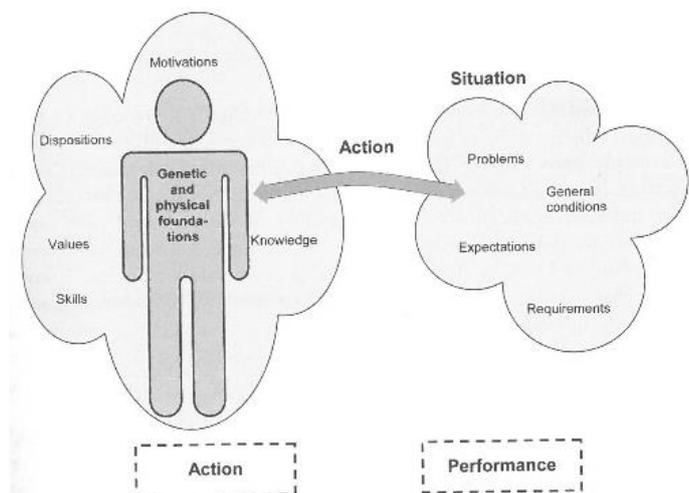


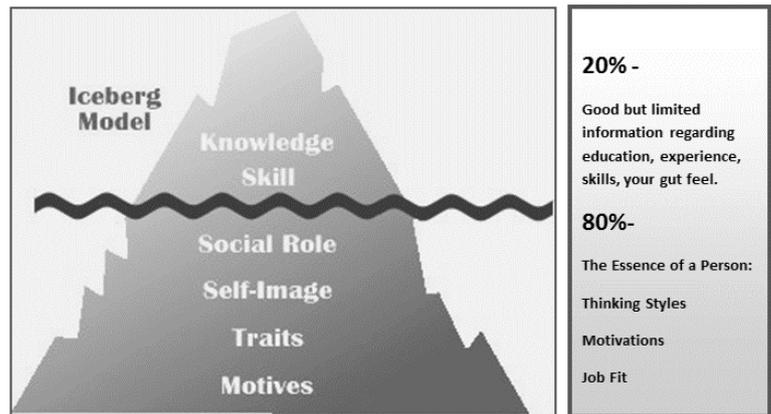
Abbildung 10: Competence and Performance (Gnahs: 2011: 21)

4.4.9.1 Iceberg Model

Die Stellung der einzelnen Grundkomponenten von Kompetenzen wurde etwa schon in den 1990er Jahren durch das Iceberg Model beschrieben (vgl. Spencer & Spencer, 1993: 11). Mit Hilfe dieses Modells wird verdeutlicht, welche Merkmale sichtbar sind und welche nicht. Fähigkeiten und Wissen wurden sichtbarer eingestuft als etwa Eigenschaften oder Motive.

Dies bedeutet, dass tiefer liegende, nicht klar ersichtliche Merkmale oft auch schwerer zu entwickeln sind als offensichtliche (vgl. Dimitrova, 2008: 36).

Abbildung 11: Das Eisberg Modell der Kompetenzen – Zusammenhang der Grundbausteine (vgl. Spencer & Spencer, 1993: 11)



Da dieses Modell aber nur Komponenten von Kompetenzen abbildet und nicht auf Handlung, Verhalten oder den Output eingeht, erstellten Spencer und Spencer (1993) auch ein Kompetenz-Performance Modell, welches, wie jenes von Cofsky (1993), auch das Verhalten der Akteure beinhaltet. Im Folgenden „Von Kompetenzkomponenten zur Performanz“ - Modell wurden beide Modelle adaptiert und um die oben beschriebenen Begriffe ergänzt.

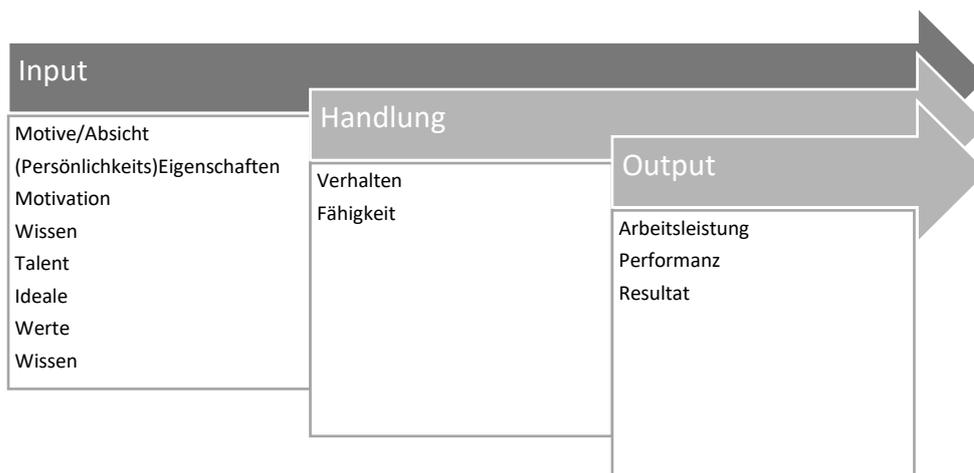


Abbildung 12: Von Kompetenzkomponenten zur Performanz (vgl. Cofsky, 1993; Spencer & Spencer, 1993, Dimitrova, 2008; editiert - eigene Ergänzungen)

Um eine dementsprechende Performanz zu gewährleisten, ist also sowohl Input, welcher Motive, Absichten, (Persönlichkeits-)Eigenschaften, Motivation, Wissen, Talent, Ideale, Werte und Wissen beinhaltet, notwendig. Darauf aufbauend müsse eine entsprechende Handlung gesetzt werden, welche ein gewisses Verhalten und die Fähigkeit zu dieser Handlung voraussetzt. Das Handlungsergebnis, der sogenannte Output, zeigt sich dann in Form von Arbeitsleistung und Performanz. Die Grundlage für diesen Output sind aber Kompetenzen, wie etwa Schlüsselkompetenzen.

4.4.10 Schlüsselkompetenzen

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Schlüsselkompetenzen dafür verwendet, spezielle Teilkompetenzen aus dem Kompetenzatlas, welche für RS und NKI essenziell sind, zu beschreiben. Synonym wird auch der Begriff MUST-Dos verwendet, um sie von Homonymen zu unterscheiden. Die Schlüsselkompetenzen der Anforderungsprofile dürfen nicht mit den Schlüsselqualifikationen von Mertens (vgl. 1974) oder jener der Europäischen Kommission verwechselt werden, welche unter den beschriebenen Metakompetenzen zu finden sind (vgl. Gnahs, 2011:25f., Europäische Kommission, 2007; Europäische Kommission, 2018a; Europäische Kommission 2018b).

Die in dieser Arbeit beschriebenen Schlüsselkompetenzen von RS und NKI stellen Handlungsfähigkeiten für den Ö-RD dar und dürfen nicht als Fachwissen missverstanden werden. Vielmehr geht es um eine effiziente Anwendung von fachlichem Wissen und fachbezogenen Fähigkeiten, sogenannten Skills. Schlüsselkompetenzen nach verwendeter Definition sind keine juristischen oder rein fachlichen Kompetenzen, sondern Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, welche für RS und NKI im Rettungsdienst in individuellen und variablen Situationen kompatibel, entwickelbar und vor allem anwendbar sind (vgl. Heyse & Schircks, 2012: 11,18).

4.5 Kompetenzorientierung

Gegenwärtig kann ein Trend hin zu einer Kompetenzorientierung in schulischen, betrieblichen und überbetrieblichen Bereichen erkannt werden. Der gefragte Terminus Kompetenz hat längst in Schul- Lehr- und Ausbildungspläne Einzug gehalten und findet sich auch in politischen oder betrieblichen Konzepten wieder (vgl. Niedermair, 2012b: 7). Der Output von Lernprozessen, also die Ergebnisse bzw. was Lernende wirklich können, stehen hierbei zumeist im Vordergrund (vgl. Müller, 2012: 448). Allerdings gibt es bezüglich des Begriffes keinen Allgemeinen Konsens (vgl. Niedermair, 2012b: 7). Deswegen ist bei einer Verwendung eine Definition und die Beschreibung des Kontextes notwendig.

Als Vorreiter der Kompetenzorientierung kann Rudolf Tippelt gesehen werden, der bereits in den 1970er Jahren auf Interaktion- und Kommunikationskompetenzen von Lernenden Bezug nahm, die über Qualifikationen, sowie Fertigkeiten und Kenntnisse hinausreiche. (vgl. Tippelt, 1979: 104). Etliche Jahre später ergänzte er dann, dass bei Weiterbildungsmaßnahmen

entsprechende Kompetenzen notwendig seien, um eigenständig Probleme lösen zu können (vgl. Tippelt, 1994: 48; Fischer, 2019: 54). Dies war auch einer der Anstöße, dass sich in den 1990er Jahren vermehrt Forscher mit dem Thema der Kompetenzorientierung befassten, was aber oftmals als Aufweichung des Begriffes „Beruf“ gesehen wurde, da bis dahin die meisten Berufe mehr oder weniger institutionalisiert waren. In vielerlei Hinsicht war der Aufbruch in den 1990er Jahren richtungsweisend für eine Wende in der empirischen Bildungsforschung, unter anderem können hier internationale Vergleichstests genannt werden (vgl. Arnold, 2017^{3b}: 1). Des Weiteren wurden auch vermehrt Studien veröffentlicht, welche in unterschiedlichsten Arbeitsfeldern eine Entwicklung hin zu immer steigenden Anforderungen und des geforderten Niveaus belegten. Ebenfalls wurden die Ausweitung der Handlungsspielräume und soziale Fähigkeiten als immer relevanter in der Berufsbildung erachtet (vgl. Nickolaus & Walker, 2016: 8). Der Bedarf nach Kompetenzbeschreibungen stieg also stark an. Schrittweise erfolgten darauf aufbauend kompetenzorientierte Beschreibungen, etwa auch in den Gesundheitsberufen, wobei dieser Prozess noch lange nicht abgeschlossen ist (vgl. Weyland & Grunau, 2013: 25ff.).

Die in dieser Arbeit generierten KOAP zielen darauf ab, diese Lücke im Bereich des Ö-RD zu schließen, da es bislang keine detaillierten Kompetenzprofile für SanitäterInnen gab.

4.6 Kompetenzprofile/Kompetenzmodelle

Um Kompetenzen in einem Kontext zu beschreiben, bedient man sich meist sogenannter Kompetenzmodelle, wobei synonym oft der Begriff Kompetenzprofil verwendet wird (vgl. Krumm et al. 2012: 7). Die Ansätze von Kompetenzprofilen unterscheiden sich oft nach Fachrichtung und Auslegung des Begriffes Kompetenz. Heyse (2007: 13) nennt 3 unterschiedliche Ansätze zur Entwicklung von Kompetenzprofilen, welche in der Praxis Anwendung finden:

- „Den forschungsbasierten Ansatz (*research-based competency approach*), z. B. mittels kompetenzbiografischer und vergleichender Untersuchungen;
- Den strategiebasierten (*strategy based competency approach*), z.B. über konsequente Ableitungen aus der Unternehmensstrategie und Konzentration auf besonders wichtige Zielgruppen;
- Den (kultur-) wertbasierten Ansatz (*value-based competency approach*), z.B. über Visions- und Missionsdiskussionen.“

Zugleich sieht Heyse aber mit dem KODE®X Verfahren, welches als Grundlage für die hier vorgestellten Kompetenzprofile für RettungsanwärtlerInnen und NotfallsanwärtlerInnen NKI im Ö-RD diene, einen sogenannten *hybrid approach*, welcher unterschiedliche Elemente dieser Kompetenzprofile miteinander verbindet (2007: 13). Eine kurze Beschreibung dieses Verfahrens kann im Kapitel zur Kompetenzmessung gefunden werden.

Der Trend hin zu Kompetenzprofilen in Europa und auch in Österreich kann bei Durchsicht der aktuellen Literatur in unterschiedlichen Bildungssektoren nicht übersehen werden. Sei es im Schul-, (vgl. Lau & Petrasch, 2010: 229ff.) hochschulischen oder betrieblichen Kontext - für viele Berufe und Berufsfelder wurden schon Kompetenzprofile erstellt (vgl. Heyse, 2010: 88).

PhysiotherapeutInnen sind etwa eine Berufsgruppe bei denen im Zuge des KODE®X Verfahrens SOLL-Kompetenzanforderungen unter Einbezug von Führungskräften und aktiven PhysiotherapeutInnen durchgeführt wurden. Von den nach Heyse 64 „strategischen Kompetenzen“ des Kompetenzatlas, auf welche in dieser Arbeit weitgehend als 64 Teilkompetenzen Bezug genommen wird, wurden 12 „operative Kompetenzen“ selektiert, welche vom Verständnis her den Schlüsselkompetenzen für RS und NKI im Ö-RD entsprechen. (vgl. Heyse, 2008 in Heyse, 2010: 73ff.)

Eine weitere Berufsgruppe im Gesundheits- und Sozialbereich, welche umfassend erforscht wurde, stellen HumanmedizinerInnen und ÄrztInnen, dar. Die von Heyse und Schircks 2009 bis 2011, gemeinsam mit CeKOM Deutschland und der gemeinnützigen HEYSE Stiftung durchgeführte Studie zur Erstellung der „Kompetenzprofile Humanmedizin“ in der Schweiz dient als eine zentrale Grundlage für die Erstellung der hier vorliegenden kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI im Ö-RD. Diese Studie beschreibt zwar die Anforderungen von MedizinerInnen in der Schweiz, wurde aber auch mit Aspekten aus Deutschland und Österreich erweitert und hat neben dem medizinischen auch noch geografischen Bezug zum Ö-RD (vgl. Heyse & Schircks, 2012: 11f.).

Kausal dafür, warum für Berufe häufig Kompetenzprofile erstellt werden, ist, dass es hinsichtlich konkreter Berufe leichter ist ein Berufsfeld zu bestimmen als etwa für wissenschaftliche Studiengänge. Von StudentInnen wird häufig erwartet, dass sie Metakompetenzen entwickeln sollen, wodurch eine erhöhte Polyvalenz der Kompetenzen nachweisbar sein soll (vgl. Arnold, 2017^{3b}: 1). Eine Entwicklung von metakognitiven Kompetenzen ist in vielen Fällen für Berufsfelder nicht notwendig, wenn ein gewisses Maß

an Metakompetenzen vorhanden ist. Bei der Beschreibung der Anforderungsprofile für SanitäterInnen in Österreich wurden aus diesem Grund auch die vorausgesetzten Metakompetenzen definiert, wobei es aber nicht um eine mögliche Entwicklung eben jener geht. Durch die Beschreibung der Anforderungsprofile soll eine Entwicklung jener Kompetenzen möglich werden, welche im Zuge der 5 Forschungsworkshops beschrieben wurden und kontextspezifisch für den Ö-RD sind.

4.7 Vier-Ebenen Modell

Grundlage für die erstellten kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKIs stellt ein sogenanntes Vier-Ebenen Modell dar, welches laut Heyse und Schircks (2012: 19) aus den folgenden 4 Ebenen besteht.

1. Metakompetenzen
2. 4 Grund- und Basiskompetenzen
3. (64) detailliert abgeleitete Schlüsselkompetenzen (oder Teilkompetenzen)
4. Querschnittskompetenzen

Die erste Ebene stellen die sogenannten Metakompetenzen dar, welche übergeordnete, kontextunabhängige Kompetenzen sind. Eine genaue Beschreibung dieser Metakompetenzen folgt in Kapitel 4.10.

Neben den kontextunabhängigen Metakompetenzen gibt es auch 4 übergeordnete Basis- oder Grundkompetenzen, für welche in dieser Arbeit die Begriffe Personale Kompetenz (P), Sozial-kommunikative Kompetenz (S), Fach- und Methodenkompetenz (F), sowie Aktivitäts-Handlungskompetenz (A) verwendet werden. Eine Auseinandersetzung mit den 4 Basiskompetenzen erfolgt in Kapitel 4.3.1.

Die dritte Ebene eines solchen Modells stellen die, im Falle des Kompetenzatlas, 64 Teilkompetenzen dar. Diese teilen sich zu jeweils 16 Kompetenzen auf, die 4 zuvor beschriebenen Basiskompetenzen auf. Sie sind aber oft auch nicht nur einer Grundkompetenz verbunden, sondern können auch zwischen 2 Grundkompetenzen liegen. Im nächsten Kapitel werden diese 64 Kompetenzen gemeinsam mit dem Kompetenzatlas beschrieben.

Können Kompetenzen einem Großteil der Grundkompetenzen zugeordnet werden, spricht man von Querschnittskompetenzen, da sie einen Querschnitt über die Bandbreite an

vorhandenen Kompetenzen abbilden. Eine Abhandlung dieser Querschnittskompetenzen findet sich in Kapitel 4.9.

Diese 4 Ebenen werden im hier vorliegenden Projekt auf den Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) angewandt und noch detailliert beschrieben.

4.7.1 Kompetenzarchitektur

Wie für das Vier-Ebenen Modell beschrieben, wurde der Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) mit Hilfe von 4 Ebenen beschrieben. Dies erfolgt, indem man Unterteilungen der unterschiedlichen Kompetenzen vornimmt. Wie bereits thematisiert, gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Arten und Interpretationen von Kompetenz. Im Folgenden wird die Kompetenzarchitektur, welche auch für die erstellten kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI verwendet wurde, beschrieben. Diese Architektur beruht auf den Unterteilungen in Grundkompetenzen und die darin enthaltenen Teilkompetenzen. Des Weiteren existieren noch Querschnittskompetenzen, die keiner der vier Grundkompetenzen exklusiv zugeordnet werden können, sich mit diesen aber überschneiden und auf mehreren Grundkompetenzen beruhen. Schlussendlich gibt es auch noch Metakompetenzen, die als Basis aller Kompetenzen gesehen werden können und ohne die es keine Kompetenzentwicklung geben könnte. Dies ist mit dem beschriebenen Vier-Ebenen Modell kongruent.

Die folgende Abbildung 13 bildet diese 4 Kompetenzbereiche ab und fügt ihnen noch Kompetenz-Anforderungsprofile hinzu. Diese Kompetenzarchitektur wurde auch für die erforschten Anforderungsprofile für RS und NKI im Ö-RD verfolgt. Die Basis dieser Profile stellt der Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) dar, welcher ebenfalls in dieser Abbildung zu sehen ist.

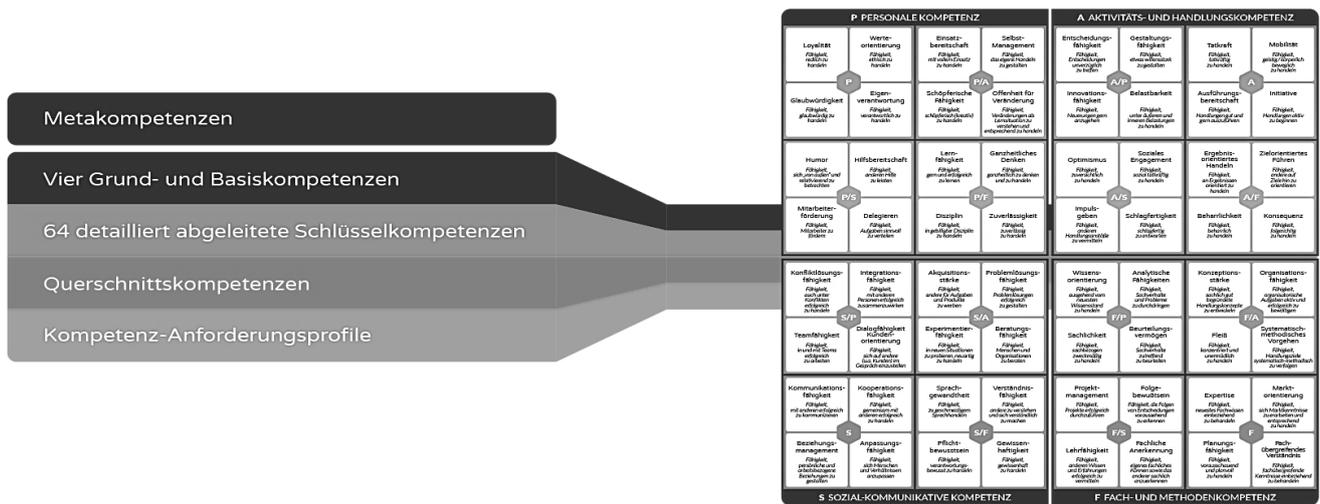


Abbildung 13: Kompetenzarchitektur KODE® und Anforderungsprofile (KODE®, o.D.)

4.8 Kompetenzatlas

Der Kompetenzatlas (Abb. 14) besteht aus den 4 Grund- oder Basiskompetenzen: (P) Personale Kompetenz, (A) Aktivitäts- und Handlungskompetenz, (S) Sozial-kommunikative Kompetenz und (F) Fach- und Methodenkompetenz. Jeder dieser Grundkompetenzen wurden 16 Teil- oder Schlüsselkompetenzen zugeordnet, was in Summe 64 im Kompetenzatlas enthaltene Kompetenzen bedeutet.

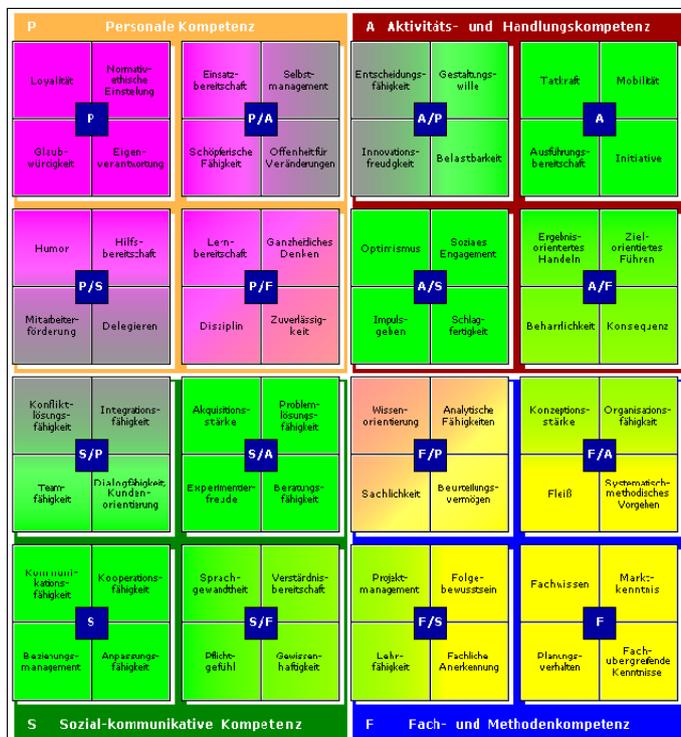


Abbildung 14: Kompetenzatlas nach Heyse und Erpenbeck (2007; Competenzia.de, o.D.)

Die 4 Grund- oder Basiskompetenzen lassen sich laut Heyse und Schircks (2012: 19) auch mit den EU-Lernforderungen, welche unter anderem von der UNESCO (vgl. Delors, 1996: 37) als „the four pillars of education“ erstellt und von CEDEFOP (2009) adaptiert wurden, vereinen, was die Kompatibilität des Kompetenzatlas mit europäischen Bildungsvorgaben unterstreicht. Die 4 Grundkompetenzen können wie folgt zugeordnet werden:

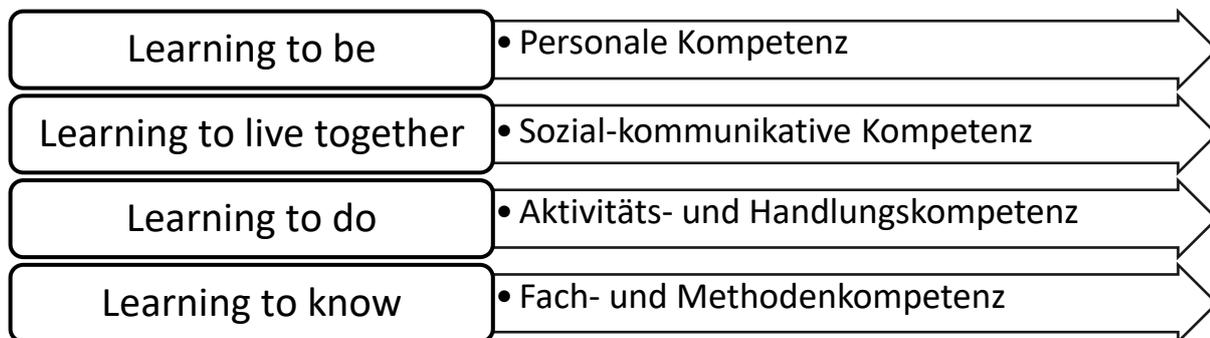


Abbildung 15: „The four pillars of education“ (Delors, 1996: 37) und Grund/Basiskompetenzen (eigene Abbildung)

Weiterführende Informationen zu Kompetenzprofilen und dem Kompetenzatlas können in den Kapiteln 4.6 und 4.8 gefunden werden. Neben dem Kompetenzatlas mit den 64 Kompetenzbegriffen, kam den Synonymen dieser Begriffe eine zentrale Bedeutung bei den Forschungsworkshops zu, die in einem Synonymatlas abgebildet sind.

4.8.1 Synonymatlas

Der 64 Teilkompetenzen umfassende Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) führte bei der Nutzung von KODE®X oder bei Erarbeitungen von Kompetenzprofilen vor den Aktualisierungen 2009 teilweise zu Unklarheiten bei der Interpretation bzw. Auslegung der einzelnen Kompetenzen. Zur besseren Interpretier- und Zuordenbarkeit der einzelnen Kompetenzen wurde der Kompetenzatlas um etliche Synonyme erweitert. Nach der Erstellung des Kompetenzatlas 2004, wurden von 2004-2006 mehrere Arbeitsschritte unternommen, um den 64 Teilkompetenzen weitere 147 Begriffe zuzuordnen. Diese 211 Begriffe stellen den sogenannten Kompetenzatlas dar, welcher auch weiterhin auf die 64 Teilkompetenzen zurückführt, nur einem besseren Verständnis dient (vgl. Heyse, 2007: 28). Dies wurde unter anderem auch bei der Erarbeitung der Kompetenzen für SanitäterInnen in Österreich ersichtlich, da unter Zuhilfenahme des Synonymatlas Unklarheiten bei der Interpretation von Teilkompetenzen beseitigt werden konnten.



Abbildung 16: Synonymatlas für die Grundkompetenzen P, A, F, S (Heyse, 2007: 28ff.)

Die folgenden beiden Kapitel beschäftigen sich mit der Beschreibung der Begriffe Metakompetenzen und Querschnittskompetenzen, welche die beiden weiteren Ebenen der Kompetenzarchitektur des Kompetenzatlas darstellen.

4.9 Querschnittskompetenzen

„Es gibt Kompetenzen, die gibt es gar nicht“, so äußert sich Liebigt (2013). Gemeint ist aber nicht die Inexistenz der Kompetenzen, sondern deren schwere Definierbarkeit. Wie schon

der Name suggeriert, bilden Querschnittskompetenzen einen Querschnitt über verschiedene Grundkompetenzen. Hierbei gilt zu beachten, dass der Kontext der Aufgabe wesentlich für die Existenz bzw. Ausprägung der Kompetenzen ist. Dies äußert sich etwa darin, dass Interkulturelle Kompetenz, die in Lateinamerika erworben wird, in Südostasien keine Wirkung zeigen kann, da der (kulturelle) Kontext nicht gegeben ist (vgl. Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007: XIII). Dieser Kontext wird etwa auch relevant, wenn man vom Österreichischen Rettungsdienst spricht und Interkulturelle Kompetenz möglicherweise als Paramedic im angloamerikanischen Rettungsdienst erworben hat. Es gilt dann die Kompetenzen für den Ö-RD weiterzuentwickeln.

Zu den über mehrere Kompetenzaspekte greifenden Querschnittskompetenzen zählt unter anderem die bereits erwähnte Interkulturelle Kompetenz. Versucht man diese zu definieren, handelt es sich definitiv um keine leichte Aufgabe, da dieser Begriff auf Grund der unterschiedlichen damit assoziierten Kontexte mittlerweile „inflationär“ verwendet wird. Während K etwa oft eine Schlüsselkompetenz in profitorientierten Unternehmen darstellt, offenbart sich aber auch die häufige Verwendung etwa im Bereich der Integrationsarbeit in Einwanderungsgesellschaften (vgl. Sprung, 2004: 134f.). Es kann also mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass das Verständnis von interkultureller Kompetenz in diesen beiden Kontexten unterschiedliche Ausformungen aufweist.

Wählt man einen Kontext und die verfügbaren Definitionen von IK, so stellt dies ein aussichtsloses Unterfangen dar, die Komponenten von IK nur einer einzelnen der 4 Grundkompetenzen zuzuordnen. Aus diesem Grund werden diese Kompetenzen auch Querschnittskompetenzen genannt und grundsätzlich für eine kompetente Tätigkeit in einem spezifischen Kontext vorausgesetzt, wie dies auch in den KOAP des Ö-RD der Fall ist. Ein Versuch eine dieser Querschnittskompetenzen zu definieren kann bei Erpenbeck und Sauter (2015) gefunden werden.

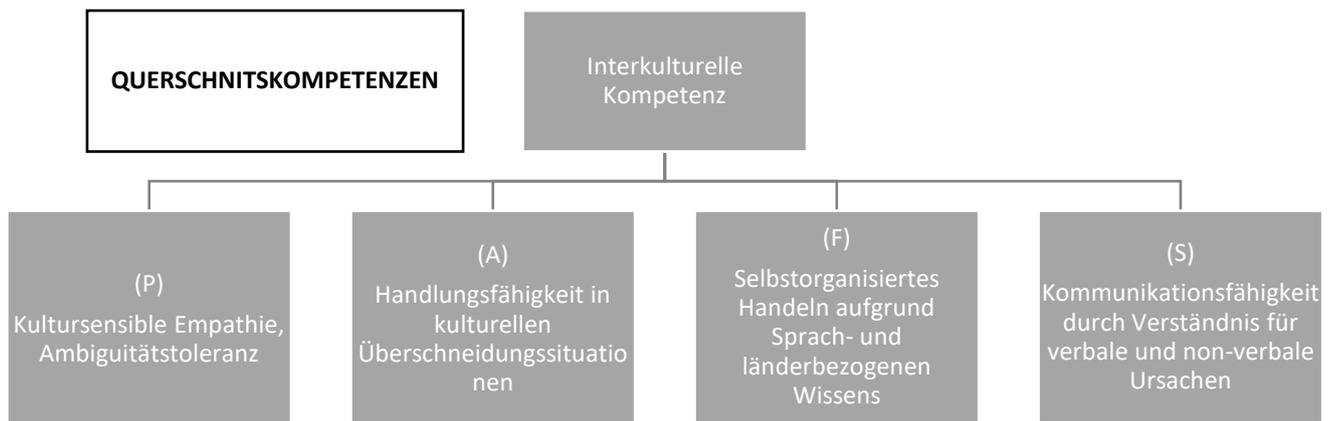


Abbildung 17: Interkulturelle Kompetenz als Querschnittskompetenz (Erpenbeck & Sauter, 2015: 159; eigene Abbildung)

Interkulturelle Kompetenzen werden diesem Versuch, eine Kategorisierung entsprechend, auf alle 4 Grundkompetenzbereiche des Kompetenzatlas aufgeteilt. Kultursensible Empathie und Ambiguitätstoleranz stellen dabei die Komponenten der Personalen Kompetenz (P) dar. Für die Aktivitäts- und Handlungskompetenz (A) ist die Handlungsfähigkeit in kulturellen Überschneidungssituationen relevant. Behandelt man Fach- und Methodenkompetenzen (F) im interkulturellen Kontext ist auch selbstorganisiertes Handeln aufgrund sprach- und länderbezogenen Wissens notwendig, um kompetent handeln zu können. Zu guter Letzt stellt auch die Kommunikationsfähigkeit durch Verständnis für verbale und non-verbale Ursachen einen wichtigen Teil der Sozial- kommunikativen Kompetenzen (S) dar (vgl. Erpenbeck & Sauter 2015:159). Die Querschnittskompetenz, interkulturelle Kompetenz, stellt ebenfalls eine Grundfähigkeit für einen wissenschaftlichen oder auch politischen Kompetenzdiskurs in der modernen Welt dar (vgl. Binkley et al. 2012:19ff., Weber & Hofmuth, 2012: 209). Im Bereich des Rettungsdienstes beispielsweise, stellt interkulturelle Kompetenz eine Kompetenz dar, die vermehrt in der rettungsdienst-spezifischen Fachliteratur zu finden ist (vgl. Machado, Pluntke, 2014; Pluntke, 2016; Hanning, 2006).

Heyse und Erpenbeck erweitern die potenziellen Querschnittskompetenzen mit Begriffen wie Verhandlungs- und Vertriebskompetenz und Selbstentwicklungskompetenz (vgl. KODE®, o.D.). Weitere Klassifikationsversuche von Querschnittskompetenzen sind etwa Anpassungsfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Kommunikationsfähigkeit, Offenheit, Toleranz, Medienkompetenz, Innovationskompetenz oder Führungskompetenz (vgl. Liebigt, 2013). Fälschlicherweise wird Führungskompetenz oft als Schlüsselkompetenz interpretiert, stellt aber eine Querschnittskompetenz, bestehend aus mehreren Kompetenzen, dar. Die konkreten Aufgaben und die konkrete Situation sind hier entscheidend dafür, welche Komponenten mehr gewichtet werden (vgl. Erpenbeck, 2013: 422).

Für Führungskräfte etwa kann eine konkrete Führungssituation selektiert und anschließend 12 bis 16 Schlüsselkompetenzen ausgewählt werden, um diese spezielle Situation zu bewältigen (vgl. Ciesielski & Schutz, 2016: 120).

4.9.1 Querschnittskompetenzen: kompetenzorientierte Anforderungsprofile im Ö-RD

Wie bereits beschrieben, bieten sich neben den 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas noch etliche weitere Kompetenzen, sogenannte Querschnittskompetenzen an, welche sich über die 4 Basiskompetenzen verteilen können. Ein großer Unterschied zu den Metakompetenzen, welche auch ein wichtiger Bestandteil der Kompetenzarchitektur der beiden Anforderungsprofile für den Ö-RD sind, ist, dass diese kontextabhängig sind, also nicht allgemeingültig sind (vgl. KODE®, o.D.).

Aus diesem Grund ist es auch notwendig zu verstehen, in welchem Feld bzw. in welchem Kontext RS und NKI tätig sind. Dieses kann in Kapitel 5.8.1 gefunden werden, in welchem das „Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich“ beschrieben wurde, das im Zuge der 5 Forschungsworkshops erstellt wurde. RS werden, wie schon besprochen, im Bereich des Krankentransportes tätig und NKI im Bereich der Notfallrettung. Eine solche Differenzierung vorzunehmen ist notwendig, um die kontextabhängigen Querschnittskompetenzen den Profilen zuordnen zu können. Die jeweiligen Querschnittskompetenzen für RS bzw. für NKI können, mit Beispielen und Kompetenzbeschreibungen versehen, in den KOAP gefunden werden. Die jeweiligen Kompetenzbeschreibungen und Beispiele entstammen größtenteils Dokumenten, Büchern, Artikeln und Links, welche Ergebnisse einer umfangreichen Literaturrecherche sind. Diese Recherche wurde am Anfang der Erstellung der Dissertation gestartet und unisono zur Forschung durchgeführt. Zusätzlich wurden diese Beschreibungen auch durch Ergebnisse aus den Gruppendiskussionen der 5 Forschungsworkshops, sowie persönlichen Erfahrungen, Herleitungen und Schlussfolgerungen aus den oben genannten Ergebnissen der Recherche erweitert.

Querschnittskompetenzen wie etwa Vertriebskompetenz (KODE®, o.D.) wurden auf Grund mangelnder Relevanz für den RD nicht beschrieben. Verhandlungsfähigkeit (vgl. Golisch, 1997: 135) oder Begriffe wie Offenheit, Toleranz und Einfühlungsvermögen (vgl. Liebigt, 2013) wurden in Beschreibungen der Teil- bzw. Metakompetenzen integriert und scheinen somit nicht als eigenständige Querschnittskompetenzen auf.

4.10 Metakompetenzen

Der Begriff Metakompetenzen setzt sich aus den beiden Wörtern „Meta“ und „Kompetenzen“ zusammen. Da der Begriff Kompetenzen schon erläutert wurde, sollte auch die Bedeutung des Wortes „Meta“ behandelt werden. Lexikalisch bedeutet es „Inmitten“ oder „Mitten“. Am nächsten würde man der Bedeutung des lexikalischen Begriffes kommen, würde man Metakompetenzen als Herz inmitten des Kompetenzkörpers sehen, ohne welches dieser Körper nicht überlebensfähig wäre.

Betrachtet man aber Interpretationen des Begriffes und dessen Definitionen, werden diese sogenannten Metakompetenzen aber meist als über den restlichen Kompetenzen stehend gesehen oder als deren Basis (vgl. Dimitrova, 2008: 80). Als Basis aller Kompetenzen stellen sie somit auch die Fähigkeiten dar, überhaupt kompetent handeln zu können, Kompetenzen entwickeln zu können und auch kompetent zu bleiben (vgl. Moldaschl, 2006: 6). Im Grunde kann gesagt werden, dass der Begriff Metakompetenz eine Art Kompetenz der Kompetenzen beschreibt (vgl. Bergmann et al. 2006:7). Erpenbeck (2006b) beschreibt Metakompetenzen etwa als „Ausgangsd dispositionen, welche die Herausbildung von grundlegenden und abgeleiteten Selbstorganisationsdispositionen, den Kompetenzen, erst fundieren und ermöglichen. Es handelt sich um Selbstorganisationsdispositionen 2. Ordnung, um Bedingungen der Möglichkeit unserer Selbstorganisation.“ (2006b: 8)

Metakompetenzen können auch mit Lernprozessen von Menschen in Verbindung gebracht werden (vgl. Hüther, 2016: 193ff.). Diese Lernprozesse sind aber weder geplant noch erfolgen sie in gewohnten Bedingungen. Metakompetenzen werden demnach in neuen Situationen, in denen Ungewissheit herrscht, abverlangt (vgl. Burgoyne, 1988 in Dimitrova, 2008: 63). Diese Ungewissheit gepaart mit der Anwendung von Metakompetenzen kann dann in weiterer Folge zur Entwicklung von weiteren Kompetenzen führen, was ohne Metakompetenzen nicht möglich wäre.

Metakompetenzen können auch als universelle Kompetenz, unabhängig vom genauen Kontext gesehen werden. Für Metakompetenzen ist der genaue Kontext in dem Personen agieren, also nicht relevant. Grundsätzlich wären Metakompetenzen aber „die Fähigkeit, mit jedem Problem fertig zu werden“ (Bergmann et al. 2006:7). Allerdings muss eine Distanz zum jeweiligen Problemfeld aufrecht bleiben, wobei aber eine detaillierte Kenntnis der eigenen Wirklichkeit und der Wirkung innerhalb des eigenen sozialen Feldes vorausgesetzt wird. Um

metakompetent zu sein, müssen Akteure über eine systemische Denk- und Handlungsweise verfügen, welche durch Empathie und Selbstdistanz ergänzt wird (vgl. ebd.: 7).

Bergmann et al. (2006: 117) versuchten Indikatoren zur Bewertung von Metakompetenz aufzustellen, wonach metakompetente Akteure nach folgenden Indikatoren beobachtet werden können:

- „*Selbsterkenntnis*: Bewusstsein über Leitmotive, Reflexionsgrad der eigenen Familiengeschichte, Verarbeitung der eigenen Lebenserlebnisse. Negativ: Selbstüberschätzung, Arroganz
- *Selbstdistanz, Relativismus*: Selbstironie, Neutralität, Ausmaß des Selbstbezugs, religiöse und weltanschauliche Werte. Negativ: Ideologie, Xenophobie, Vorurteile
- *Empathie*: Mitgefühl, Interesse am anderen, Einfühlungsvermögen. Negativ: Alexithymie, Apathie, mangelnde Hinwendung
- *Situationsidentifikation, Kontextualismus*: historische Einordnung, Altersadäquanz, Abstimmung der Kontexte im Lebenslauf, keine absoluten Lösungen, Abwägung von Nutzen und Aufwand. Negativ: Absolute Lösungen, apodiktische Äußerungen
- *Interventionsfähigkeit, Lösungswissen*: Ausmaß der Anregungen zu Handlungsmöglichkeiten, Sicherheit bei situativen Interventionen, reicher Erfahrungsschatz. Negativ: begrenzte Erfahrungen, Überreaktion“

Zusammengefasst bedeutet dies, dass Metakompetenzen als unabhängige, über den anderen Kompetenzen, etwa jenen im Kompetenzatlas enthaltenen, stehende Kompetenzen interpretiert werden können.

4.10.1 Metakompetenzen und Kompetenzatlas

Wie bereits im Zuge der Kompetenzarchitektur ausgeführt, bestehen die beiden kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI im Ö-RD aus 4 Teilen. Zu diesen Teilen stehen auch die sogenannten Metakompetenzen. Sie bilden das Fundament und sind allgemeine Fähigkeiten selbstorganisiert zu handeln. Diese Metakompetenzen sind unabhängig vom Kontext – auch im Falle des Rettungsdienstes (KODE®, o.D.). Nach Erpenbeck (2006a: 63) setzen sie sich aus *Selbsterkenntnisvermögen*, *Selbstdistanz*, *Wertoffenheit*, *Situations- und Kontextidentifikationsfähigkeit* sowie *Interventions- und Lösungsfähigkeit* zusammen, was auch mit den Identifikationsmerkmalen von Bergmann et al. (2006: 117) weitgehend kongruent ist.

Abbildung 18: Metakompetenzen nach Erpenbeck (2006a: 63; eigene Abbildung)



4.10.2 Metakompetenzen kompetenzorientiertes Anforderungsprofil im Ö-RD

Neben 4 von Erpenbeck (2006a) und Bergmann et al. (2006) definierten Metakompetenzen finden sich in den beiden kompetenzorientierten Anforderungsprofilen noch weitere, bildungspolitisch relevante Kompetenzen. Dies ist auch dafür verantwortlich, dass *Empathie* von Bergmann et al. (2006: 117) sowie die stattdessen von Erpenbeck (2006a: 63) vorgeschlagene *Wertoffenheit* nicht direkt in die Profile aufgenommen wurden, da diese in den, in dieser Arbeit beschriebenen, Metakompetenzen: *Persönliche sozial und Lernkompetenz*; *Bürgerkompetenz* und *Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit* (vgl. Europäische Kommission, 2018b) enthalten sind, welche ebenfalls Metakompetenzen der Anforderungsprofile für NKI und RS sind. Auch im Bereich von *Selbsterkenntnisvermögen* und *Selbstdistanz* gibt es diverse Parallelen zu den oben genannten Kompetenzen der Europäischen Kommission. Um aber eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten und die auch für den Kompetenzatlas verwendeten Metakompetenzen zu beschreiben, wurden diese Kompetenzen beibehalten und als

eigenständige Kompetenzen beschrieben. Jene Aspekte, die in den weiteren Metakompetenzen ebenfalls enthalten sind, werden dann bei den Kompetenzen der Europäischen Kommission nicht mehr beschrieben.

Ein weiterer Faktor, die von der Europäischen Kommission vorgeschlagenen Kompetenzen hinzuzufügen, war es, möglichst alle, für die Ausübung von Berufen in der Europäischen Union, notwendigen Kompetenzen abzubilden. Es handelt sich hierbei um die von der Europäischen Kommission 2007 vorgeschlagenen Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen (vgl. Europäische Kommission, 2017), sowie die Aktualisierungsvorschläge des Europäischen Rates von 2018 (vgl. Europäische Kommission, 2018a; Europäische Kommission 2018b). Diese sind natürlich auch für Lerner in Österreich relevant. Lerner sollen durch diese Kompetenzen befähigt sein, sich weiterzuentwickeln, aber auch die bestehenden Kompetenzen aufrecht zu erhalten und zu aktualisieren (vgl. Erler, 2009: 42). Der Einbezug dieser Sichtweise auf die Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen lässt also den Schluss zu, dass sie für ein Leben als selbständige Erwachsene sowie für die Ausübung von Berufen Grundvoraussetzung sind und somit als Metakompetenzen interpretiert werden können.

Die 8 Schlüsselkompetenzen für Lebenslanges Lernen sind:

- „Lese- und Schreibkompetenz
- Fremdsprachliche Kompetenz
- Mathematische Kompetenz und Kompetenz in Naturwissenschaften, Informatik, Technik
- Digitale Kompetenz
- Persönliche, soziale und Lernkompetenz
- Bürgerkompetenz
- Unternehmerische Kompetenz
- Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit“ (Europäische Kommission, 2018b)

Die Kompetenzbeschreibungen beinhalten ebenso den gängigen Begriff *Allgemeinwissen*, wie auch die von Edelmann und Tippelt (2007:133) verwendete fünfte Grundkompetenz *inhaltliches Basiswissen*.

Die jeweiligen Definitionen und Beispiele der Relevanz der einzelnen Metakompetenzen für RS und NKI können bei den Ausführungen der Anforderungsprofile gefunden werden.

Es gab bei der Kategorisierung und Einordnung diverse Parallelen, wodurch eine Anpassung mehrerer Metakompetenzen durchgeführt werden musste. *Persönliche-, soziale und*

Lernkompetenz, bleiben den Profilen etwa erhalten, obwohl persönliche und soziale Kompetenzen auch im Kompetenzatlas enthalten sind, und diese hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet wurden. Grund hierfür ist, dass auch andere Elemente, wie etwa Empathie, wie von Bergmann et al. 2006 (117) als Teil von Metakompetenzen beschrieben, enthalten sind. Insgesamt wurden die folgenden 13 Metakompetenzen für RS und NKI definiert:

1. *Selbsterkenntnisvermögen;*
2. *Selbstdistanz*
3. *Situations- Kontextidentifikationsfähigkeit*
4. *Interventions- und Lösungsfähigkeit*
5. *Lese- und Schreibkompetenz*
6. *Fremdsprachliche Kompetenz*
7. *Mathematische Kompetenz und Kompetenz in Naturwissenschaften, Informatik, Technik*
8. *Digitale Kompetenz*
9. *Persönliche, soziale und Lernkompetenz*
10. *Bürgerkompetenz*
11. *Unternehmerische Kompetenz*
12. *Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit.*

Die (Meta-)Kompetenzbeschreibungen und Beispiele in den Anforderungsprofilen für RS und NKI entstammen größtenteils Dokumenten, Büchern, Artikeln und Links der umfangreichen Literaturrecherche des Forschers. Zusätzlich wurden diese auch durch Ergebnisse aus den Diskussionen der Workshops, sowie Erfahrungen des Forschers und Herleitungen und Schlussfolgerungen aus den oben genannten Ergebnissen der Recherche ergänzt.

Obwohl nicht gleich bei allen diesen Metakompetenzen auf den ersten Blick eine direkte Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfrage, welche Kompetenzen SanitäterInnen in Österreich für eine kompetente PatientInnenversorgung benötigen, hergeleitet werden kann, sollte dies durch das bereits beschriebene Verständnis für die Definition von Metakompetenzen erkennbar sein – Metakompetenzen sind kontextunabhängige Kompetenzen, welche aber für alle Personen notwendig sind, um professionell und kompetent handeln zu können. Begriffe wie Bürgerkompetenz oder Unternehmerische Kompetenzen mögen zwar verwirren, dienen aber als Grundlage für jegliche Tätigkeit als SanitäterIn. Daher muss festgestellt werden, dass ohne diese Metakompetenzen

SanitäterInnen in Österreich, unabhängig davon ob es sich um RS oder NKI handelt, PatientInnen nicht kompetent versorgen können.

4.11 Kompetenzen und Anforderungsprofile für RS und NKI im Ö-RD

Die in dieser Arbeit erforschten KOAP für RS und NKI im Ö-RD wurden im Zuge von 5 Forschungsworkshops von ExpertInnen erstellt. Diese Kompetenzen schreiben sich die jeweiligen Personen aber nicht selbst zu. Sie werden stattdessen extern zugeschrieben. Aus diesem Grund werden sie auch als relationale Kompetenzen bezeichnet (vgl. Bergmann, 2006:20). Wie bereits beschrieben, erfolgt die Einteilung dieser Kompetenzen in die 4 Grundkompetenzen (P), (A), (S) und (F). Die Erstellung von Anforderungsprofilen war notwendig geworden, da in Österreich Grundlagen für eine weiterführende Forschung in Bezug auf Aus-, Fort- und Weiterbildung von SanitäterInnen fehlt und diese Profile für zukünftige Forschungstätigkeiten eingesetzt werden sollen.

Des Weiteren ist die Arbeitswelt im medizinischen Bereich, und dazu zählt auch der Rettungsdienst, zunehmend mit Spezialisierungen, raschem Wachstum des Wissensumfanges und ständig neuen Anforderungen sowie einer Qualitätsorientierung und Risikominimierung unterworfen. Ein weiterer Bereich, die Orientierung an den Bedürfnissen von PatientInnen ist vor allem im Fokus der hier generierten Anforderungsprofile für SanitäterInnen in Österreich (vgl. Heyse und Schircks, 2012: 17).

4.12 Kompetenzentwicklung

Versucht man Kompetenzen zu beschreiben oder gar zu messen, stellt sich unweigerlich auch immer die Frage, wie Defizite ausgeglichen werden können. Grundsätzlich sind Kompetenzen lernbar (vgl. Krumm et al. 2012: 6). Dabei muss aber klar darauf hingewiesen werden, dass Kompetenzen nicht einfach „gelernt“ werden können, sondern immer selbst verinnerlicht werden müssen und „von Werten fundiert und Erfahrungen konsolidiert“ werden (Heyse, 2010: 63). Kompetenzentwicklung ist ebenfalls vom beschrittenen Pfad abhängig, wonach das Profil an individuellen Kompetenzen das Resultat eines irreversiblen, bereits beschrittenen Entwicklungsprozesses, ist (vgl. Scharnhorst & Ebeling, 2006: 28).

Um eine möglichst umfassende Kompetenzentwicklung forcieren zu können, die möglichst lebensumfassend ist, bedarf es einer ermöglichungsorientierten, selbstorganisierten und kompetenzorientierten Form von Lernkultur (vgl. Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007²: XX).

Kompetenzentwicklung nähert sich auch immer mehr dem Begriff der Ermöglichungsdidaktik an, indem man Didaktik und Bildungspolitik auszuweichen versucht, um die inneren Reifeprozesse eines Subjektes, der jeweiligen Personen, zu betrachten. Die Kompetenzentwicklung erfolgt hierbei selbstorganisiert. Bei Konzepten zur Kompetenzentwicklung ist es deshalb entscheidend, ob diese Input- oder Output orientiert sind (vgl. Arnold, 2017^{3b}: 3).

Obwohl Eigenaktivität und Selbstorganisation im Fokus stehen, bedarf es vor allem im Bereich der Berufsbildung sowohl institutioneller Lehr-, als auch selbstorganisierter Lernphasen. Dabei müssen Methodik, Didaktik und lerntheoretische Erkenntnisse verschränkt werden, um gezielt zu einer Kompetenzentwicklung führen zu können (vgl. Weinert, 1998: 35f.). Eine Unterscheidung in fremdgesteuertes, selbstgesteuertes, fremdorganisiertes und selbstorganisiertes Lernen ist daher mitunter zielführend für Kompetenzentwicklung (vgl. Erpenbeck & Heyse, 2007²: 131ff.).

Oft ist diese Unterscheidung aber nicht ohne weiteres möglich. Bei selbstorganisierter Kompetenzentwicklung kann man aber von einer rein, von außen kommenden, Instruktion selbstgesteuerten Entwicklung nicht mehr ausgehen (vgl. Erpenbeck, 2012: 16). Dies gilt besonders im beruflichen Kontext, da dieser meist fremdbestimmt ist und auch Arbeitsaufgaben und Anforderungen gegenwärtig sind (vgl. Faust & Holm, 2001: 74f.). Im Sinne des Rettungsdienstes muss deshalb auch geschlussfolgert werden, dass eine rein selbstgesteuerte Kompetenzentwicklung nicht möglich ist und sich selbst- bzw. fremdgesteuerte Maßnahmen ergänzen.

Ein Versuch Lern- und Lehrformen hin zu Kompetenzentwicklung methodisch, didaktisch aufzubereiten, wurde etwa durch Edelmann und Tippelt (2007) vorgenommen. Die Lern- bzw. Lehrformen sollten:

- „aktiv und sinnstiftend an bisheriges Wissen und vorhandene Kompetenzen anschließen;
- Erkenntnisorientiert und nutzungsbezogen die jeweiligen besonderen problembasierten Kontexte berücksichtigen;
- Abstrahierend ressourcensparend Wissen nutzen; automatisierend die Aufmerksamkeit entlasten und damit die Konzentration auf schwierige Prozesse der Problemlösung ermöglichen;

- Selbstständig und angeleitet sein, so dass einerseits Autonomie und Selbstverantwortung der Lernenden gefördert und gleichzeitig der Kontrolle von korrektem Expertenwissen unterzogen werden;[]
- Inhaltlich und methodisch das Gewicht verstärkt auf die Lernprozessorientierung legen und dabei metakognitive Kompetenzen – wie das Wissen über das Lernen des Lernens – gezielt fördern“ (2007: 134)
- Kooperativ aber auch individuell sein, (vgl. ebd.: 134) um ebenfalls die 4 Grundkompetenzen (P) Personale-, (S) Sozial- und kommunikative-, (F) Fach- und Methoden-, (A) Aktivitäts- und Handlungskompetenz, wie auch Querschnittskompetenzen zu entwickeln.

Sultana (2009) weist zusätzlich darauf hin, dass kompetenzbasiertes Training nicht zwingend zu einer Kompetenzentwicklung bei jedem Individuum führen muss (vgl. 2009: 29). Es bedarf also einer umfassenden, möglichst vielseitigen und individuellen Lösung für die Bedürfnisse der einzelnen Lernenden. Dazu müssen natürlich auch noch weitere Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden, wie etwa ein Praxisbezug der Lehrmethoden. Oft werden Methoden in Unterrichtsettings angewendet, welche aber auf Theorie basieren und in der Praxis nicht umsetzbar sind (vgl. Gruber, 2001: 180). Es ist daher notwendig, erprobte Konzepte zur Anwendung zu bringen, die in der Praxis einer Kompetenzentwicklung dienlich sind und nicht nur realitätsferne Theoriekonstrukte darstellen. Ein für die erstellten Kompetenzprofile relevanter Aspekt ist etwa, dass fachliche- und methodische Kompetenzen in Selbstlernprozessen erworben und entwickelt werden, wohingegen personale und soziale Kompetenzen in dieser Form erlernt werden müssen (vgl. Heyse & Erpenbeck, 1997: 198).

4.12.1 Einheit von Wissen, Qualifikation, Kompetenz

Um sich dem Konstrukt der Kompetenzentwicklung weiter nähern zu können, muss auch der Zusammenhang von *Wissen*, *Qualifikation* und *Kompetenzen* betrachtet werden. Spricht man nämlich von diesen 3 Begriffen, so kann von einer Einheit gesprochen werden, da sich alle 3 Bereiche jeweils beeinflussen. Aus Abbildung 19 wird ersichtlich, dass im Zuge von fremdorganierten Maßnahmen oft Wissen als Basis dient, um weitere Kompetenzen zu entwickeln; bei selbstgesteuerten Maßnahmen ist oft das Gegenteil der Fall (vgl. Dimitrova, 2008: 51).

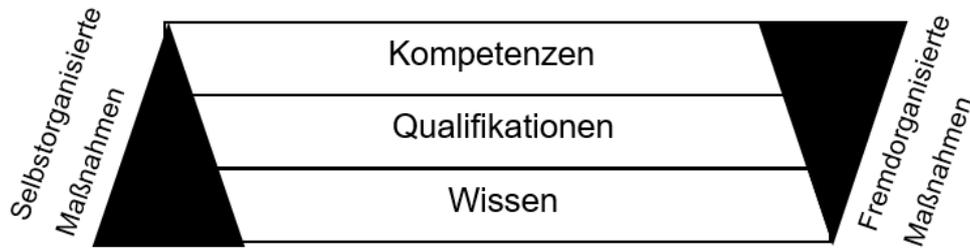


Abbildung 19: Relation zwischen selbst- und fremdgesteuerten Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung und den einzelnen Kompetenzbestandteilen (Dimitrova, 2008: 51; eigene Abbildung)

Der Zusammenhang der 3 Bereiche muss aber noch um weitere Elemente ergänzt werden, um von einer möglichst umfassenden Kompetenzentwicklung auszugehen. Heyse (2010) erweitert das vorangegangene Konzept etwa noch um Regeln, Werte und Normen, die für Kompetenzentwicklung essenziell sind.

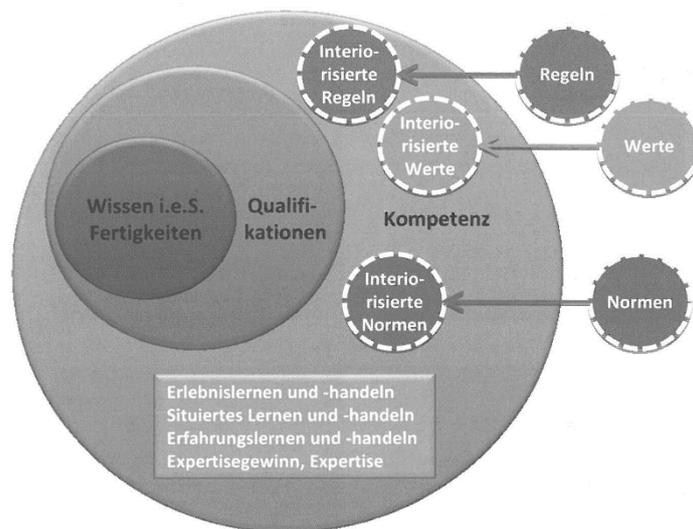


Abbildung 20: Einheit von Wissen, Qualifikation und Kompetenz (Heyse 2010: 71)

Um Regeln, Werte und Normen verinnerlichen zu können, sind emotionale Labilisierungen notwendig, die sich in Form von Widersprüchen, Problemen oder kognitiven Dissonanzen äußern können. Diese Interiorisierung bewirkt, dass daraus eigene Emotionen und Motivationen werden (vgl. Heyse, 2010: 71). Der Erwerb von Kompetenzen kann daher je nach Grad der Bewusstheit oder der Institutionalisierung unterschiedlich motiviert sein (vgl. Schmidt, 2009: 207). Je stärker der persönliche Bezug, desto stärker die Interiorisierung. Dieser Prozess kann als Kern von Kompetenzentwicklung gesehen werden.

Nun stellt sich aber die Frage, wie eine solche Labilisierungen erfolgen kann. Sie können nicht durch einfache Wiedergabe von Wissen erfolgen, sondern müssen mit Hilfe von Coaching, Mentoring oder Trainings erreicht werden (vgl. Heyse, 2010: 71). Speziell im

Bereich der Output-Orientierung stehen beobachtbare Leistungen im Fokus, wobei durch gezieltes Training Kompetenzentwicklung gefördert werden kann (vgl. Hoffmann, 1999: 283). Zusätzlich können Kompetenzen aber auch in verschiedenen Situationen, in Form unterschiedlicher Lernformen, gelernt werden.

4.12.2 Lernformen

Für die Entwicklung von Kompetenzen sind Unterschiedliche Faktoren essenziell. Erlebnislernen- und handeln, situiertes Lernen und Handeln, Erfahrungslernen und -handeln, sowie Expertise-Gewinn und Expertise werden etwa von Heyse (2010: 71) genannt. Gnahs (2010: 31) bringt in diese Entwicklung von Kompetenzen auch noch weitere Wege des Lernens ein: Impliziertes Lernen, Sozialisation, informelles Lernen, non-formales Lernen, formales Lernen.



Abbildung 21: Wege zur Entwicklung von Kompetenzen, auf in der Arbeit verwendete Begriffe übersetzt (Gnahs, 2011: 30, eigene Abbildung)

Impliziertes Lernen oder auch Lernen „en passant“ kann als „nicht-intentionales, unbewusstes und nicht verbalisiertes Lernen“ interpretiert werden, bei denen den Personen selbst nicht klar ist, dass sie dabei lernen (vgl. Gnahs, 2010: 38). Es entsteht durch Handlungen und Lebenszusammenhänge, bei denen Kompetenzentwicklung keine vorrangige Rolle einnimmt, aber Reagieren und Agieren in spezifischen Situationen erfordern und das Lösen von Problemen oder Erreichen von Zielen im Mittelpunkt steht. Es kommt

auch hier in Folge zu einer Kompetenzentwicklung. Teilweise wird diese Form von Lernen aber auch als Teil des informellen Lernens gesehen (vgl. Dohmen, 2001: 34ff.).

Formales Lernen findet in Institutionen statt, bei denen Lernen organisiert, gesteuert, bewertet und zertifiziert wird. Die verliehenen Dokumente wie Zertifikate, Zeugnisse oder Diplome berechtigen meist zu weiterführenden Bildungsgängen oder zur Berufsausübung (vgl. Gnahs, 2010: 34).

Sozialisation beschreibt einen Prozess, welcher mit der Geburt jedes Menschen beginnt und mit dessen Tod endet (vgl. Gnahs, 2010: 32). Individuen werden durch diesen Prozess sozial handlungsfähig indem Werte und Normen der Gesellschaft verinnerlicht werden (vgl. Feldmann, 2006⁴: 239).

Non-formales Lernen oder auch nicht-formales Lernen genannt, stellt jenen Bereich des Lernens dar, der nur bedingt zu Zertifikaten, Abschlüssen oder Zeugnissen führt. Es handelt sich aber sehr wohl um organisierte (Weiter-)Bildungsangebote. Wichtige Elemente von non-formalen Lernprozessen sind Freiwilligkeit und Offenheit des Zugangs. Die Rolle von Lerninhalt, -gruppe, -methode und -ergebnissen ist sogar noch bedeutender als in der formalen Bildung (vgl. Nuisl, 2014: 50f.).

Informelles Lernen hingegen beschreibt jenen Bereich der (Weiter-)Bildung, der nicht fremdorganisiert, aber auch nur teilweise selbstorganisiert ist. Es führt auch zu keinen Zertifikaten oder Abschlüssen (vgl. Nuisl, 2014: 52).

Lernen erfolgt also in unterschiedlichen Formen sowie Situationen und ist „lebensumspannend“. Lernprozesse finden etwa auch in der Familie, Zivilgesellschaft, Vereinen, Freizeitaktivitäten oder eben auch im Zuge der Arbeit statt (vgl. Stahl, 2005: 31). Betrachtet man all diese unterschiedlichen Formen von Lernen und die vielfältigen Lernsituationen und -arrangements, die zur Entstehung von Kompetenzen führen, sollte klar ersichtlich werden, dass in jeglichen Situationen des Lebens gelernt wird. Lernen ist also ein Teil des Menschen. Es kann demnach schlussgefolgert werden, dass man nicht nichtlernen kann (vgl. Gruber & Klemenjak, 2016: 40).

4.12.3 Verhältnis von Lernen und Kompetenzen

In den vorangegangenen Kapiteln wurde im Sinne der Kompetenzentwicklung auf den Prozess des Lernens Bezug genommen. In unterschiedlichen wissenschaftlichen Diskursen

wird die Beziehung von Lernen und Kompetenz unterschiedlich aufgefasst. Während teilweise Lernen und Kompetenzentwicklung gleichgesetzt werden, gibt es auch Diskurse, welche dies nach Lernertypen und Lernarrangements unterscheiden. Im Bereich der Bildung von Erwachsenen wird häufig der Terminus Kompetenz verwendet, während für schulische Belange Lernen der gängige Begriff ist (vgl. Schmidt, 2005: 174).

Eine Möglichkeit ein Verhältnis beider Begriffe darzustellen, ist, dass Kompetenzentwicklung als Ziel von Lernen interpretiert werden kann, wobei Lernen einen Modus von Kompetenzentwicklung darstellt. Die Entwicklung von Kompetenzen setzt zwar Lernprozesse voraus, diese können aber nicht gelehrt werden (vgl. ebd.: 174). Ebenfalls muss die zeitliche Komponente beider Begriffe betrachtet werden.

Ein Beispiel, um dieses Konstrukt zu illustrieren, kann in Schmidt (2009) gefunden werden:

„Als Können realisierte Lernresultate belegen für den Beobachter den Erfolg vorangegangener Lernprozesse (vorher konnte jemand X nicht, jetzt kann er X), während unterstellte Kompetenzen im Modus Vertrauen wie Blankoschecks auf die Zukunft gehandelt werden müssen (wir nehmen an, dass dieser Jemand in der Lage sein wird, das Problem X kreativ zu lösen).“ (2009: 175)

Der hier vorliegenden Forschung liegt also die Annahme zu Grunde, dass Kompetenzentwicklung und Kompetenzerwerb Lernprozesse voraussetzen. Die Orientierung an der Performanz wird nicht wegen ökonomischer Interessen als relevant erachtet, allerdings auf Grund der Notwendigkeit einer kompetenten PatientInnenversorgung.

4.12.4 Lernergebnisse

Der Wandel der Bildungspolitik hin zu einer Output-Orientierung äußert sich häufig in einer Beschreibung von Lernergebnissen (vgl. Müller, 2012: 447). Diese Art von Kompetenzentwicklung zu beschreiben wird etwa durch die Europäische Kommission forciert (vgl. 2018b). Dem zu Grunde liegt die Annahme, dass Kompetenzen anhand der Performanz in einem Lernfeld realisiert und dann in unterschiedlichen didaktischen Formen dokumentiert werden können (vgl. Müller, 2012: 457).

Alternative Erfassungsmethoden, die durch die Kompetenzorientierung und die damit verbundene Validierung von Lernergebnissen verknüpft werden, sind etwa Portfolio-Assessments oder Kompetenzpässe (vgl. Zürcher, 2010: 04-4).

Eine bewusste Auseinandersetzung mit der Erstellung von Lernzielen ist eine Grundvoraussetzung für eine sinnvolle Erarbeitung von eben diesen. Anleitungen, worauf bei der Erstellung geachtet werden muss und welche Grundlagen zu berücksichtigen sind, gibt es mehrere, wobei hier im Speziellen Tipps auf Weiterbildungs-Portalen (vgl. Frei & Paar, 2017; Gundermann, 2016) genannt werden können und die umfassende Beschäftigung damit bei Schermutzki (2007).

Der Unterschied des mit den Schlagwörtern „Kompetenzorientierung“ oder „Lernergebnissen“ verknüpften Lernfeldkonzeptes gegenüber einem traditionellen, meist in Fächern organisierten Unterricht ist eine Umkehrung der Perspektive der Herangehensweise an das Lernen der Individuen. Während als Basis oft fachtheoretische Grundlagen forciert und anschließend mit praxisnahen Beispielen unterlegt wurden, vollzog sich ein Wandel hin zu einer beruflichen Aufgaben- und Problemstellung. Diese wurden aus einem Handlungsfeld entwickelt und für den Lernprozess didaktisch aufbereitet, um möglichst berufliche Handlungsfähigkeiten entwickeln zu können (vgl. KMK, 2011: 11). Aus diesem Grund ist auch die Formulierung eines Handlungsfeldes für Lernziele notwendig.

Generell kann gesagt werden, dass sich Handlungsfelder an Aufgaben und Problemen, welche durch berufsbezogene Prozesse entstehen, orientieren. Es werden aber auch gesellschaftliche und individuelle Anforderungen berücksichtigt, welche das Berufsfeld mit sich bringen. Aus einem Handlungsfeld ist es dann auch durch Reflexion und einer didaktisch funktionalen Aufbereitung möglich, Lernfelder zu entwickeln, die etwa für Rahmenlehrpläne genutzt werden können (vgl. KMK, 2011: 31). Dies führt natürlich nicht nur zur einer Neu- sondern auch zu Weiterentwicklungen von Curricula und der damit verbundenen Didaktik. Die Entwicklung, Messung und Bewertung von Kompetenzen (oder auch Lernfeldern) stellen Lehrkräfte vor immer neue Herausforderungen. (vgl. Müller, 2012: 447).

Auch die Validierung von Lernzielen ist ein Thema in der österreichischen Bildungspolitik. Eines der Ziele der Validierungsstrategie des BMBWF (2017:12) lautet „die Förderung der Lernergebnisorientierung und Qualitätssicherung“. Hierbei sollen Validierungsprozesse lernergebnisbasiert und qualitätsgesichert sein. Eine enge Abstimmung mit den Instrumenten auf europäischer Ebene wie EQR/NQR, ECVET oder ECTS wird gefordert. Dies soll zu einem gemeinsamen Erreichen der Ziele, wie etwa Transparenzsteigerung und Durchlässigkeit, sowie Flexibilität bei Bildungsprozessen führen. Diese von der europäischen Bildungspolitik getragene Strategie zur Validierung von Lernergebnissen soll in von Form Darstellung,

Anerkennung, Zertifizierung und Übertragbarkeit von Kompetenzen, Kenntnissen und Fertigkeiten erfolgen (vgl. Bohlinger, 2010: 38).

Am Ende dieses Kapitels sollte nochmals festgehalten werden, dass Lernziele keine Kompetenzen sind. Lernziele werden zum Teil als konkreter und genauer als Kompetenzen interpretiert, da diese oft in unterschiedlichen Kontexten abweichende Bedeutungen haben (vgl. CEDEFOP, 2009: 11). Genau das stellt aber einen Vorteil von Kompetenzen dar, die sehr komplex und individueller als Lernergebnisse sind (vgl. Zürcher, 2010: 04-9).

4.13 Validierung und Anerkennung von Kompetenzen

Im Sinne traditioneller Anerkennung und Zertifizierung von Kompetenzen, bestehend aus Fertigkeiten, Fähigkeiten und Wissen, erfolgten Anrechnungen für allgemeine sowie berufliche Kompetenzen auf Basis von Zertifikaten als Nachweise für Kompetenzen. Diese berechtigten dann zu weiterführenden Tätigkeiten im Bildungssystem oder der Berufsausübung (vgl. Gruber & Nuissl, 2018).

Dieses Verständnis änderte sich allerdings in den letzten Jahren grundlegend, wobei häufig der Begriff *Validierung* Anwendung findet. Eine Validierung stellt laut dem Verständnis der Europäischen Kommission ein Verfahren dar, welches durch eine zugelassene Stelle anhand von Standards eine Bestätigung von Lernergebnissen erfolgt. Solche Validierungen können in 4 Schritte unterteilt werden. Zuerst erfolgt in Form eines Gesprächs eine *Identifizierung* der Erfahrungen einer Person. Anschließend werden diese Ergebnisse in Form einer *Dokumentierung* sichtbar gemacht. Die weiteren Schritte sind dann eine formale *Bewertung* sowie die *Zertifizierung*, welche teilweise oder vollständige Qualifikationen aufweist (vgl. Rat der EU, 2012).

Heutzutage geht es darum, Kompetenzen anerkennen und diese für Berufe nützen zu können. Die Frage woher diese Kompetenzen, die sich meistens im Lebenslauf finden, kommen, sprich ob sie formal oder informell entwickelt wurden, rückt immer mehr in den Hintergrund (vgl. Arnold, 2017^{3a}: VII). Dieser Umstand kann gegenwärtig vor allem im Bereich der Weiterbildung ausgemacht werden. Die traditionsreichen Formen von Kompetenzfeststellung und -anerkennung werden zunehmend in Frage gestellt und durch Outcome-orientierte Verfahren ersetzt, wie etwa in Form von Lernergebnissen (vgl. Gruber & Nuissl, 2018). Die Sichtbarmachung dieser formal oder non-formal erworbenen Kompetenzen spielt dabei eine immer bedeutendere Rolle, worauf in der wissenschaftlichen

Auseinandersetzung mit dieser Thematik eingehend Bezug genommen wird (vgl. Colardyn, 2001). Ein nicht zu unterschätzender Faktor dabei ist aber, dass es im Bereich non-formalen Lernens ebenfalls Voraussetzungen für die Zuordnung zu Qualifikationsrahmen gibt, wie etwa Vollständigkeit, Genauigkeit und Angaben zu Outputs, wie etwa in Form von Lernergebnissen (vgl. Nuissl, 2014: 51).

Zusätzlich zu diesen Möglichkeiten, die auf Dokumenten basieren, gibt es aber Kompetenzerfassungsmethoden, die sich mit informell erworbenen Kompetenzen beschäftigen, zu denen es also keine Zertifizierungen gibt, sie aber trotzdem erfasst und bewertet werden können. Exemplarisch können hier etwa APEL (Accreditation of Prior Experiential Learning) und PLAR (Prior Learning Assessment and Recognition) genannt werden (vgl. Annen, 2012: 287ff.). Ein bewährtes Pendant aus dem deutschsprachigen Raum wäre etwa ProfilPASS (vgl. Neß et al. 2007²: 388ff.)

Im Zuge einer ExpertInnenbefragung wurden auch die Ziele von Validierungsverfahren untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass die generelle Verwertbarkeit am Arbeitsmarkt sowie die Erstellung eines Validierungsdokumentens zur teilweisen oder vollen Gleichwertigkeit zu einem Referenzberuf als wichtigste Komponente mit 72 bzw. 86 Prozent interpretiert wurden. Formale Abschlüsse hingegen wurden nur bei etwa der Hälfte der Befragten als Ziel gesehen. (vgl. Gutschow & Jörgens, 2018: 10).

4.13.1 Validierungsstrategie in Österreich

Nachdem auf europäischer Ebene seit mehreren Jahren der Ruf nach Validierungen von Qualifikationen und Kompetenzen erfolgt, entwickelte Österreich ebenfalls eine Strategie, um eine Validierung von unterschiedlichen Formen von Bildung zu ermöglichen.

Nach einem zähen, mehrere Jahre andauerndem Entwicklungsprozess wurde die „Strategie zur Validierung nicht-formalen und informellen Lernens in Österreich“ veröffentlicht. Als Grundlage für die Validierung von Bildungsprozessen fördert sie Entwicklung, Koordination und Qualitätsmaßnahmen (vgl. Luomi-Messerer, 2019: 2-02ff.). Die konkreten strategischen Ziele dieser Validierungsstrategie sind:

- „Ziel 1: Aufwertung nicht-formal und informell erworbener Kompetenzen [...]
- Ziel 2: Schaffung von Zugang zu Validierung [...]
- Ziel 3: Verbesserung der Chancen auf Bildung und Arbeit [...]
- Ziel 4: Verbesserung der Durchlässigkeit im österreichischen Bildungssystem [...]

- Ziel 5: Stärkung der Validierung als integraler Bestandteil des österreichischen Bildungssystems [...]
- Ziel 6: Förderung der Lernergebnisorientierung und Qualitätssicherung [...]“ (BMB: 2017: 10ff.)

Als eine Basis dieser Strategie muss mit Sicherheit der Europäische Qualifikationsrahmen genannt werden.

4.13.2 EQF / EQR

Der EQF (European Qualification Framework) oder EQR (Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen) stellt ein gemeinsames europäisches Referenzsystem dar, das auf internationaler Ebene die nationalen Qualifikationssysteme, in Österreich ist dies wie nachfolgend beschrieben wird der NQR, verknüpfen soll. Gleichzeitig steht der EQF dafür, die Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit von Qualifikationen auf unterschiedlichen Niveaus im europäischen Kontext zu verbessern (vgl. EK, 2019: 5). Die proklamierte politische Zielsetzung ist dabei, berufliche Kompetenzen „wie eine gemeinsame Währung“ zu verwenden und dabei Mobilitäten, Durchlässigkeiten zwischen unterschiedlichen (nationalen) Bildungssystemen sowie lebenslanges Lernen zu ermöglichen (vgl. Erpenbeck, 2006c: 9).

Als zentraler Teil des Kopenhagen-Prozesses wurde der EQF 2008 seitens des europäischen Parlaments und des Rates vorgestellt. Er beinhaltet 8 Niveaustufen, die von grundlegender Allgemeinbildung bis zu Spitzenkenntnissen im Universitäts- oder Arbeitsbereich reichen. Die Hochschulabschlüsse Bachelor, Master und PhD des Bologna-Rahmens entsprechen den Stufen 6-8. Um zu verdeutlichen, dass aber auch Arbeitsqualifikationen auf diese Niveaus fallen können, wurde etwa die Ausbildung zum Meister in Österreich und Deutschland auf Stufe 6 gesetzt (vgl. Klenk, 2018).

Bei der Einführung des EQF wurden unterschiedliche Dimensionen der Qualifikationen in Form von *Fähigkeiten*, *Fertigkeiten* und *Kompetenzen* gefordert. Erpenbeck (2007b) ordnete die bei der Erstellung des EQF angeführten Kompetenzen (vgl. Europäische Kommission, 2005: 13) den 4 Grundkompetenzen des Kompetenzatlas zu. Demnach entspricht „kognitive Kompetenz, die den Gebrauch von Theorien/Konzepten einschließt, aber auch implizites Wissen (tacit knowledge), das durch Erfahrung gewonnen wird“ Kompetenzen der Grundkompetenzen Fachkompetenz (F). „Funktionale Kompetenz (Fertigkeiten, Know-how), die zur Ausübung einer konkreten Tätigkeit erforderlich ist“ wurde Aktivitäts- und Handlungskompetenz (A) eingeordnet. Eine eindeutige Zuordnung von „personaler

Kompetenz, die das Verhalten/den Umgang in/mit einer gegebenen Situation betrifft“ wurde zwar Personaler Kompetenz (P) zugeordnet, beinhaltet aber auch Elemente der Aktivitäts- und Handlungskompetenz (A). „Ethische Kompetenz, die bestimmte persönliche Werte umfasst“ kann ebenfalls in der Personalen Kompetenz (P) lokalisiert werden. „Soziale Werte“ hingegen betreffen die Sozial- kommunikative Kompetenz (S).

In der aktualisierten Form des EQF wird seit 2016 allerdings nicht mehr auf *Fähigkeiten*, *Fertigkeiten* und *Kompetenzen* Bezug genommen. *Kompetenzen* wurden durch *Selbstständigkeit und Verantwortung* ersetzt. Dies wurde damit begründet, dass Kompetenzen als eigenverantwortliches und selbstständiges Handeln ausgelegt wurden, weswegen dies terminologisch auf *Selbstständigkeit* und *Verantwortung* geändert wurde (vgl. EK, 2016: 4). Aktuell werden im EQF „Verantwortung und Selbstständigkeit als die Fähigkeit einer/eines Lernenden beschrieben, Kenntnisse und Fertigkeiten selbstständig und verantwortungsbewusst anzuwenden“ (EK, 2019: 19). Der Begriff Kompetenz wird aber in den Beschreibungen und Ausführungen zum EQF weiterhin verwendet, was zu Unklarheiten führt (vgl. EK, 2019).

Nichtdestotrotz stellt der EQF ein erfolgreiches System zum Vergleich von Qualifikationen auf internationaler Ebene dar. Seit dem Beginn im Jahr 2008 beteiligen sich immerhin 39 europäische Länder am EQF. Während davon 28 EU-Mitgliedstaaten waren, beteiligten sich auch weitere 11 europäische Staaten daran. 2019 waren von immerhin 34 dieser Länder deren jeweilige nationale Qualifikationsrahmen dem EQF zugeordnet (vgl. CEDEFOP, 2019; EK, 2019: 26). Zu diesen nationalen Zuordnungen zählt auch die österreichische Variante, der Qualifikationsrahmen, der NQR.

4.13.3 NQR

Die österreichische Variante der EQF stellt der sogenannte NQR, der Nationale Qualifikationsrahmen, dar. Die Österreichische Koordinierungsstelle für den NQR, NKS beschreibt den NQR als „ein Übersetzungsinstrument zwischen den verschiedenen Qualifikationssystemen und deren Niveaus für alle Bereiche der Bildung in Österreich zu schaffen“ (OEAD, o.D.). Der Hintergrund dieses Qualifikationsrahmens ist es, verschiedene Ausbildungen vergleichbar zu machen und Transparenz in Österreich sowie auch in weiterer Folge in Europa durch den EQR, zu schaffen (vgl. BMG, 2014). Die Grundintention ist es, Qualität der Bildungssysteme fördern.

Ein für die Arbeit relevantes Ziel des EQF und NQR stellt auch die Förderung der Zusammenarbeit und des Vertrauens von allen an den Handlungen der jeweiligen Profession beteiligten Akteuren dar. Ein Element des NQR für RS bis NKI im Ö-RD sollte es daher auch sein, dass etwa andere Akteure, die unmittelbar mit dem Rettungsdienst betreut sind in den Beschreibungsprozess eingebunden werden.

Die Grundlage für die Beschreibungen und Zuordnungen des NQR bildet einerseits der bereits beschriebene EQF, andererseits das 2016 eingeführte österreichische NQR-Gesetz (vgl. RIS, 2020d). Die Beschreibungen für den NQR wurden 2012 dem EQF angepasst und werden seitdem ständig erweitert (vgl. Cedefop, 2019). Als Grundlage für die Zuordnung zu den jeweiligen Stufen dienen Lernergebnisse (vgl. BMG, 2014).

Im NQR erfolgen die Feststellungen der Qualifikationen anhand von Deskriptoren und deren Erläuterungen auf Basis der drei Dimensionen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen (vgl. NKS, 2019²: 23). Dies wurde für den EQF 2016 geändert, da *Kompetenzen in Verantwortung* und *Selbstständigkeit* geändert wurden (vgl. EK, 2016: 4). Die Nichtvereinbarkeit der Definition von Kompetenzen des EQF und Lernergebnissen für den NQR war bereits 2007 thematisiert worden (vgl. Lassnigg & Vogtenhuber, 2007: 43). Im NQR-Gesetz wurden die 2016 vorgeschlagenen Neuerungen allerdings nicht umgesetzt und der Wortlaut Kompetenzen eingeführt (vgl. RIS, 2020d). Beschreibungen und Zuordnungen für den NQR und die Beschreibungen von Lernzielen stammen meist von Zeiten vor dieser Änderung des EQF und der Einführung des Gesetzes (vgl. Zürcher et al. 2012; Koreimann & Hackl, 2011²; BMUK&BMBF: 2011).

4.13.3.1 Zuordnungen: DQR, NQR, EQF

Eine Übersicht zum aktuellen Stand der Zuordnungen kann auf der Webseite: www.qualifikationsregister.at gefunden werden, wobei allerdings noch eine geringe Anzahl an Qualifikationen dem NQR zugeordnet wurden. Der letzte zugängliche Bericht auf EU-Ebene stammt noch von 2011, gibt aber eine gute Übersicht zu den österreichischen Bestrebungen der Zuordnung des NQR zum EQF (vgl. BMUK & BMWF: 2011).

Grundsätzlich gibt es aber auch schon unterschiedliche Zuordnungen, welche für diese Arbeit von Relevanz sind. Es werden hier diverse Berufe und Schulbildungen angeführt sowie Rettungsdienstausbildungen in Deutschland, um eine Vergleichbarkeit mit den österreichischen Ausbildungen zu erhalten.

Klarheit herrscht bei Stufe 4 zu Lehrabschlüssen oder Stufe 5 für BHS Abschlüsse. Die Qualifikation des Ingenieurs sowie Meisterprüfungen wurden Stufe 6 zugeordnet. Des Weiteren wurden die Abschlüsse des Bologna-Prozesses ebenfalls dem NQR zugeordnet: Bachelor (6), Master (7) und PhD (8). (WKO, 2019) Bei dieser Aufzählung fällt auf, dass oft Bildungs- und Berufsabschlüsse auf der gleichen Stufe zugeordnet sind. Es besteht allerdings für einen Meister beispielsweise kein Anspruch auf einen akademischen Titel, der Arbeitsmarkt steht dieser Person aber für Anstellung, die das Level 6 erfordern, offen. Eine genaue Unterteilung kann in nachstehender Tabelle gefunden werden.

Niveau	Qualifikation
1	Zertifikate und Teilqualifikationen zu verschiedenen beruflichen Qualifizierungen, z.B.: Staplerführerschein (vgl. Koreimann & Hackl, 2011 ² :6)
2	<u>Mittelschule*</u> (WKO, 2019), Zertifikate und Teilqualifikationen (vgl. Koreimann & Hackl, 2011 ² :6)
3	RettAss - 2-jährige Ausbildung (Würtenberger, 2014: 22) RettungssanitäterInnen* – 300 Stunden (BMGFJ, 2008: 35, Koreimann & Hackl, 2011 ² :6) <u>Hauswirtschaftsschule</u> (WKO, 2019)
4	Deutscher NotSan – 3-jährige Ausbildung (Würtenberger, 2014: 22) NotfallsanitäterInnen Österreich* – 900 Stunden (BMGFJ, 2008: 35) <u>AHS-Reifeprüfung*</u> , <u>Berufsreifeprüfung*</u> (WKO, 2019) Lehrabschlüsse (WKO, 2019) MilitärberufsunteroffizierIn (Mayr & Tritscher-Archan, 2019)
5	<u>HTL Reife- und Diplomprüfung</u> (WKO, 2019)
6	<u>Bachelor</u> (RIS, 2020d) Ingenieur, Meister (WKO, 2019)
7	<u>Master</u> (RIS, 2020d) Ziviltechniker* (WKO, 2019)
8	<u>PhD</u> (RIS, 2020d) Klinische Psychologie (Mayr & Tritscher-Archan, 2019)

Tabelle 7: Zuordnungen zum NQR, DQR, EQF

Tabelle 7 beschreibt die Zuordnungen der Berufe und Ausbildungen zu den 8 Stufen des EQF. Der überwiegende Teil der Begriffe sind Berufsausbildungen und speziell für den Arbeitsmarkt relevant, jene, die unterstrichen wurden, sind Bildungsabschlüsse. Wurde den Abschlüssen ein Stern (*) hinzugefügt, handelt es sich noch um nicht fix zugeordnete Qualifikationen, sondern Hypothesen zum NQR.

Vergleicht man die Ergebnisse der deutschen DQR Zuteilung mit jenen des Zuordnungsberichtes des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend von 2008, so werden RS und NFS in Österreich gleich hoch eingestuft wie Deutsche SanitäterInnen (Vgl. Würtenberger, 2014; BMGFJ, 2008). Dies ist insofern erstaunlich, da die Ausbildungsdauer in Österreich viel geringer ausfällt. Ein RS durchläuft 260 bzw. 300 Stunden Ausbildung, was weniger als 2 Monaten entspricht, und ein NKI 1640 Stunden, einem Ausbildungsjahr entsprechend (vgl. RIS 2019a). Vergleichsweise dauert die Ausbildung des 2013 eingeführten deutschen Notfallsanitäters 3 Jahre, dieser wurde in Stufe 4, wie der Österreichische NFS mit 900 Stunden Ausbildung, zugeordnet (vgl. Würtenberger, 2014: 22). Bei der Zuordnung des Bundesministeriums wurden RS der Stufe 3 und NFS der Stufe 4 zugeordnet (vgl. BMGFJ, 2008: 35, Schlögl, 2008: 227ff.). Der ehemalige deutsche Rettungsassistent mit einer zweijährigen Ausbildung, wurde demnach auf einer Stufe mit dem Österreichischen RS zugeordnet (vgl. Würtenberger, 2014: 22, BMGFJ, 2008: 35). Die Zuordnung von NKI, welche etwas weniger als das Doppelte des NFS beträgt, erfolgte im Zuge der Workshops zur Zuordnung zum NQR nicht. In dieser Stellungnahme finden sich zudem keine RettungsdienstexpertInnen, welche an der Erarbeitung teilgenommen haben, als auch keine Zitate von Berufs- oder Interessenvertretungen wie etwa der Krankenpflege, was den geringen Status dieser Berufsgruppe innerhalb des Ministeriums zu offenbaren scheint. Mittlerweile sollte aber bei ähnlichen Zuordnungen zumindest auch die Vertretung der Österreichischen SanitäterInnen und der Bundesverband Rettungsdienst (BVRD) teilnehmen können, was zur Zeit der Erarbeitung 2008, noch nicht möglich war. Eine Übersicht zur weiteren möglichen Zuordnung von Qualifikationen zum NQR kann im Handbuch für die Zuordnung gefunden werden (vgl. NKS, 2019²).

4.13.3.2 Validierung von Tätigkeiten im Österreichischen Rettungsdienst

Neben den bereits beschriebenen Einordnungen der Berufsausbildungen wurden auch mehrere Versuche unternommen Tätigkeiten, die nicht direkt bei der Ausbildung erlernt wurden, sprich nicht-formale Kenntnisse, in den NQR miteinzubeziehen. Hierbei waren vor allem Freiwilligentätigkeiten im Fokus.

Aufbauend auf einer Initiative, bei der die Anrechenbarkeit von Freiwilligentätigkeiten in Österreich thematisiert wurden (vgl. Schlögl & Neubauer, 2010) wurden auch für RS (wie auch für Ersthelfer und Mitglieder von Freiwilligen Feuerwehren) Lernziele formuliert, die im Sinne der LLL – Strategie Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen kenntlich und nutzbar

machen sollten (vgl. Löffler & Gruber 2012: 42ff.). Zusätzlich gibt es aber auch etliche Möglichkeiten, Tätigkeiten und Ausbildungen, wie etwa NFS oder Führungskräfteausbildungen über weitere Wege der Kompetenzanrechnung validieren zu lassen (vgl. Schlögl & Neubauer, 2010: 7ff.; Kellner, 2015: 33ff.). Eine Möglichkeit der Validierung von LehrsanitäterInnen wäre etwa über die Weiterbildungsakademie Österreich denkbar (vgl. Gruber, 2014: 360ff.; Auzinger & Luomi-Messner, 2017: 48ff.).

Das BMASGK bietet auch einen Nachweis über Freiwillige Tätigkeiten auf www.freiwilligenweb.at an. Freiwilliges Engagement ist „ein Ort des Lernens und der Bildung, ein Ort der Persönlichkeitsentwicklung und des Erwerbs von Kompetenzen“ (vgl. Freiwilligenweb.at, 2018). Um diese Lern- und Bildungsprozesse sichtbar und für den Arbeitsmarkt bzw. eine Weiterentwicklung nutzbar zu machen, wurde dieser Nachweis eingeführt. Eine digitale Form dieses Nachweises ist ebenfalls verfügbar und kann von Organisationen online eingetragen werden (vgl. Freiwilligenpass.at, 2019).

Grundsätzlich muss aber erkannt werden, dass es hauptsächlich um die Anerkennung von Freiwilligen Tätigkeiten und weniger um eine Anerkennung der Berufe (RS bis NKI) geht und auch in Bezug auf Durchlässigkeit im Gesundheitssystem für SanitäterInnen in Ö kaum eine Möglichkeit besteht, die erworbenen Kompetenzen in einem anderen Beruf des Gesundheitswesens anrechnen zu können.

4.13.4 Kritik an Validierungen, Anerkennungen und Kompetenzmessverfahren

Trotz großer Euphorie rund um standardisierte Instrumente zur Erfassung von Kompetenzen gibt es auch etliche Vertreter, welche auf die Grenzen der oben genannten Möglichkeiten zur Validierung von Qualifikationen und Kompetenzen hinweisen.

Zuallererst muss festgehalten werden, dass die große Bedeutung, die Wissen und die Entwicklungen bezüglich Bildung, Lernen und Qualifikationen erfahren, hauptsächlich auf wirtschaftliche Beweggründe zurückzuführen sind und nicht auf Erkenntnisse der Pädagogik oder Andragogik (vgl. Gruber, 2001: 124). Die Orientierung an PatientInnen, wie in dieser Arbeit fokussiert, ist also, wenn es um gesellschaftliches Interesse geht, nicht gefragt, da Bildungsprozesse meist auf sozio-ökonomische Prozesse zurückzuführen sind. Anerkennungsverfahren und Kompetenzerfassungen liegen also zumeist wirtschaftlichen Interessen zu Grunde.

In dieser ökonomisch-geprägten, europäischen Bildungspolitik stellt die Validierung von Qualifikationen und Kompetenzen demnach einen wichtigen Faktor dar. Wendet man sich etwa bei der Formulierung von Kompetenzen oder Qualifikationen hin zu einer konstruktivistischen oder ermöglichungsdidaktischen Sichtweise, so wird ersichtlich, dass an Formulierungen verbindlicher Lernziele auf Grund „individueller Deutungs- und Verhaltensmuster“ gezweifelt werden muss (Lermen, 2010²: 188). Eine ausschließliche Orientierung an Lernergebnissen ist ebenfalls zu einseitig, um die Komplexität von Kompetenzen darstellen zu können (vgl. Zürcher, 2010: 04-9). Zum Teil wird auch bei der Formulierung von Lernzielen von „Lost in Translation“ gesprochen (vgl. Lassnigg, 2019: 08-5). Auch die Empfehlungen des Rates bezüglich des EQF für lebenslanges Lernen musste auf Grund von weiteren Problemen 2016 adaptiert werden (vgl. EK, 2016: 3ff.) Zusätzlich muss erkannt werden, dass Kompetenzmessverfahren wie etwa PISA oder PIAAC nur begrenzt Kompetenzen von Probanden darstellen zu können. Bei der Analyse und Darstellung von Kompetenzen geht es darum, Wissen in Form von Performanz und praktischem Können in einer Handlungssituation, verfügbar zu haben und dies zu beobachten und zu dokumentieren. Um valide, für das Berufsfeld relevante und umfassende Ergebnisse zu erzielen, bedarf es aber umfangreicher Dokumentation und Rekonstruktion, was in dieser Form bedingt möglich ist (vgl. Fischer, 2010: 247). Bei gänzlich kognitiv-orientierten Messverfahren wie etwa PISA ist dies kaum möglich, obwohl diese als kompetenzorientiert angepriesen werden (vgl. Erpenbeck, 2009: 89). Solche kognitivistischen Verfahren messen nur die Performanz, sprich das, was spezielle Personen üblicherweise tun (vgl. Sternberg & Ben-Zeev, 2001: 373). Auch das „Bulimielernen“, welches für die Bewältigung von Tests wie etwa PISA notwendig ist, sagt nichts über die Qualität des Bildungssystems oder die Kompetenzen der Lernenden aus (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2016: 1). Im Sinne von Kompetenzen und deren Darstellung geht es aber darum, zu welchen Handlungen Personen idealerweise im Stande sind (vgl. Sternberg & Ben-Zeev, 2001: 360). Betrachtet man die gegenwärtige Situation von Validierungs- und Anerkennungsverfahren, so wird ersichtlich, dass der Trend hin zu summativen Verfahren geht. In Österreich, aber auch generell der europäischen Bildungspolitik erfolgt dies weitestgehend unreflektiert (vgl. Lassnigg, 2019: 08-9). Dieser Umstand muss auch bei Auseinandersetzung mit der Einführung des NQR erkannt werden (vgl. Lassnig, 2013: 15ff.). Ein weiteres Problem mit dem NQR ist, dass eine Zuordnung im NQR etwa nur für jene Bildungsangebote Sinn macht, die regelmäßig stattfinden und zumeist zu Zertifikaten führen.

Andernfalls wäre der Aufwand zu groß, um eine Zuordnung zu initiieren (vgl. Erler, 2011: 10-02). Eine Übersicht des Prozederes der Anerkennung kann im Handbuch des NQR gefunden werden (vgl. NKS, 2019²).

Einen weiteren Kritikpunkt bezüglich der Validierung von Kompetenzen stellt speziell jener Bereich der informell erworbenen Kompetenzen dar. Gegenwärtig gibt es nur wenige Möglichkeiten solche Kompetenzen anzurechnen. Im Zuge einer Umfrage des deutschen Bundesinstituts für Berufsbildung bezweifelten beinahe 60 Prozent der TeilnehmerInnen, dass diese Art von Kompetenzen bis 2030 im Qualifikationsrahmen anerkannt werden. Für die Anerkennung bei Berufen waren dies etwa die Hälfte, dies entsprach auch den Werten der Anerkennung von Teilkompetenzen. Kennzeichnend war allerdings, dass jene Werte bezüglich des Wunsches von Anrechnungen deutlich höher waren als die Erwartungen diesbezüglich (vgl. Gutschow & Jörgens, 2018: 6ff.).

4.13.5 Umsetzung der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für den Ö-RD

Aus oben genannten Gründen wurde auch darauf verzichtet, auf schon definierte Lernziele wie etwa für RS (vgl. Löffler & Gruber, 2012) zurückzugreifen und Kompetenzbeschreibungen durchzuführen. Unterschiedliche SanitäterInnen sollen in variablen Problem- oder Notfallsituationen eine möglichst kompetente PatientInnenversorgung performen können. Dabei wäre aber eine reine Formulierung von Lernzielen zu restriktiv, um SanitäterInnen die Ausführungen ihrer Kompetenzen im Sinne eines individuellen Handlungsrahmens zu ermöglichen. Auf Grund der gesetzlichen Lage und des SanG (vgl. RIS, 2020a) als Basis, müssen diese Tätigkeiten natürlich immer im Rahmen des Gesetzes durchgeführt werden. Dies ändert sich natürlich auch bei Anpassungen oder der Einführung eines neuen Gesetzes nicht.

4.14 Kompetenzmessung

Grundsätzlich sind Kompetenzen nicht direkt überprüfbar. Durch eine Handlungsausführung oder Performanz in Folge der Realisierung von erlernten Fähigkeiten, besteht aber die Möglichkeit, Kompetenzen zu erschließen und bewertbar zu machen (vgl. Heyse, 2010: 69). Es ist weitestgehend anerkannt, dass Kompetenzerfassungen mit unterschiedlichen Methoden und unterschiedlicher Exaktheit durchgeführt werden können. Dies wurde etwa durch Vorreiter wie Gnahs (2010, 2011) oder Erpenbeck & von Rosenstiel (2007²) schon vor

Jahren belegt. Darauf folgten etliche Sammelbände, in denen die Relevanz von Kompetenzmessungen in der beruflichen Praxis unterstrichen wurde (vgl. Niedermair, 2012a; Heyse et al, 2015).

Der erste Ansatz einer Messung von Kompetenz geht auf D. McClelland (1973) zurück, welcher als Motivationspsychologe im Zuge des „competency approach“ Kompetenzen messbar machen wollte, was allerdings gänzlich ohne eine Definition eines Kompetenzbegriffes erfolgte. (1973: 2, 65)

In der Praxis bewährte sich eine Erfassung von Kompetenzen vor allem durch Beobachtung in Real- oder Simulationskontexten. Wenn möglich, sollen ergänzend Motive und Werte von Personen erschlossen werden, da Situationen sonst rein beobachtend erschlossen werden und nur die Performanz erfasst werden kann (vgl. Lang-von Wins, 2009: 270). Eine eindimensionale Kompetenzmessung sollte trotz einer scheinbaren Beurteilungssicherheit vermieden werden. Es sollten stets auch Persönlichkeitsmerkmale wie Stress- und Misserfolgsmuster miteinbezogen werden (vgl. Hochreiter & Zehetner, 2012: 373).

In den letzten Jahrzehnten versuchte man sich in der Gesellschaft immer stärker an Kompetenzen zu orientieren, was eine Erfassung, Einschätzung und mitunter Zertifizierung der Kompetenzen unerlässlich machte (vgl. Strauch et al. 2009: 23). Des Weiteren müssen auch noch Dokumentation, Beratung, Einstufung, Lernprozess- und Erfolgskontrolle sowie Prüfungen als mögliche Anwendungsfelder von Kompetenzmessung genannt werden (vgl. ebd.: 25,42f.).

4.14.1 Formen von Kompetenzmessung

Bezieht man sich auf die umfangreichen Ergebnisse von Kompetenzmessungen aus der Praxis, so stößt man unweigerlich auf qualitative Charakterisierung von Kompetenzen, etwa in Form eines Kompetenzpasses. Quantitative Kompetenzmessung in Form von Kompetenztests finden ebenso regen Anklang (vgl. Erpenbeck, 2012). Zusätzlich gibt es aber auch noch weniger etablierte Methoden, wie eine komparative Beschreibung, z.B. als Kompetenzbiographien (vgl. Erpenbeck & Heyse, 2007²; Lang-von Wins, 2009). Zusätzlich müssen auch die beobachtbare Erfassung von Kompetenzen in Kompetenzsituationen oder eine simulative Abbildung durch Kompetenzsimulation genannt werden (vgl. Erpenbeck, 2007b).

Eine weitere Möglichkeit Kompetenzerfassung zu kategorisieren, beinhaltet folgende vier Formen: *Befragung*, *Beobachtung*, *Materialanalyse* und *Mischverfahren* (vgl. Strauch et al. 2009: 40f.). Befragungen können mündlich in Form von Interviews oder Beratungsgesprächen (vgl. ebd.: 87ff.) sowie schriftlich als Fragebogen oder Tests (vgl. ebd.: 97ff.) erfolgen. Beobachtungen können dazu dienen, den Lernprozess, Probehandeln oder Rollenspiele zu dokumentieren (vgl. ebd.: 44ff.). Materialanalysen können anhand von Portfolios (vgl. ebd.: 73ff.), Hausaufgaben, Lerntagebüchern (vgl. ebd.: 55ff.), Bildern, Videos oder Arbeitsprodukten realisiert werden. Letztlich sind noch Mischverfahren in Form von Assessment-Centern oder Kompetenzpässen durchführbar (vgl. ebd.: 109ff.).

Die Bewertungen der unterschiedlichen Arten von Kompetenzmessung können in verschiedenen Formen erfolgen, dazu zählen etwa Zertifizierung, Beurteilung, Selbsteinschätzung oder Teilnahmebescheinigung.



Abbildung 22: Bewertungsformen von Kompetenzen (Gnahn, 2010: 48; eigene Abbildung)

Da in dieser Arbeit die erstellten kompetenzorientierten Anforderungsprofile im Fokus stehen und nicht die Messung dieser, wird die Thematik der Kompetenzmessung nicht umfassend behandelt. Ein Verfahren, welches aber unmittelbar in Zusammenhang mit dem als Grundlage für die beiden Anforderungsprofile für RS und NKI dienenden Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) steht, da die darin enthaltenen Kompetenzen somit direkt verwendet und gemessen werden können, ist KODE®X, welches ein Mischerverfahren, auch hybrides Kompetenzmessungsverfahren genannt (vgl. Heyse, 2012: 240), darstellt. Um einen kurzen Überblick zu geben und eine mögliche Verwendbarkeit für unterschiedliche Anwendungen wie Prüfungen oder Assessments anzuregen, soll dieses Verfahren in Kürze dargestellt werden.

4.14.1.1 KODE®X

KODE®X ist die Abkürzung für KompetenzDiagnostik und -Entwicklungs-Explorer. Das System beschreibt hierbei Grund- und Teilkompetenzen, mit denen Kompetenzprofile entwickelt werden können. Zusätzlich definiert es Entwicklungen von Kompetenzen und regt konkret an, Kompetenzentwicklung zu betreiben (vgl. Heyse, 2007: 12).

Ein weiterer Aspekt von KODE®X ist, dass es nicht auf starre Fähigkeiten oder Maßnahmen abzielt, sondern den Fokus auf die Entwicklung und Erfassung von Kompetenzen legt. Die Orientierung erfolgt anhand des Kunden, im Falle der Anforderungsprofile für den Ö-RD sind dies die PatientInnen und deren Versorgung. Das erstellte Material dient als Grundlage für eine Praxisimplementierung, welche für die Anpassung an die Gegebenheiten, Strategien und kulturellen Werte verwendet werden können. Das Rohmaterial, die Anforderungsprofile für österreichische SanitäterInnen, könnte mit Hilfe von KODE®X weiterverwendet werden. Dies ist aber nicht Ziel dieser Arbeit, die Ergebnisse sollen lediglich als Grundlage für weitere Forschungstätigkeiten dienen.

Kode® X bietet eine Scharnierfunktion und somit die Möglichkeit, auf folgende Bereiche einzugehen: Antizipative Personalfreisetzung und Anforderungsveränderung, Führung und Unternehmenskultur, Beurteilung und Leistungsorientierung, Ausbildung, Weiterbildung und Förderung, Potenzialanalyse und Personalauswahl und –einsatz, Personalbedarfsplanung und Personalcontrolling, Aufgabenbeschreibung und analytische Aufgabenbewertung (vgl. Heyse, 2010: 17). Für eine weitere Erarbeitung im Bereich des Ö-RD dürften vor allem die Bereiche Anforderungsveränderung, Aufgabenbeschreibung, Personalcontrolling, Potentialanalyse, Personalauswahl und –einsatz, sowie Aus- und Weiterbildung von Relevanz sein.

Ein weiterer Aspekt von KODE®X ist, dass dies folgenden Ziele verfolgt werden:

- „Ermittlung organisationsspezifischer Kompetenzanforderungen von strategischer Bedeutung und deren Übersetzung in personenspezifische Kompetenzanforderungen;
- Ableitung von tätigkeits- bzw. aufgabenspezifischen Kompetenzanforderungen;
- Diagnose personenspezifischer Kompetenzpotentiale und Kompetenzausprägungen und perspektivische Nutzung dieser;
- Diagnose individueller Führungsqualitäten;
- Vergleich der Anforderungen in Bezug auf Kernpositionen und des Erfüllungsgrades seitens der Kernpersonen;
- Differenzierte Anregungen zur selbstorganisierten Kompetenzentwicklung;
- Kompetenzzertifizierung.“ (Heyse, 2007: 11)

KODE®X stellt also ein potenziell wirkungsvolles und nützliches Tool zur Kompetenzdiagnostik von SanitäterInnen dar. Auf Grund dessen, dass die Profile im Fokus standen und nicht deren Messung sowie der unmöglichen Finanzierbarkeit durch den Autor, wurde keine Lizenz angeschafft.

4.15 Zusammenfassung Kompetenz

Kompetenzen sind Handlungsvoraussetzungen in spezifischen Kontexten, welche durch Erfahrung und Werte geprägt sind und selbstorganisiert entwickelt werden können. Im Sinne der beruflichen Bildung ist auch eine partielle Fremdorganisation etabliert. Prinzipiell beschreib- und messbar bieten Kompetenzen eine gute Basis, um die Abkehr eines traditionellen, rein-lehrzentrierten Bildungssystems zu schaffen. Da das Verständnis des Terminus Kompetenzen oft unterschiedliche Ausformungen aufweist, kommt es oft zu einer Verwässerung des Begriffes Kompetenzen. Um einen Überblick zu gewährleisten, wurden unterschiedliche Formen des Lernens und Lernergebnisse thematisiert, wie auch Mess-, Validierungs- und Anerkennungsverfahren rund um Kompetenzen sowie Kompetenzmodelle und -profile.

Der konstruktivistisch angehauchte Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) bietet zum Beispiel eine gute Möglichkeit, um das in dieser Arbeit verbreitete Verständnis von Kompetenzen in diversen beruflichen Kontexten zu thematisieren und Kompetenzprofile für die im Feld vorherrschenden Anforderungen zu erstellen sowie diese Kompetenzen zu messen.

4 verschiedene Arten von Kompetenzen werden in der Kompetenzarchitektur der erstellten Profile beschrieben. Als Grundvoraussetzung jeglicher Kompetenz stellen Metakompetenzen den Grundstock dar, um überhaupt kompetent im Sinne einer Profession, aber auch im privaten Leben zu sein. Die Teilkompetenzen des Kompetenzatlas fußen auf den 4 Grundkompetenzen Personale Kompetenz (P), Sozial- kommunikative Kompetenz (S), Aktivitäts- und Handlungskompetenz (A) und Fach- und Methodenkompetenz (F). Die jeweiligen Teilkompetenzen werden auf 2 Teile – Schlüsselkompetenzen oder MUST-Dos und Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas – CAN Dos aufgeteilt, um zu beschreiben, was SanitäterInnen können müssen bzw. sollen. Schlussendlich werden auch Querschnittskompetenzen thematisiert, die sich über mehrere Grundkompetenzen erstrecken und vom jeweiligen Kontext unabhängig sind.

5 Ablauf des Forschungsprojekts und der Methoden

Der Ablauf der Erstellung der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NotfallsanitäterInnen NKI kann in fünf Phasen unterteilt werden. Zuerst wurde

hermeneutisch eine Sekundäranalyse bestehender Literatur durchgeführt sowie Erhebungen im Feld angestellt, indem unterschiedliche Praktiken des Rettungsdienstes beleuchtet, erlebt und besprochen wurden. Dies erfolgte bereits ab dem Jahr 2013, in dem ein erstes Konzept und Exposé erstellt wurde, um eine Betreuungszusage für die Dissertation zu erhalten.

Als nächstes wurden die Vorarbeiten für die fünf Forschungsworkshops zur Erstellung der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI im Ö-RD erstellt. Es mussten sowohl theoretische Grundlagen geschaffen werden wie auch die komplette Organisation der Workshops inklusive der Stakeholder und Workshop-Lokationen durchgeführt werden. Im Anschluss wurden 2017 und 2018 die fünf Forschungsworkshops in unterschiedlichen (Bildungs-)Einrichtungen in Wien, St. Pölten, Graz, Klagenfurt und Innsbruck durchgeführt. In diesen Workshops wurden von SanitäterInnen in Österreich geforderte Kompetenzen anhand ihrer Relevanz bewertet und zum Teil beschrieben. Eine Dokumentation zur Erstellung der Profile erfolgte während der Workshops, welche unter Einbezug von Literatur zu den vorläufigen Anforderungsprofilen für RS und NKI führte.

Den nächsten Schritt stellte eine Evaluationsphase dar, bei der die in den Profilen enthaltenen Teilkompetenzen nach ihrem Status-Quo, der derzeitigen Ausprägung im Ö-RD, bewertet werden mussten. Zusätzlich wurde den Stakeholdern der Workshops die Möglichkeit geboten, die vorläufigen Profile zu sichten und etwaige Änderungen vorzuschlagen. Im Anschluss wurden die Profile noch mit Meta- und Querschnittskompetenzen ergänzt, womit die Profile finalisiert wurden. Als letzter Schritt erfolgten Vorschläge für Fort- und Weiterbildungen von RS und NKI hin zu einer Entwicklung speziell jener Kompetenzen, welche im Zuge der Status-Quo-Bewertung nicht ausreichend ausgeprägt waren.



Abbildung 23: Schematische Darstellung der fünf Schritte zur Erstellung der Anforderungsprofile für RS und NKI

Wie in Abb. 23 ersichtlich, kann der Ablauf des Forschungsprojekts in fünf Schritten beschrieben werden, wobei festgehalten muss, dass diese Systematik, wie im Zuge einer Dissertation üblich, nicht vom Beginn der Forschungstätigkeiten feststand, sondern sich im Laufe derer entwickelte. Die ursprünglichen Schwerpunkte wurden verworfen und neue Akzente gesetzt. Vom einem Professionalisierungsdiskurs im Ö-RD entwickelte sich die Arbeit hin zu kompetenzorientierten Anforderungsprofilen. Ausschlaggebend dafür war, dass es im Bereich der Grundlagenforschung zu Kompetenzen noch wenig bis keine Forschung für den Ö-RD gab. Aus diesem Grund wurden vorhandene Beschreibungen durch ExpertInnen aus dem Rettungsdienst und relevanter Schnittstellen im Sinne einer partizipativen Forschung in die Erstellung kompetenzorientiert Anforderungsprofile für RS und NKI eingebunden.

Nachfolgend soll ein Überblick zu den fünf Schritten der Erarbeitung der kompetenzorientierten Anforderungsprofile gegeben werden.

5.1 Literaturrecherche

Bereits im Jahr 2013 begann der Forscher damit eine umfangreiche sekundäre Literaturrecherche zu betreiben. In mehreren Bibliotheken österreichischer Universitäten und deren Onlinesystemen begann die Reise und wurde dann auf Veröffentlichungen und Dateien aus dem Internet ausgeweitet. Mehrere tausend fachspezifische Arbeiten wurden

dabei durchforstet. Diese umfassten auch Artikel, welche aus Magazinen und Fachbüchern entnommen wurden, aber auch aktuelle und mehrere Jahre alte Medienberichte, welche noch immer Aktualität besaßen. Ebenfalls wurden tausende Seiten aus Büchern digitalisiert, um diese danach weiter für die Arbeit verwenden zu können. Insgesamt wurden allein rund 2500 Dateien, welche auch etliche Bücher, nicht nur einzelne Artikel, enthielten, in einem Cloudservice für diese Arbeit zur Verwendung gespeichert. Zusätzlich dazu müssen noch bei Bibliotheken ausgeliehene, online zugängliche und gekaufte (Fach-)Bücher sowie mehrere Fachzeitschriftenabonnements hinzugezählt werden.

5.1.1 Rettungsdienst und Forschung

Um einen Überblick über das Handlungsfeld Rettungsdienst in Österreich zu bekommen, war es notwendig, ein möglichst breites Spektrum an RD Literatur zu sichten und nach Relevanz für die Arbeit zu sortieren.

Als im Dienst stehender Sanitäter und Ausbilder war es für den Forscher sicherlich leichter, auf interne Informationen und Quellen zurück greifen zu können als für vollkommen extern agierende ForscherInnen, dennoch mussten unzählige Stunden investiert werden, um passende Quellen für diverse den Rettungsdienst betreffende Thematiken zu finden. Dies erfolgte in Universitätsbibliotheken, in Präsenzphasen sowie auch online. Hierzu wurden etwa mehrere Onlinedatenbanken nach relevanten Artikeln durchforstet. Zusätzlich musste ein Überblick über Verlage und Veröffentlichungen geschaffen werden, um einen Grundstock an relevanter Literatur zur Verfügung zu haben.

Am Beginn der Literaturrecherche im Jahr 2013 war es ein zentrales Problem, wissenschaftliche Veröffentlichungen mit Bezug zum Ö-RD zu finden. In den Jahren zuvor wurden nicht viele Entwicklungen oder Projekte publiziert, was die Sachlage natürlich erschwerte. Aus diesem Grund wurde vermehrt auf internationale Literatur zurückgegriffen, welche vor allem aus dem deutschsprachigen Raum, hier überwiegen aus Deutschland, stammt.

In Österreich gab es überwiegend im rechtlichen Bereich mehrere Veröffentlichungen, darunter auch Hochschulschriften. Im Bereich der Notfallmedizin wurden ebenfalls diverse Studien veröffentlicht, die teilweise auch mit Hilfe von SanitäterInnen durchgeführt wurden. Der Fokus lag aber in den allermeisten Fällen nicht auf den SanitäterInnen, weshalb der sanitäterspezifische Output dementsprechend gering ausfiel.

Neben diesen Arbeiten wurden auch noch etliche medizinische Datenbanken mit diversen Journals, Magazinen sowie Veröffentlichungen von medizinischen Fachgruppen durchforstet sowie facheinschlägige Magazine abonniert und rettungsdienstspezifische Bücher aus ganz Europa bestellt. Dies war notwendig, da das Angebot in Universitätsbibliotheken dafür oft sehr beschränkt war. In wenigen Fällen wurde auch der Kontakt zu den Autoren direkt hergestellt.

Am Ende der Recherche standen etliche Informationen zu Entwicklungen und Prozessen im Bereich des Ö-RD zur Verfügung.

5.1.2 Grundlagen

Im Bereich der Grundlagen der Arbeit – wie etwa den Themen Kompetenzen, Kompetenzmodellen oder Mixed Methods – gab es eine Vielzahl an Literaturquellen, bei denen es abzuwägen galt, welche Anwendung sie finden sollten. In vielen Fällen wurden jene Quellen verwendet, welche in ähnlicher Ausrichtung der Forschung – in diesem Falle etwa konstruktivistisch basierte Kompetenzforschung – auch auf andere Forschungsvorhaben Einfluss hatten. In diversen Bereichen – wie etwa der Handlungskompetenz – wurden fachspezifische Quellen, meist aus Deutschland, herangezogen, welche aber ebenfalls auf ähnliche Autoren und Entwicklungen im Bereich der Kompetenzforschung verwiesen. Dies zeigt auch, dass der vom Autor gewählte Weg auch für rettungsdienstliche Belange angewendet werden kann und auch international schon verwendet wird.

5.1.3 Quellen

Um die Aktualität diverser Thematiken zu unterstreichen, war es notwendig, auch auf Artikel aus Print- sowie Onlinemedien wie auch auf Veröffentlichungen von Hilfsorganisationen zurückzugreifen. Der Einbezug von aktuellen Pressemeldungen bzw. Artikeln, welche die Brisanz der jeweiligen Thematik zur Zeit der Veröffentlichung widerspiegeln, war vor allem notwendig, da es – wie bereits erwähnt – im Bereich des Ö-RD wenige wissenschaftliche Publikationen gab und eine Trendwende, zu mehr wissenschaftlichen Artikeln, nur langsam zu bemerken ist. Themengebiete, die mit Hilfe von Pressemeldungen beschrieben wurden, sind unter anderem NotärztInnenmangel, aktuelle Zahlen und Daten zu Einsätzen oder auch Berichte und Entwicklungen bei Organisationen wie Mangel an Freiwilligen oder Zivildienern. Im Zuge der Literaturrecherche wurden etliche Artikel zu diesen Themen gesammelt und nur

ein geringer Teil davon in die finale Version der Arbeit integriert. Diese Quellen sind unter dem Bereich „Printmedien und elektronische Quellen“ zu finden, um eine Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Quellen zu ermöglichen und von wissenschaftlichen Artikeln abzugrenzen.

Etliche wissenschaftliche Artikel wurden sowohl mit Weblink, aber auch mit Literaturzitat im Quellenverzeichnis angeführt, um Interessenten an der Thematik eine leichtere Befassung mit den unterschiedlichen Artikeln und Autoren zu ermöglichen. Dies gilt auch für etliche Diplom- und Masterarbeiten von unterschiedlichen Bildungseinrichtungen. Dieser pragmatische Zugang zur Verwendung der Quellen der Arbeit ist im Sinne des Autors der Arbeit, der darauf hofft, dass möglichst viele Interessenten weitere Forschungstätigkeiten unterschiedlicher Genese im Ö-RD durchführen und dabei auch auf die vorliegende Arbeit sowie die erstellten Profile zurückgreifen und eine ständige Weiterentwicklung des Ö-RD zu gewährleisten.

5.1.4 Erhebungen im Feld

Neben Literaturrecherche und Quellensammlung wurde auch vermehrt Networking betrieben, um möglichst gute Kontakten zu allen Schnittstellen des RD zu bekommen. Des Weiteren erfolgte die Befassung mit dem Ö-RD beim Besuch von Kongressen, Think-Tanks, Fortbildungen und Weiterbildungen. Zusätzlich wurden auch KollegInnen aus dem Ö-RD vor dem Beginn der eigentlichen Forschung mit der Thematik konfrontiert und das Thema von „Kompetenzen von SanitäterInnen in Österreich“ sowie im Tätigkeitsfeld notwendige Anforderungen besprochen. Diese direkten Erfahrungen im Feld bestärkten den Forscher, die Thematik zu bearbeiten und KOAP für SanitäterInnen, gemeinsam mit ExpertInnen aus dem Feld, zu erstellen.

5.2 Vorarbeiten für die Forschungsworkshops

Obwohl es sich nur um fünf Forschungsworkshops zur Erarbeitung der Profile handelte, beanspruchte die Organisation der Stakeholder, Räumlichkeiten, der Materialien, des Moderators, der Logistik, der Verpflegung und weiterer Elemente viel Arbeitszeit. Die einzelnen Schritte werden in Kapitel 6 genauer beschrieben.

5.2.1 Präsentation des Forschungsstandes und der Ergebnisse

Im Sinne der Weiterentwicklung und Reflexion des Forschungsprozesses und der Ergebnisse wurde der Status-Quo der Arbeit zu möglichst vielen Terminen unterschiedlichem Publikum präsentiert. 2013 bis 2015 wurde das Vorhaben bei mehreren Seminaren an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt präsentiert. 2015 erfolgte ein Wechsel an die Karl-Franzens-Universität in Graz. Dies ist unter anderem darauf zurück zu führen, dass sich ein Betreuungsverhältnis mit Frau Dr.in Gruber und Herrn Dr. Lenz in Graz als praktikabler erwies als weiterhin als Dissertant in Klagenfurt inskribiert zu sein.

In weiterer Folge erfolgten dann etliche Präsentationen des Forschungsstandes im Zuge von Seminar-, Kolloquiums- und Privatissimums-Präsentationen. 2016 wurde der Forschungsstand im Rahmen der „6. Werkstattgespräche Erwachsenenbildung“ einem Fachpublikum präsentiert. 2019 erfolgte die Teilnahme am internationalen Disserationswettbewerb „3MT“ an der Karl-Franzens-Universität Graz. Es galt dort, die den Stand der Arbeit in drei Minuten sowie in englischer Sprache zum Besten zu geben.

Schlussendlich erfolgt auch 2020 eine überblicksmäßige Veröffentlichung der Profile in der dritten, aktualisierten Auflage von „Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter“ von RD-Experten Redelsteiner und etlichen weiteren ExpertInnen des Feldes.

5.3 Pädagogische Verortung

Die pädagogische Verortung der einzelnen Teilbereiche stellt eine wichtige Komponente im Gesamtkonzept der Erstellung von kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für den ÖRD dar. Seitens des Forschers wurde eine Kategorisierung in die empirische Bildungsforschung angestrebt, wobei das Hauptaugenmerk auf einem konstruktivistisch-geprägten Kompetenzdiskurs liegt. Der Fokus der Forschung war darauf gerichtet, Anforderungsprofile für RS und NKI zu erstellen und zu erheben, inwieweit die darin geforderten Kompetenzen bereits vorhanden sind bzw. welche Kompetenzen speziell weiterentwickelt werden sollen. Dies ist durch die ökonomisch-orientierte Ausbildung von SanitäterInnen in Österreich meist nur im Rahmen der Fortbildungspflicht von 16 Stunden in zwei Jahren möglich. Prinzipiell könnten aber auch Weiterbildungsmaßnahmen wie neue Kurssysteme mit größerem Umfang angedacht werden, um weitere Kompetenzentwicklung zu forcieren. Diese Arbeit dient allerdings nur als Grundlage für mögliche Anregungen zur

Kompetenzentwicklung und greift bei den Empfehlungen auch auf bereits etablierte Fortbildungskonzepte zurück. Als Kern der Forschung muss die Erstellung der beiden KOAP für österreichische SanitäterInnen zu sehen.

Die Basis für diese Profile bildet der Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007), welcher vier vordefinierte Kompetenzbereiche – personale Kompetenz, Aktivitäts- und Handlungskompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz, Fach- und Methodenkompetenz – beschreibt, die auch als Grund- bzw. Basiskompetenzen betitelt werden. Diese werden zusätzlich in 64 definierte Teilkompetenzen unterteilt. Ein für weitere Arbeiten relevanter Umstand ist, dass es für sämtliche Teilkompetenzen bereits in unterschiedlichen Fachdisziplinen Trainingsprogramme gibt und die einzelnen Kompetenzen auch gemessen werden können. Aus diesem Grund wäre es denkbar, die im Zuge der vorliegenden Arbeit entstandenen Anforderungsprofile für Zwecke wie etwa Prüfungen verwenden zu können. Der Umstand, dass dieser Kompetenzatlas schon vielfach in der Wirtschaft und medizinischen Disziplinen erfolgreich eingesetzt wurde stellt dessen Praktikabilität unter Beweis. Aus diesem Grund wurde der Kompetenzatlas an den Ö-RD angepasst und auch durch detailliert beschriebene Meta- und Querschnittskompetenzen im Sinne eines Vier-Ebenen-Kompetenzmodells erweitert.

Um das in der Arbeit erforschte Konstrukt verstehen und beschreiben zu können, mussten auch noch etliche Definitionen wie Kompetenz, Qualifikation oder Performanz im Detail behandelt werden – sowie auch unterschiedliche Formen des Lernens und Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung. Selbstorganisation und Konstruktivismus sind zwei weitere zentrale Themenbereiche dieser Arbeit. Aus diesem Konvolut an Theorie, gepaart mit Praxisbezug, entstanden schließlich partizipativ die beiden kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI im Zuge von fünf Forschungsworkshops mit ExpertInnen aus dem Feld des Rettungsdienstes und dessen unmittelbaren Schnittstellen. Um auch potenzielle Weiterverwendungen der Profile zu thematisieren, wurden Formen der Validierung und Messung von Kompetenzen vorgestellt und eine mögliche Verwertbarkeit der Profile in Aussicht gestellt.

5.3.1 Bildungsforschung

Spricht man von Bildungsforschung, so stellt das Verständnis des Begriffes *Bildung* und der

artverwandten Begriffe eine zentrale Komponente dar, um ein Verständnis für den Forschungsgegenstand „Kompetenzen“ zu bekommen.

5.3.1.1.1 Bildung

Bildung wird oft als Teil der Persönlichkeitsentwicklung gesehen. (vgl. Roth, 2011) Konträr zum Lernbegriff beinhaltet der Bildungsbegriff aber auch ein hohes Maß an Selbstreflexion. Dies bedeutet, dass Bildungsforschung nicht nur von „außen beobachtbar“ ist, sondern über Befragen, Selbstberichte oder Dokumente erforsch- und erschließbar ist. (Mayring, 2012: 27) Bildung ist also nicht nur ein Teil der Persönlichkeitsentwicklung. Diese Komponenten wurden auch in der Erstellung des Kompetenzatlas' (vgl. Erpenbeck, 2012: 21) von Heyse und Erpenbeck (2007) beachtet, wobei Selbstreflexionsfähigkeit eines der Fundamente jeglicher Kompetenz ist.

Der Begriff Bildung wird oft kontrovers diskutiert, da sich Forderungen für eine humanistisch orientierte Bildung oft von jenen etwa der Berufsbildung unterscheiden. (vgl. Spitzer, 2010: 67) Erpenbeck (2017³: 66ff.) versteht Menschenbildung, wie Humboldts Selbstorganisationsverständnis, als mit dem Kompetenzverständnis, welches in dieser Arbeit angewendet wird, kompatibel. Dies lässt sich unter anderem auf dessen direkten Bezug auf „personale, sozial-kommunikative und aktivitätsbezogene Handlungsfähigkeiten, also [...] Kompetenzen“ zurückführen. (ebd.: 69)

Ein kurzer geschichtlicher Diskurs zur Entwicklung des Begriffes Bildung kann in Lenz (2005b: 106ff.) gefunden werden. Dieser Überblick reicht von Rousseau, welcher eine Bildung zum Menschen als zentral beschreibt, hin zu gegenwärtig oft oberflächlicher, unvollständiger Konsumation von Bildung.

Der Begriff Weiterbildung wurde 1970 durch den Deutschen Bildungsrat eingeführt. (vgl. Lenz, 2005a: 21) Unter Weiterbildung ist „Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer unterschiedlich ausgedehnten ersten Bildungsphase“ zu verstehen. (DBR, 1970: 197) Die für einen Strukturplan in den 1970er Jahren sinnvolle Definition ist allerdings für moderne Verhältnisse nicht mehr gebräuchlich, da sie die Komplexität von Weiterbildung nicht mehr abbilden kann. (vgl. Eisermann et al. 2014: 477) Es bedurfte also einer Erweiterung des Feldes. Die nun durch Weiterbildung umfassten Bereiche sind berufliche- sowie betriebliche Weiterbildung, Fortbildungen, Umschulungen, aber auch politische, kulturelle und gewerkschaftliche Bildung sowie Allgemeinbildung. (vgl.

Nuissl, 2009: 329) In Österreich gibt es allerdings eine stärkere institutionelle Trennung von berufsorientierter und allgemeiner Weiterbildung als in Deutschland. (vgl. Lenz, 2005a: 21) Ein weiterer kennzeichnender Aspekt der Weiterbildung ist, dass sie auch als quartärer Bildungssektor bezeichnet wird. (vgl. Schelten, 2004³: 104)

Ein Problem von Weiterbildung stellt der oftmalige ökonomische Fokus dar, sowie der immer stärker werdende Druck nach Rankings, Vergleichen und Determinanten für Qualität. Eine Verschiebung hin von der Nutzbarkeit für das Leben hin zur Brauchbarkeit für den Beruf zeichnete sich ab. (Lenz, 2005b. 53f.) Fachliche Qualifikationen werden heutzutage weniger durch Studium als durch facheinschlägige Fort- und Weiterbildung generiert. Der Grund, warum man lernt, rückt in den Hintergrund, wobei die Verwertbarkeit des Gelernten im Fokus steht. (vgl. Lenz, 2012: 85f.) Geht man sogar soweit, Bildung als lebenslanger und -begleitender Prozess zu interpretieren, ist *Weiterbildung* sogar als überholter, nicht notwendiger Begriff anzusehen. (Lenz, 2005b: 12)

5.3.1.1.2 Fortbildung

Fortbildung ist ein Teil der beruflichen Weiterbildung, welche sämtliche Möglichkeiten zur Entwicklung beruflicher Kompetenzen umfasst. Hierbei kann es sich entweder um Weiterentwicklungen von Kompetenzen handeln, welche im Zuge einer beruflichen Erstausbildung entwickelt wurden, oder um gänzlich neue Kompetenzen. (Arnold et al. 2010: 115f.) In der Praxis zeigt sich ebenfalls, dass Fort-, Erwachsenen- und Weiterbildung oft synonym verwendet werden. (vgl. Lenz, 2005a: 21)

Im Ö-RD wird Fortbildung als eine fach- und themenspezifische Schulung, welche auf den Ausbildungen des SanG oder internen Richtlinien bzw. vertraglichen Bestimmungen beruht, interpretiert. (vgl. ÖRK, 2012) Diese Fortbildungen dienen dazu, dass SanitäterInnen sich Kenntnisse aneignen, die dem aktuellen Stand der tätigkeitsrelevanten Wissenschaften entsprechen. (vgl. RIS, 2020a)

5.3.1.1.3 Empirische Bildungsforschung

Die zentrale Aufgabe der Bildungsforschung ist die Aufarbeitung wissenschaftlicher Informationen, um Entscheidungen in der Bildungspolitik und Bildungspraxis rational begründen zu können. (vgl. Tippelt & Schmidt-Hertha, 2018⁴: 2) Während die Pädagogik ursprünglich die zentrale Bezugsdisziplin für Bildungsforschung darstellte, wurde daraus

nach und nach ein multidisziplinärer Bereich. (vgl. Tippelt, 1998: 239ff.) Zu den relevanten Disziplinen für die Bildungsforschung zählen mitunter auch pädagogische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Bildungssoziologie oder Bildungsökonomie. (vgl. Gräsel, 2011: 14ff., Tippelt, 1998: 245)

Experimentelles Design unter Laborbedingungen und direkter Praxistransfer im Unterricht, zwei ursprüngliche Assoziationen von Bildungsforschung, müssen für die moderne empirische Bildungsforschung als obsolet angesehen werden. Grund hierfür sind das immer breiter werdende Spektrum an methodischen Herangehensweisen, aber auch der Umstand, dass mittlerweile großes Augenmerk auf Evaluationen gelegt wird. Zusätzlich sieht man auch zunehmend davon ab, Lerner unter Laborsettings zu testen, sondern untersucht deren natürliches Umfeld. (vgl. Reinders et al. 2011a: 9f.)

Der moderne Begriff der empirischen Bildungsforschung ist auch vom klassischen Bildungsverständnis abzugrenzen, da nicht länger von Menschenbildung oder Persönlichkeitsentwicklung ausgegangen wird. Im Gegensatz zu dieser Auffassung von Bildung untersucht empirische Bildungsforschung:

„[...] die Bildungsrealität in einer Gesellschaft, wobei der Schwerpunkt auf der institutionalisierten Bildung liegt. Bildungsforschung fragt im Kern, wie Bildungsprozesse verlaufen, wer welche Qualifikationen und Kompetenzen im Bildungssystem erwirbt, wovon dieser Qualifikations- und Kompetenzerwerb abhängig ist und welche Auswirkungen er hat“ (Gräsel, 2011: 13)

Empirische Bildungsforschung wird also als zunehmend in Institutionen verhaftete Forschung interpretiert. Diese Institutionen reichen von fröhpädagogischen Einrichtungen bis hin zu jener der Weiterbildung, wobei sich die Forschung an modernen, lebenslangen Bildungsprozessen orientiert. (vgl. Tippelt & Schmidt-Hertha, 2018⁴: 9) Grundsätzlich können aber jegliche Bereiche von Bildungsprozessen beforscht werden, welche auch im nicht-öffentlich oder privat organisierten Bereich, wie etwa in Form von Vereinen oder Familie, stattfinden. (vgl. Ditton & Reinders, 2011: 69)

In Österreich erfolgt die Erhebung eines Teils der durch empirische Bildungsforschung generierten Daten und beschriebener Qualifikationen und Kompetenzen im Auftrag des BMBWF und des VÖV. (vgl. BIFO:DOK, o.D.) Projekte im Bereich der Bildungsforschung können hier im Portal BIFO:DOK gefunden werden.

Da das Interesse der Politik an (empirischer) Bildungsforschung in den letzten Jahren stieg, mussten auch klare Strukturen geschaffen werden, die mitunter der Förderung der

Forschung dienen sollten. Dieses Interesse ist nicht zuletzt auf Studien wie PISA oder PIAAC oder den EQF zurückzuführen. Auf Basis mehrerer Rahmenprogramme zur Förderung von empirischer Bildungsforschung wurden vier zentrale Handlungsfelder von Bildungsforschung durch das deutsche BMBF (2018) definiert:

- „Bildungsgerechtigkeit verbessern – individuelle Potentiale erkennen und entwickeln
- Mit Vielfalt umgehen und gesellschaftlichen Zusammenhalt stärken
- Qualität im Bildungswesen fördern
- Technologische Entwicklungen im Bildungsbereich gestalten und nutzen“ (2018: 9)

Neben diesen Handlungsfeldern der Bildungsforschung gibt es auch die Tendenz die Beforschung der Bildung als in einem Mehrebenensystem stattfindend zu verstehen. (vgl. Tippelt & Schmidt-Hertha, 2018⁴: 9) Auf der Mikroebene findet individuelle Förderung mit einer Befassung mit den Ausgangsbedingungen statt. Die Mesoebene beinhaltet institutionelle Gegebenheiten und Bildungsangebote sowie Schnittstellen zur institutionalisierten Bildung, zu denen Betriebe, aber auch Familien oder Vereine zählen. Die Makroebene hingegen umfasst die Strukturen des Bildungssystems inklusive Kompetenzen des pädagogischen Personals. Forschung findet mitunter auch auf mehreren Ebenen zugleich statt. (vgl. BMBF, 2018: 9)

Neben dem Einbezug von unterschiedlichen Ebenen der Bildungsforschung ist auch eine Befassung mit dem Transfer der gewonnenen Erkenntnisse unabdingbar. Der Einbezug aller beteiligten Gruppen sollte im Zuge der Forschung durch strukturierte Kommunikation sowie Kooperation erfolgen. Dies ermöglicht einerseits den Einbezug von Wissenschaften und Praxis und kann andererseits dazu führen, die Qualität von Bildung zu gewährleisten. (vgl. ebd.: 6) Dieser Einbezug der Praxis zur Erstellung der KOAP wurde auch in Form von partizipativer Forschung realisiert.

Die im Laufe dieser Forschungsarbeit durchgeführte Form der empirischen Bildungsforschung kann als *nutzenbasierte Grundlagenforschung* interpretiert werden, welche sowohl den theoretischen Erkenntnisstand wie auch die Umsetzung des generierten Wissens in der (rettungsdienstlichen) Praxis anstrebt. (vgl. Stokes 1997 in Reinders et al. 2011b: 221f.) Intention des Forschers war es einerseits, mit der Erstellung des Handlungsfeldes Grundlagen für den Rettungsdienst zu schaffen, andererseits aber auch, mit Hilfe der erstellten KOAP die Möglichkeit zu geben, diese für Ausbildungen,

Fortbildungen, Qualitätsmanagement, Kompetenzmessung oder Personalentscheidungen nutzen zu können.

5.3.1.1.4 Schwerpunkt Kompetenzen

Wie bereits aus der Definition der empirischen Bildungsforschung ersichtlich wurde, stellen Kompetenzen einen wesentlichen Teil dieser dar. Zentraler Aspekt der durchgeführten Forschungstätigkeit ist die Beschreibung notwendiger Kompetenzen von SanitäterInnen in Österreich, die unter anderem mit dem Kompetenzatlas (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2007) beschrieben werden. Bevor man aber derart tief in die Thematik der Kompetenzen eintauchen kann, bedarf es einer umfassenden Auseinandersetzung mit dem Wort Kompetenzen und damit verbundenen Begriffe. Es galt also zuerst, Zugänge und Bedeutungen von Kompetenz zu erläutern. Beispielhaft wären hier etwa die Definitionen von Erpenbeck & von Rosenstiel (2007²: XI) zu nennen, welche Kompetenzen als „Selbstorganisationsdispositionen des gedanklichen und gegenständlichen Handelns“ beschreiben. Neben dem Versuch, den umfassenden und oft kontrovers diskutierten Begriff zu umreißen, werden noch etliche andere Definitionen einbezogen.

Neben diesen Definitionen waren aber auch noch unterschiedlichste Arten und Zugänge zu Kompetenzen Gegenstand der theoretischen Grundlagen für die Kompetenzprofile, die in Kapitel 4 genauer beleuchtet werden. Vor der eigentlichen Erarbeitung der Thematik wurde auch im Zuge der Literaturrecherche eine Übersicht zu Kompetenzbeschreibungen für den Rettungsdienst und andere relevante Berufe generiert und den vier Basiskompetenzen zugeordnet.

Den ersten Bereich der in Profilen dargestellten Kompetenzbereiche oder Grundkompetenzen stellt die personale Kompetenz (vgl. Erpenbeck & von Rosenstiel, 2007²; Heyse & Erpenbeck, 2009²) dar, zudem sind bei dieser Basiskompetenz auch Begriffe wie Individualkompetenz (vgl. Enke & Kuhnke, 2013) oder Personalkompetenz beinhaltet. Einen, für den Rettungsdienst essenziellen Begriff stellt die Grundkompetenz Aktivitäts- und Handlungskompetenz dar. (vgl. Panke-Kochinke, 2011, Enke & Kuhnke, 2013; Ziep, 1990; Karutz, 2008) Weiters muss im Bezug von Rettungsdienst die Basiskompetenz sozial-kommunikative Kompetenz (vgl. May & Mann, 2003; Unkel, 2011; Schwaigerlehner, 2012; Lückl, 2012; Figl, 2011; Hannig, C. 2006) bei SanitäterInnen ausgeprägt sein, um eine patientInnengerechte Versorgung zu ermöglichen. Aus rechtlicher Sicht stellt die Fach- und

Methodenkompetenz den vermutlich relevantesten Aspekt im Rettungsdienst dar, da SanitäterInnen an die Beherrschung unterschiedlichster Inhalte der Ausbildung rechtlich gebunden sind und diese Kompetenzen oft als Kern von medizinischen Disziplinen gesehen werden. (vgl. Heyse & Schircks, 2012) Auch für AusbilderInnen ist speziell diese Art von Kompetenz eine Legitimation für Tätigkeiten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von SanitäterInnen. (vgl. Pluntke, 2013: 86; Gerlach, 2011: 86f.) Alleine mit dieser Kompetenz können SanitäterInnen PatientInnen aber nicht fachgerecht versorgen. Es ist stets ein Zusammenspiel aus allen vier Basiskompetenzen erforderlich.

5.3.2 Konstruktivismus

Die im Laufe dieser Arbeit erstellten KOAP im Ö-RD sind konstruktivistisch geprägt. Dies bedarf weiterer Erklärung, da das Konzept des Konstruktivismus eine Möglichkeit der Auffassung der Wirklichkeit darstellt. In Bezug auf das menschliche Denken, wie auch auf das Erkennen, ist man im Bereich des Konstruktivismus der Auffassung, dass das Gehirn die individuelle Realität nicht einfach auf Grundlage von erfassten Bildern abbildet. Diese Bilder sind lediglich durch Sinneswahrnehmungen beeinflusste Wahrnehmungen der Welt. (vgl. Erpenbeck, 2014: 20) Wissen und Inhalte sind demnach durch Lernende „konstruierte Wirklichkeitsbeschreibungen und keine privilegierten Bildungsgüter.“ (Arnold, 2007: 44)

Lehre erfolgt im Sinne konstruktivistischer Ansätze durch die Anregung von Lernprozessen, bei denen die Konstruktion eigener Wirklichkeit erfolgt. Im Zuge des Lernens entwickeln sich Selbstlern- sowie Problemlösungsfähigkeiten. Dadurch ergibt sich ein weiterer Vermittlungsbegriff als jener, der für bildungstheoretische Ansätze gebräuchlich ist. (vgl. ebd.)

Folgend soll eine Gegenüberstellung vom Lehrverfahren der direkten Instruktion und konstruktivistischer Lerntheorie geben werden, um Unterschiede beider Formen leicht verstehen zu können.

Lehrverfahren (direkte Instruktion)	Konstruktivistische Lerntheorie
<i>Abgeschlossene</i> <i>Wissenssysteme</i> , hauptsächlich vorliegend im Medium der Sprache	<i>Konstruktion einer subjektiven Wirklichkeit</i> aufgrund der eigenen Erfahrungen des Lernenden.
<i>Nicht abhängig</i> von individueller (Lern-) Erfahrung	<i>Abhängig</i> von der individuellen (Lern-)Erfahrung
<i>Rezeptive Lernhaltung des Lernenden</i> , der Lehrende steuert den Unterricht	Der Lernende <i>steuert aktiv</i> und relativ selbstständig das <i>Lerngeschehen</i> .
<i>Systemorientierte Lernauffassung</i> , nach welcher die <i>didaktisch-methodische Präsentation des Lernstoffes im Vordergrund steht</i>	<i>Problemorientierte Gestaltung der Lernsituation</i> , welche möglichst authentisch und nach an der Arbeitsrealität sein soll, so auch Interesse des Lernenden gewährleistet. Lernumwelt bedeutsam für Auslösung und Optimierung der Lernprozesse.
Erwerb von Sachwissen	<i>Anwendungsorientierung</i>
Lernen vollzieht einer für sich selbst	<i>Kooperation</i> wichtig

Tabelle 8: Vergleich von traditionellem Lehren und konstruktivistischer Lerntheorie (Edelmann, 2000: 287 in Dimitrova, 2008: 85)

Traditionelle Lehrverfahren unterscheiden sich also stark von jener konstruktivistischen Lerntheorie. Einer der zentralen Aspekte dafür ist die Selbstorganisation, welche vom griechischen „Autopoiesis“ abstammt. Das System des Lernens ist selbstorganisiert und kann nur durch Gleichgewichtsstörungen, sogenannte Perturbation weiterentwickelt werden. (vgl. Arnold, 2007: 69) Diese Auffassung teilt auch die konstruktivistisch geprägte Ermöglichungsdidaktik.

5.3.2.1 Ermöglichungsdidaktik

Ein Begriff, der eng mit Konstruktivismus verknüpft ist und sich auf das Lernen von Individuen bezieht, ist Ermöglichungsdidaktik. Diese Form der Didaktik ist ebenfalls systemisch geprägt, was bedeutet, dass Lernen in autonomen Systemen in Form von inneren Prozessen und Strukturen abläuft, wobei auch äußere Auslöser zu systeminternen Änderungen führen können. (vgl. Simon, 2017⁸: 53) Ermöglichungsdidaktik folgert daher, dass Wissen nicht direkt gelehrt werden kann, sondern Wissensaufbau durch Selbstorganisation für Lernende ermöglicht werden soll. (vgl. Erpenbeck, 2014: 20) Der Gedanke, dass Lernende das lernen, was von Lehrenden zu lehren intendiert wird, muss also verworfen werden. (vgl. Arnold et al. 2005: 34)

Siebert und Arnold, welche maßgeblich den pädagogischen Konstruktivismus geprägt haben, zeigen sich auch für eine Ermöglichungsdidaktik verantwortlich. (vgl. Heyse, 2010: 65f.) Im Folgenden soll eine Gegenüberstellung von Erzeugungsdidaktik, nach welcher angenommen wird, dass Wissen direkt gelehrt werden kann, und Ermöglichungsdidaktik erfolgen:

Erzeugungsdidaktik		Ermöglichungsdidaktik	
Lehr-Lern-Prozess als lineares Geschehen zwischen dem Lehrenden bzw. dem Sachanspruch und dem Lernenden	Linearität	Zirkularität	Lehr-Lern-Prozess als interdependentes Geschehen, in welchem sich die Vorstrukturen und "Lernprojekte" der Lernenden artikulieren
Die Wirkungen des Unterrichts lassen sich in einer Vorher-Nachher-Logik beurteilen und sogar "messen."	Wirkungssicherheit	Wirkungsoffenheit	Die Wirkungen sind von einer Fülle nicht überschaubarer Variablen und von der Eigenlogik der Lerner abhängig und deshalb notwendig auch spezifisch.
Der Lehrende hat die Lernenden zu motivieren und zu erwartenden Ergebnissen zu führen.	Führen	Selbsttätigkeit	Die Lernenden können prinzipiell nur selbst lernen, es gilt, ihre Motivation zu entdecken.
Qualität und Erfolg des Lehr-Lern-Geschehens sind vom Input des Lehrenden abhängig.	Inputsteuerung	Prozesssteuerung	Qualität und Erfolg des Lehr-Lern-Prozesses sind von der Eigenlogik der lernenden Systeme abhängig.
Lehren kann Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln.	Vermitteln	Aneignen	Lehren kann lediglich anregende und komplex anschlussfähige Aneignungsmöglichkeiten zugänglich machen.
Wenn alle das Gleiche wollen (müssen), werden die Ergebnisse besser und vergleichbarer.	Standardisierung	Vielfalt	Wenn die Vielfalt der inneren Möglichkeiten der Lernenden zur Entfaltung gelangen kann, werden die Ergebnisse besser.

Tabelle 9: Gegenüberstellung Erzeugungs- und Ermöglichungsdidaktik (Eigene Abbildung nach Arnold & Siebert, 2006: 44; Arnold, 2007: 38; eigene Abbildung)

Ermöglichungsdidaktik unterscheidet sich also stark von jener der Erzeugungsdidaktik. Als Ziel der Ermöglichungsdidaktik kann im Wesentlichen die „Anbahnung von Kompetenz zum selbst gesteuerten Lernen, zur Kooperation und zur Problemlösung“ gesehen werden. (Arnold, 2007: 45) Die genauen Inhalte ergeben sich aus dem Kontext, sowie den bei der Auseinandersetzung mit der Thematik entwickelten Kompetenzen. Methodisch sollen Zugänge gewählt werden, welche Selbsterschließung des Lernens ermöglichen. Dies steht in engem Zusammenhang vom pädagogischen Konstruktivismus und dem in dieser Arbeit angewendeten Kompetenzverständnis. (vgl. ebd.)

5.4 Forschungsfragen

Aus dem Konvolut an Informationen, Theorien und Fakten, die im Zuge der Vorarbeiten erhoben oder in der Rettungsdienst-Praxis erfahren wurden, ergaben sich unterschiedliche potenzielle Forschungsfragen. Das grundsätzliche Ziel des Forschungsvorhabens zur Erstellung von kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für SanitäterInnen in Österreich war aber die Beantwortung insbesondere der folgenden Forschungsfragen:

- *Was müssen RettungssanitäterInnen im österreichischen Rettungsdienst können, um PatientInnen kompetent versorgen zu können?*
- *Was müssen NotfallsanitäterInnen (NKI) im österreichischen Rettungsdienst können, um PatientInnen kompetent versorgen zu können?*

Um diese beide Fragen zu beantworten, wurden in Form von fünf Forschungsworkshops unter ExpertInnenbeteiligung KOAP für den Ö-RD erstellt. Eines davon beschreibt die vom Einsatzgebiet, dem Krankentransport, vorgegebenen Kompetenzanforderungen an RS. Das andere Profil bildet die Anforderungen an NKI mit dem Einsatzgebiet der Notfallrettung ab.

Die Anforderungen von SanitäterInnen kompetenzorientiert zu beschreiben und nicht nur auf reines Wissen der Akteure einzugehen, war einerseits notwendig, da im SanG ein Großteil dieser Anforderungen nicht direkt abgebildet und mehr auf reines Wissen Bezug genommen wird. Da Wissen aber nur eine Voraussetzung für Kompetenz ist, alleine aber nicht ausreicht, um kompetent handeln zu können, war es notwendig, KOAP für RS und NKI zu beschreiben.

Da 2013 – von Beginn der Arbeit an – eine Ausbildungsanpassung an internationale Standards aussichtslos erschien, obwohl vor allem in den Jahren 2013/2014 von der Einführung von Paramedics gesprochen wurde (siehe Kapitel 3.5.5.2) und auch zwischen 2018 und 2019 eine Evaluierung des SanG stattfand (siehe Kapitel 3.5.6), bewahrheitete sich die Ansicht, dass eine Ausweitung der RD-Ausbildung utopisch ist. Aus diesem Grund musste der Fokus der Kompetenzentwicklung auf Fort- und Weiterbildungen gelegt werden. Als Resultat ergaben sich die folgenden weiterführenden Forschungsfragen:

- *Welche Rückschlüsse für die Fort- und Weiterbildung von RettungssanitäterInnen können aus den Bewertungen der Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS gezogen werden?*
- *Welche Rückschlüsse für die Fort- und Weiterbildung von NotfallsanitäterInnen (NKI) können aus den Bewertungen der Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für NKI gezogen werden?*

Bedingt durch Literaturrecherche, Vorarbeiten zu den Workshops, Erhebungen im Feld und den Forschungsfragen wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

- *Die Anforderungen des Krankentransportsektors/BLS sind durch ein Anforderungsprofil für RS darstellbar.*

- *Die Anforderungen der Notfallrettung/ALS sind durch ein Anforderungsprofil für NKI darstellbar.*
- *TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Bereichen des Rettungsdienstes können im Zuge von partizipativen Forschungsworkshops die Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für den Österreichischen Rettungsdienst bewerten und formulieren.*
- *Der Status-Quo der Ausprägungen der jeweiligen Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI ist von den Stakeholdern der Workshops abschätz- und bewertbar.*
- *Die gegenwärtigen Ausprägungen der von RS geforderten Kompetenzen entsprechen nicht den Anforderungen im Krankentransportdienst.*
- *Die gegenwärtigen Ausprägungen der von NKI geforderten Kompetenzen entsprechen nicht den Anforderungen in der Notfallrettung.*

Eine detaillierte Beschreibung der Forschungsabläufe und der Fragenbeantwortung sowie der Bestätigung bzw. Widerlegung der Hypothesen erfolgt im nächsten Kapitel.

5.5 Forschungsmethoden

In der vorliegenden Arbeit wurden, bedingt durch die Forschungsfrage und die Thematik, sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsabläufe in die Erstellung der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI im Ö-RD verwendet. Diese wurden mit Hilfe der sogenannten „Mixed Methods“ erstellt.

Spricht man von „Mixed Methods“ oder methodenpluraler Forschung in der empirischen Bildungsforschung, werden sowohl qualitative und quantitative Elemente der Forschung im Zuge der Erarbeitung einer Thematik verwendet. So kann gesagt werden, dass bei Methodenverknüpfungen „in der Regel verschiedene Datenerhebungs- und/oder verschiedene Auswertungsmethoden in einem konkreten Forschungszusammenhang angewandt werden.“ (Burzan: 2016: 15) Weitere Termini, die für diese Art von Forschung verwendet werden, sind etwa Methodenkombinationen, Triangulationen oder Mixed Methods Designs. (vgl. ebd.: 8) Der Ursprung solcher Designs liegt schon in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts, als etwa Campbell schon darauf Bezug nahm, dass eine Fragestellung von verschiedenen Perspektiven betrachtet wird. (vgl. Campbell & Fiske, 1959) In der

empirischen Bildungsforschung haben Mixed Methods in den letzten Jahren neben den qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden immer mehr Einzug gehalten. Diese spielen unter anderem bei der Erarbeitung von Kompetenzdiagnostik- und förderung – wie auch in diesem konkreten Fall – oder der Professionalisierung von Berufsgruppen eine zentrale Rolle. (vgl. Gläser-Zikuda et al. 2012: 7ff.) Im folgenden Kapitel wird ein Überblick zur Verknüpfung von Methoden gegeben und diese theoretischen Grundlagen auch auf die Schritte dieser Arbeit bezogen.

5.5.1 Mixed Methods

In der heutigen Forschungspraxis werden Verknüpfungen von Forschungsmethoden immer populärer, was oft auf komplexe Forschungsfragen zurückzuführen ist. Begründet wird dies damit, dass durch komplexe Fragen auch komplexe Herangehensweisen erforderlich sind, um diese beantworten zu können. (vgl. Burzan, 2016: 7) Mitunter wird sogar davon ausgegangen, dass nur mit Hilfe von methodenpluraler Forschung schwerwiegende Problemstellungen zu lösen sind. (vgl. Mertens, 2015: 3) Diese Haltung muss aber hinterfragt werden, da in der Forschungspraxis komplexe Fragen bislang auch ohne diese Verknüpfungen beider Forschungsstränge möglich waren. Nichtsdestotrotz ist ein Benefit für die Erarbeitung von unterschiedlichen Forschungsvorhaben, wie in dieser Arbeit, nicht von der Hand zu weisen.

In der Forschungspraxis wird etwa „qualitativ“ interpretiertes Verstehen mit „quantitativen“ Elementen ergänzt, um die Reichweite der Geltung erweitern zu können. (vgl. Burzan, 2016: 12) Verwendet man eine qualitative Datenerhebungsmethode und kombiniert diese mit einer quantitativen Datenauswertungsmethode, spricht man nicht von Mixed Methods, denn dies ist auch in traditionellen, monomethodischen Forschungszugängen oft notwendig. Erst wenn man Methoden beider Stränge kombiniert, handelt es sich um Methodenverknüpfung. (vgl. ebd.: 14) Das bedeutet, dass man unter Methodenverknüpfung „in der Regel *verschiedene* Datenerhebungs- und/oder *verschiedene* Auswertungsmethoden in einem konkreten Forschungszusammenhang“ anwendet. (vgl. ebd.: 15)

5.5.1.1 Ziele von Mixed Methods

Handelt es sich um Mixed Methods, soll ein komplexer Forschungsgegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven empirisch betrachtet werden. Daraus lassen sich zwei Ziele,

die für eine Verwendung von Mixed Methods sprechen, ableiten. Erstens soll der Forscher die eigene Rolle sowie Perspektive zum Forschungsgegenstand reflektieren und auf unterschiedliche Zugänge hin untersuchen. Zweitens sollen Verschränkungen von Methoden ausgelotet werden, um die möglichen Benefits für die Forschung nutzen zu können. (vgl. Burzan, 2016: 9) Durch die Verwendung einer Kombination aus Methoden der beiden Forschungsstränge kann eine Kompensation der jeweiligen Schwächen der Methoden erfolgen oder gar neue Erkenntnisse und Ergebnisse zu Tage gefördert werden. (vgl. Gläser-Zikuda & Järvelä, 2008: 79f.) Dies wird auch dadurch ermöglicht, dass unterschiedliche quantitative und qualitative Forschungsmethoden verwendet werden und so die Zusammenhänge des Forschungsgegenstandes auf jeweils unterschiedliche Art und Weise erarbeitet und beforscht werden können. Dies ist aber nur möglich, wenn Kompatibilität beider Methoden besteht, sowie beide Methoden unterschiedliche Perspektiven zur selben Thematiken offenbaren. (vgl. Kuckartz, 2014: 35)

Für deutschsprachige Forscher, welche mit der Diskussion um quantitative und qualitative Forschungsmethoden sozialisiert wurden, mögen Mixed Methods mitunter irritierend sein, dennoch haben diese in die deutsche Forschungspraxis bereits vermehrt Einzug gehalten. Gründe, solche Designs zu verwenden, sind meist pragmatisch und nicht vorrangig methodisch.

5.5.1.2 Herausforderungen von Mixed Methods

Obwohl solche Methodenverknüpfungen viele zusätzliche Möglichkeiten bieten, um komplexe Forschungsfragen zu beantworten, sind auch diese Verknüpfungen begrenzt. Eine Verknüpfung von Methoden ist nicht in jedem Fall einer Anwendung von nur einem der beiden Forschungsstränge überlegen. (vgl. Burzan, 2016:10) Viele Phänomene können nicht oder nur begrenzt mit Hilfe beider Stränge untersucht und verglichen werden. Zusätzlich ist Ganzheitlichkeit und dadurch generierte Objektivität nicht möglich ist, auch nicht durch Multiperspektivität – etwa mit Hilfe von Mixed Methods. (vgl. Bergman, 2011: 274f.)

Eine große Herausforderung bei Mixed Methods stellt weiterhin die Überschreitung der Grenzen zwischen qualitativer und quantitativer Forschung dar. Alleine offen dafür zu sein, Methoden zu verknüpfen, reicht bei Weitem nicht aus, da unterschiedliche Logiken und Grundlagen hinter den beiden Strängen stecken. Es gilt hier, diese zu reflektieren und Ergänzungen zu nutzen. (vgl. Burzan, 2016: 10f.) Diese Unterschiede führten und führen

aber auch zu Diskussionen, ob diese Forschungsstränge überhaupt vereinbar sind. Diesen Umstand begründet Reichertz (2008: 132) damit, dass „quantitative und qualitative Forschung [...] nicht nur durch die Methoden [...], sondern vor allem [...] durch die Kultur, deren Ausdruck die Methoden sind“, getrennt wird.

So wird etwa auch der Begriff Mixed Methods kritisiert, da dieser eine Vermischung von Methoden suggeriert und „mixed“ auch mit „konfus“ oder „verwirrt“ übersetzt werden kann. Streng genommen können qualitative und quantitative Methoden nicht vermischt, sondern nur verknüpft werden. Der ablaufende Prozess bedient sich des Vergleichens und Schließens von unterschiedlichen Schlüssen auf mehreren Ebenen der Datenerhebung und -analyse. (vgl. Gürtler & Huber, 2012: 38)

Forscht man im Team, sind weitere Herausforderungen zu beachten. In Teams oder Gruppen können unterschiedliche Perspektiven und Kompetenzen genützt werden, die aus den unterschiedlichen Disziplinen eingebracht werden können. Wichtig ist, dass die Perspektiven auf den Forschungsgegenstand sowie aufeinander bezogen werden. (vgl. Burzan, 2016: 69) Etliche Zusammenhänge oder Gedanken werden überhaupt erst durch die Auseinandersetzung mit der Thematik im Forscherteam ermöglicht – etwa durch eine Gruppeninterpretation. (vgl. Reichertz, 2013)

5.5.1.3 Qualitativ vs. quantitativ forschen

Spricht man von qualitativer oder quantitativer Forschung, wird erstere oft mit Wörtern und Texten und letztere mit Zahlen in Verbindung gebracht. Dies spiegelt natürlich nur einen Teil der beiden Methodenstränge wider. Im Folgenden sollen hier nun die wichtigsten Merkmale beider Stränge besprochen werden.

Schon auf reiner Sprachebene ist die Unterscheidung in quantitative und qualitative Forschungsdesigns schwierig. (vgl. Gürtler & Huber, 2006) Im Bereich der quantitativen Forschung gilt es, „an einer größeren Zahl von Fällen Muster von Merkmalen zu erkennen, die nicht nur zufällig zustande gekommen sind, sondern auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zumindest hinweisen“. (Burzan, 2016: 16) Dies geschieht zumindest auf Grundlage statistischer Repräsentativität, die unter anderem durch eine hohe Fallzahl erreicht wird, und erfordert grundsätzlich eine statistische Datenauswertung. Bei der Erstellung des Forschungskonzeptes sowie der Datenerhebung wird vor der Datenerhebung geklärt, was genau erforscht werden soll, und es handelt sich meist um einen linearen

Forschungsablauf. Die vorher festgelegten, theoriegeleiteten Forschungsfragen und erstellten Hypothesen sollen dann gemessen werden können, und durch standardisierte Datenerhebung soll eine Vergleichbarkeit der erhobenen Fälle hergestellt werden. (vgl. Burzan, 2016: 16)

Befasst man sich mit qualitativer Forschung, wird klar ersichtlich, dass zu einem großen Teil explorativ geforscht wird. Man geht hierbei von einer Forschungsfrage aus und steckt die vorläufigen Grenzen eines Forschungsfeldes ab. Zugleich werden auch erste Datenerhebungen durchgeführt, die es sorgfältig zu reflektieren gilt, sowie auch die Vorannahmen und die Rolle des Forschers. Grenzen des Forschungsfeldes sollen auch abgesteckt werden, um den Umfang der Forschung eingrenzen zu können. Daher wird oft von einem Einzelfall oder geringen Fallzahl ausgegangen. Im weiteren Forschungsprozess muss der Forscher Offenheit für im Prozess inhaltliche Forschungsaspekte zeigen, die mitunter bei nicht-standardisierten Datenerhebungsmethoden entstehen können. Dies bedeutet aber auch, dass es sich bei qualitativer Forschung um einen nicht-linearen Ablauf handeln kann – „Konzeptions-, Erhebungs-, Auswertungs- und weitergehende Interpretationsphasen“ können deshalb immer wieder abwechseln. (Burzan, 2016: 17) Die jeweiligen Zusammenhänge des Forschungsgegenstandes werden zuerst im Kontext bearbeitet. Dabei wird festgestellt, ob ein Wirkungszusammenhang des spezifischen Falles erkennbar ist. Es gibt hierbei aber nicht um statistische Repräsentativität. Für die Anforderungsprofile von RS gilt es dabei etwa herauszufinden in wie weit die Teilkompetenz „Anpassungsfähigkeit“ für RS im Ö-RD relevant ist.

Bei rein qualitativen oder quantitativen Analysen besteht ein vermehrtes Risiko des Ziehens von falschen Schlüssen. Während qualitative Analysen das Potential einer „Exploration von Handlungsbedingungen und der empirisch begründeten Erklärung von Handlungsregeln mittlerer Reichweite“ haben, bieten quantitative Verfahren die Möglichkeit auch „ohne Kenntnis wirksamer Handlungsbedingungen [...] Kausalzusammenhänge durch Varianzaufklärung aufdecken und zudem die Geltungsreichweite von Befunden einordnen.“ (Burzan, 2016: 12) Dies bedeutet, dass die Verknüpfung von qualitativen und quantitativen Methoden zu einem umfangreicheren, mitunter valideren Gesamtbild des jeweiligen Forschungsgegenstandes beitragen kann. (vgl. Kelle, 2007: 261)

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass es von den jeweiligen Fragenstellungen abhängt, welches methodische Instrument geeignet ist.

5.5.1.4 *Triangulation*

Der Begriff Triangulation wurde bereits in der englischsprachigen Literatur der 1950er Jahren durch etwa Campbell und Fiske (1959) verwendet. Im deutschsprachigen Raum etablierte sich dieser Begriff erst später und wurde etwa durch Uwe Flick geprägt. Nach seiner Ansicht beinhaltet Triangulation unterschiedliche Perspektiven bezüglich eines Forschungsgegenstandes, die zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen. Diese Perspektiven können durch unterschiedliche Methoden erhoben werden. Dabei können unterschiedliche Datensorten kombiniert werden können, wodurch ein Erkenntniszuwachs gewährleistet werden soll, der durch einen monomethodischen Zugang nicht möglich wäre. (vgl. Flick, 2011³: 12) Triangulation zielt demnach darauf ab, dass sich unterschiedliche Perspektiven ergänzen und bereichern, aber auch die jeweiligen Grenzen aufzeigen. Die erforschten Perspektiven sollen auch möglichst gleichberechtigt verwendet werden, was einen Unterschied zu den unterschiedlichen Gewichtungen der einzelnen Elemente in vielen Mixed Methods Designs darstellt. (vgl. Burzan, 2016: 24) Ein weiterer relevanter Punkt der Triangulation ist die Validierung von Befunden durch Ergebnisse anderer Untersuchungen. Es werden also Ergebnisse einer Methode durch die Ergebnisse einer anderen validiert, es können aber auch unterschiedliche Aspekte einer Forschungsfrage damit beantwortet werden. Vermehrt richten Forscher aber auch den Fokus von der Validierungsfunktion durch Triangulation hin zu einem Erkenntnisgewinn durch Perspektivenvielfalt. (vgl. Kelle, 2007: 49ff.) Nichtsdestotrotz bleibt der Begriff Triangulation weiterhin mit einem gewissen Validierungsanspruch behaftet.

Kuckartz (2014: 49f.) etwa grenzt Triangulation von Mixed Methods ab. Während Mixed Methods sich auf ein Forschungsproblem beziehen und die Methodenwahl demnach getroffen wird, Mixed Methods also konkret und projektbezogen sind, geht es bei Triangulation mehr um Validierung oder Messung bzw. um die Darstellung von unterschiedlichen Perspektiven. Triangulation muss also als entfernt von konkreten Umsetzungs- und Designformen gesehen werden. Dem entgegen interpretiert Flick (2011: 79) aber auch Mixed Methods als methodologisch nicht ausgereift, da nicht klar ist, warum und wie welche Formen von Methoden miteinander verknüpft werden sollen. Es wird also ersichtlich, dass es weder für Mixed Methods noch für Validierung eine klare Definition gibt.

5.5.1.5 Varianten von methodenpluralen Designs

Es existieren unterschiedliche Systematiken in Bezug auf Mixed Methods, die anhand mehrerer Parameter unterschieden werden können.

Ein wichtigstes Element ist die Stärke des wechselseitigen Bezuges der unterschiedlichen Methoden. Es ist hierbei relevant, wie stark die Methoden, Daten oder Befunde aufeinander bezogen sind, also ob sie unabhängig voneinander sind oder sich ergänzen und integrierbar sind.

Ein weiterer Punkt ist die Gewichtung der einzelnen Methoden. Die unterschiedliche Gewichtung, bzw. Dominanz, spielt eine wesentliche Rolle. Natürlich gibt es auch Designs, bei denen die jeweiligen Methoden die gleiche Gewichtung aufweisen.

Bezüglich der Reihenfolge des Forschungsablaufs gibt es mehrere Möglichkeiten der Umsetzung im Bereich von Mixed Methods. Die jeweiligen Methoden können sequentiell aufeinander aufbauen oder parallel stattfinden. Es sollte auch die Frage beantwortet werden, ob die jeweilige Reihenfolge von Relevanz ist und wann die Ergebnisse miteinander verknüpft werden. (vgl. Burzan, 2016: 31)

Des Weiteren ist die Phase der Verknüpfung im Forschungsprozess ebenfalls relevant. Es können jeweils Verknüpfungen im Forschungsdesign, der Datenerhebung, der Datenanalyse und der Interpretation unterschieden werden. (vgl. Creswell & Clark, 2011²: 67f.)

Auch der Begriff Triangulation kann in Form des sogenannten Triangulationsmodells in der Literatur gefunden werden. Dieses Modell stellt eine komplexe Verschränkung von quantitativen und qualitativen Analysen dar, welche aus mehreren Blickwinkeln betrachtet werden. (vgl. Gläser-Zikula et al. 2012: 8) Im Zuge dieses Modells können alle erdenkbaren Kombinationen qualitativer und quantitativer Methoden erfolgen. Es kann aber auch monomethodisch geforscht werden. (vgl. Gürtler & Huber, 2012: 39)

5.5.1.5.1 Sequentielle Designs

Spricht man von sequentiellen Designs von Mixed Methods kann zwischen drei Formen unterschieden werden: Vorstudienmodell, Verallgemeinerungsmodell und Vertiefungsmodell. (vgl. Mayring, 2001)

Bei einem Vorstudienmodell handelt es sich meist um eine qualitative Vorstudie und danach um eine quantitative Hauptstudie. Mit Hilfe dieser können Hypothesen generiert werden, welche sich aber oft auf ein nur enges Feld beziehen.

Bei der Verallgemeinerung wird zunächst eine qualitative Studie durchgeführt, welche eigenständiger als eine Vorstudie ist. Danach wird eine quantitative Verallgemeinerung durchgeführt. Die Intention dieser Designs ist es, dass Hypothesen überprüft werden, die vorher qualitativ entwickelt wurden. Es werden hierbei zwei Erkenntnisarten auf einen Gegenstand bezogen und die Reichweite der generierten Befunde erweitert. Der Vorteil ist, dass hierbei weniger ein verallgemeinernder Charakter vorherrscht, sondern ein ergänzender, den Forschungsgegenstand rahmender. Eine Herausforderung ist es dabei, komplexe Typen, welche qualitativ erzeugt wurden, in quantitative Items übersetzen zu können. Allerdings liefern diese quantitativen Daten generell eher Zusatzinformationen als eine Validierung der qualitativen Befunde.

Bei der Vertiefung schließlich wird zuerst eine quantitative Studie und danach eine qualitative Vertiefung durchgeführt. Es gilt die quantitativen Befunde im Hinblick auf Wahrnehmungen, Deutungen und Handlungsweisen hin zu untersuchen. Diese können dabei bestätigt, verfeinert oder ergänzt werden. Auch können Widersprüche aufgeklärt werden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass sich alle Teilbereiche auf denselben Gegenstand richten. Ein Risiko dieses Modells ist die zu starke Strukturierung durch den Forscher im qualitativen Teil. (Burzan, 2016: 33ff.)

Grundsätzliche sind Kombinationen von sequentiellen Designs im Rahmen der Forschung denkbar, wobei man dann wiederum von einem Multiphasendesign oder etwa auch von einem integrierten qualitativ-quantitativen Paneldesign spricht. (vgl. Kelle, 2007: 288ff.) Dabei sind mehrfache Schleifen von quantitativen und qualitativen Designs in Verwendung.

5.5.1.5.2 Nicht-sequentielle Designs

Grundsätzlich gibt es drei Arten von nicht-sequentuellen Mixed Methods Designs: Verknüpfung bei der Datenerhebung, Verknüpfung bei der Datenauswertung und Verknüpfung bei der Interpretation von Teilbefunden.

Es existieren zwei Arten von Verknüpfungen bei der Datenerhebung, wobei es entweder eine Integration einer spezifischen Methode in eine andere gibt oder verschiedene

Datenerhebungen, welche sich auf eine Person oder Situation beziehen. Der Nutzen dieser Designs ist vor allem die Generierung von Zusatzinformationen. (vgl. Burzan, 2016: 49)

Beschäftigt man sich mit Verknüpfungen bei der Datenauswertung, wird ersichtlich, dass dadurch eine Addition oder das Setzen von Bezügen ermöglicht wird und auch blinde Flecken reflektiert werden können. Problematisch kann es allerdings werden, da standardisierte Daten für ein und dieselbe Forschungsfrage oft nicht sinnvoll auszuwerten sind. Werden Daten nicht-standardisiert erhoben, ist es essenziell, das Ziel der Forschung genau zu klären und darzulegen, warum die Daten offen erhoben wurden. (vgl. ebd.: 56)

Eine Verknüpfung bei der Interpretation von Teilbefunden weist Parallelen zu den sequentiellen Designs der Verallgemeinerung und Vertiefung auf, da mehrere Elemente komplementär oder mit Anspruch auf Vergleichbarkeit auf denselben Forschungsgegenstand in Beziehung gesetzt werden. Der größte Unterschied ist, dass die Reihenfolge der jeweiligen Methoden aber keine Rolle spielt. Hierbei stellt etwa die Sicherung der Vergleichbarkeit von Teilergebnissen eine große Aufgabe dar, weswegen Fehler und Grenzen sorgfältig reflektiert werden müssen. (Burzan, 2016: 56ff.)

Eine weitere Art von Mixed Methods Designs stellen sogenannte Konversionsdesigns dar. Bei diesem Design wird ein Datentyp, entweder qualitativ oder quantitativ, erhoben und analysiert. Anschließend erfolgt eine Transformierung und anschließend wiederum eine entsprechende Analyse. (vgl. Medina et al. 2002 in Gürtler & Huber, 2012: 40)

Des Weiteren gibt es auch sogenannte *voll integrierte Designs* (vgl. Gürtler & Huber, 2012: 40). Im englischen Sprachgebrauch wird hierbei von "fully integrated mixed designs" gesprochen. Bei diesem Modell werden verschiedene qualitative und quantitative Stränge miteinander verbunden. Alle Maßnahmen wirken sich auf die jeweils anderen, aus und es finden ständig Bezugnahmen statt. (Teddlie & Tashakkori, 2009 : 335)

5.5.1.6 Systematisierung von Mixed Methods

Um ein Verständnis für die verschiedenen Arten von Mixed Methods zu erlangen, soll hier die Systematisierung der Ziele von Methodenverknüpfungen dargestellt werden. Es muss hierbei zwischen der Verknüpfung vor und nach den Teilergebnissen unterschieden werden.

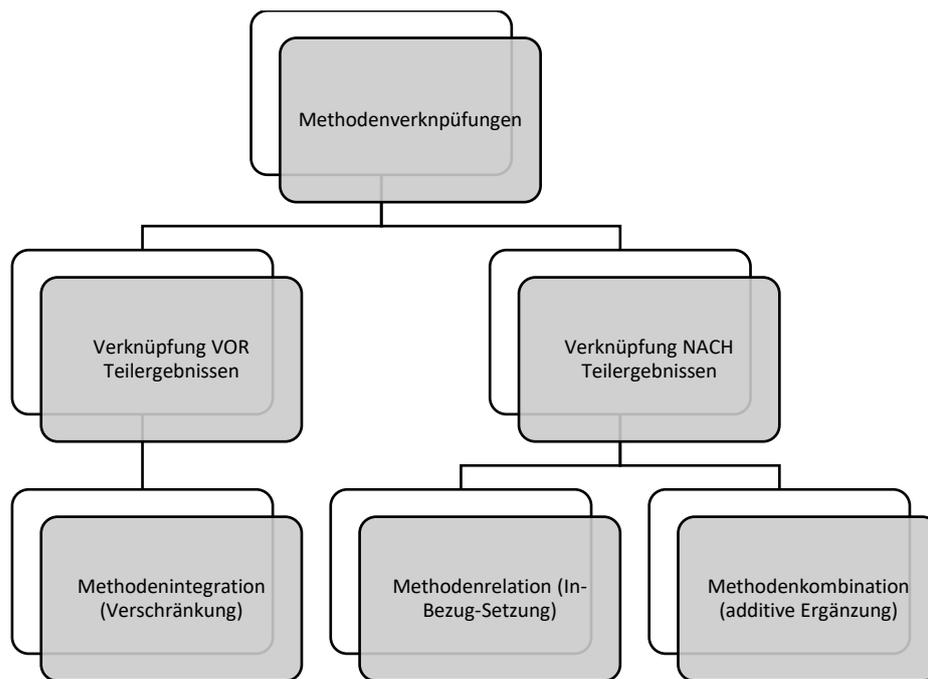


Abbildung 24: Systematisierung grundsätzlicher Ziele von Methodenverknüpfungen (Burzan, 2016: 64; eigene Abbildung)

Bei einer Methodenintegration, die vor dem Vorliegen von Teilergebnissen durchgeführt wird, liegt die Annahme zugrunde, dass ohne eine Verknüpfung eine Beantwortung der Forschungsfrage nicht in der geforderten Tiefe oder auch Komplexität möglich ist, falls nur monomethodisch gearbeitet wird.

Bei Methodenverknüpfungen nach Teilergebnissen gibt es die Methodenrelation und die Methodenkombination. Die Methodenkombination ist mit der Verknüpfung von Teilergebnissen bei der Interpretation gleichzusetzen. Hierbei ergänzen sich die jeweiligen Methoden mehr in der Breite als in der Tiefe, wobei dadurch verschiedene Fragen des Forschungsgegenstandes beantwortet werden. Bei Methodenrelationen sind die Teilergebnisse stark aufeinander bezogen und werden oftmals relativiert oder anders gedeutet als beim Vorliegen von nur einem Ergebnis. (vgl. Burzan, 2016: 65)

5.5.1.7 Mixed Methods bei der Erarbeitung der Anforderungsprofile für RS und NKI

Wie bereits erwähnt, soll im Zuge von Mixed Methods der komplexe Forschungsgegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven empirisch erfasst werden. (vgl. Burzan, 2016: 9) Dies erfolgte im Zuge der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI mit Hilfe von partizipativen Forschungsworkshops, an denen unterschiedliche Stakeholder des Ö-RD teilnahmen.

Zuallererst wurde eine vernünftige Forschungsfrage formuliert, dessen Beantwortung realistisch erschien, wie es für Methodentriangulation und Mixed Methods Grundvoraussetzung ist. Nach dieser richteten sich alle weiteren Forschungsschritte. Erst nachdem eine Forschungsfrage festgelegt wurde, fiel die Entscheidung für die Verwendung eines Mixed Methods Designs. (vgl. Gürtler & Huber, 2012: 37) Die Forschungsfrage: „Was müssen RettungssanitäterInnen/NotfallsanitäterInnen (NKI) im Österreichischen Rettungsdienst können, um PatientInnen kompetent versorgen zu können?“ war also dafür verantwortlich, dass es sich bei den erstellten Profilen in der hier vorliegenden Arbeit um ein Mixed Methods Design handelt.

Im Falle der erstellten Anforderungsprofile für RS und NKI wurde im Team geforscht, wobei unterschiedliche Perspektiven und Kompetenzen genützt werden konnten, die aus den unterschiedlichen Disziplinen eingebracht wurden. Die Notwendigkeit der methodischen Kompetenzen der Stakeholder wurde bei der Auswahl der Stakeholder in Betracht gezogen, ebenso wie die Brückenfunktion des Moderators, der, mit dem Forscher gemeinsam, zu großen Teilen das Ziel einer partizipativen Forschung kommunizieren konnte. (vgl. Burzan, 2016: 70) Wie aus den Ergebnissen, welche in Kapitel 6.10.3 beschrieben werden, ersichtlich wird, war dies zuerst bei der individuellen Internetumfrage noch problematisch, da etliche Stakeholder PatientInnen zwar im Mittelpunkt sahen, die organisationalen Belange aber noch immer auf die Teilkompetenzen bezogen. Der Umstand, dass es rein um PatientInnen geht wurde demnach in den Gruppenphasen kommuniziert, wodurch alle – zumindest partiell – am gleichen Forschungsgegenstand arbeiten konnten.

Die Wahl der Stakeholder der fünf Forschungsworkshops wird in Kapitel 6.2.2 noch ausführlich beschrieben. Durch Wahl möglichst unterschiedlicher Perspektiven ergeben sich nachhaltige Konsequenzen für die Forschung und das Ergebnis. (vgl. Gürtler & Huber, 2012: 38) In diesem konkreten Fall konnte ein möglichst umfangreiches Bild vom Handlungsfeld Rettungsdienst und den darin tätigen AkteurInnen wiedergegeben werden, womit die Anforderungsprofile möglichst die Anforderungen des Rettungsdienstes in Österreich repräsentieren. Auf die Gefahr hin, eine zu große Strukturierung im Gruppenprozess zu erzeugen, wurde ein neutraler Moderator eingesetzt, welcher unabhängig vom Forscher die Gruppen durch die Fragestellungen leitete.

5.5.1.8 Mixed Methods Modell bei der Erarbeitung der Anforderungsprofile

Beim eingesetzten Modell handelt es sich um ein voll integriertes Mixed Methods Design (vgl. Gürtler & Huber, 2012: 40). Alle Schritte beziehen sich aufeinander und beeinflussen sich auch jeweils gegenseitig. Die Reihenfolge wurde weitestgehend vorgegeben, weswegen man hier auch von einem sequentiellen Design, genauer gesagt: einem Verallgemeinerungsmodell sprechen kann. (vgl. Mayring, 2001)

Zuallererst musste definiert werden, was der Terminus Rettungsdienst in Österreich bedeutet und was alles von diesem Begriff umfasst ist. Im Zuge der Forschung bei den Workshops entwickelte sich daraus der Begriff Rettungsorganisation Österreich, welcher als Grundlage für die weitere Forschung dienen sollte. Danach wurden im Zuge einer Internetumfrage die Einschätzungen der Relevanz zu den einzelnen Teilkompetenzen von RS und NKI in Österreich bewertet. Anschließend wurden in einer Gruppenphase diese 64 Kompetenzen nochmals bewertet und auch ausformuliert. Schlussendlich erfolgte eine Evaluationsphase, in welcher die durch die Ergebnisse der Workshops erstellten Anforderungsprofile von den teilnehmenden Stakeholdern evaluiert wurden und auch der Status-Quo der Ausprägungen der Kompetenzen für RS und NKI in Österreich im Zuge einer weiteren Internetumfrage bewertet wurde. Endergebnis waren schließlich zwei KOAP für RS und NKI in Österreich sowie auch Empfehlungen für die Fort- und Weiterbildung im Ö-RD.

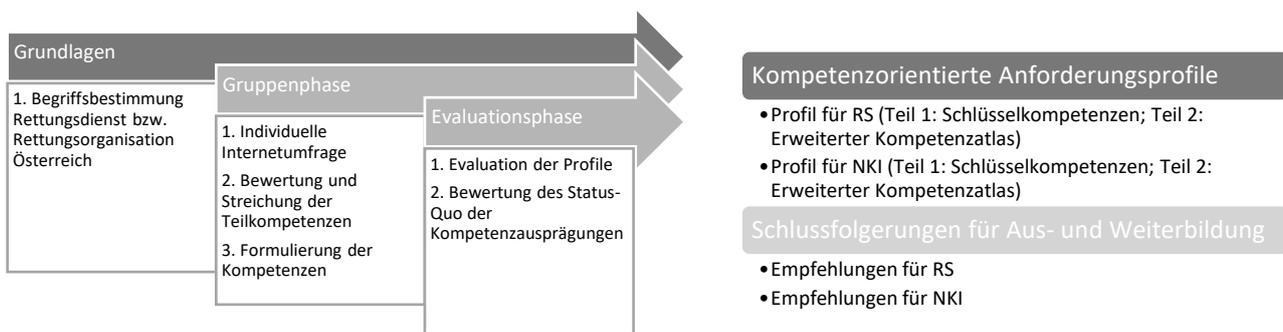


Abbildung 25: Abfolge des voll integrierten Mixed Methods Designs für kompetenzorientierte Anforderungsprofile im Österreichischen Rettungsdienst

Um nochmals zu verdeutlichen, warum es sich um ein voll integriertes Mixed Methods Design handelt, soll nochmals kurz die Aufteilung der Abfolge der einzelnen Schritte, welche in Abb. 25 abgebildet ist, beschrieben werden. Zuallererst erfolgte im Sinne von qualitativer Forschung die Erstellung des Handlungsfeldes Rettungsorganisation Österreich. Dieses wurde in Diskussion mit Stakeholdern der einzelnen Workshops erstellt und reflektiert,

woraus ein allgemeingültiges Handlungsfeld Rettungsorganisation entstand. Das Handlungsfeld diente als Grundlage für den Terminus Rettungsdienst in Österreich und erleichterte die Kommunikation der Stakeholder der Workshops untereinander, wenn über Teile des Rettungsdienstes diskutiert wurde.

Im Anschluss erfolgte eine standardisierte, bereits in der Praxis etablierte quantitative Internetumfrage, die durchgeführt wurde, um Unterschiede vor und bei den Gruppenphasen reflektieren und bei Bedarf Ergebnisse ergänzen zu können. Diese pragmatische Möglichkeit, fehlende Ergebnisse zu ergänzen, stellt auch einen relevanten Aspekt dieses Mixed Methods Designs dar.

Danach erfolgten die Gruppendiskussion und Entscheidungen qualitativ mit gleichzeitiger Generierung von standardisierten, quantitativen Daten. Diesen Daten konnten mit den quantitativen Daten der Internetumfrage verglichen werden. Parallel erfolgte die Protokollierung der Diskussionen, um ergänzende Informationen zu den standardisierten Daten zu erhalten und die Entscheidungen, warum welche Entscheidungen getroffen wurden, reflektieren und verstehen zu können.

Abschließend fand eine Evaluationsphase statt, bei welcher Meinungen und Anregungen der Stakeholder eingebracht werden konnten sowie auch eine standardisierte, zu den bisherigen Erhebungen komplementäre Umfrage zum IST-Stand der erhobenen Kompetenzen von RS und NKI in Österreich durchgeführt wurde.

Danach wurden die beiden KOAP für den Ö-RD finalisiert. Auf Basis der Status-Quo-Erhebungen zu den Ausprägungen der Teilkompetenzen bei RS und NKI im Ö-RD, wurden Empfehlungen zur Kompetenzentwicklung abgegeben. Diese Empfehlungen bezogen sich speziell auf den Bereich der Selbstorganisation, sowie Fort- und Weiterbildungen

5.5.1.9 „10 Schritte“

Im Folgenden werden noch 10 Schritte nach dem Ablaufmodell qualitativer und quantitativer (und mixed) Forschung nach Mayring (2012: 291ff.) reflektiert.

5.5.1.9.1 Konkrete Fragestellung

Für die Beantwortung der Forschungsfrage war es wichtig, dass diese allgemein verständlich formuliert wurde, weswegen der Begriff *state of the art* durch den für die Anforderungsprofile

passenderen Terminus *kompetent* ersetzt wurde. Die Forschungsfragen, aus denen die Erstellung der Kompetenzprofile abgeleitet wurde, lauten:

- *Was müssen RettungssanitäterInnen im Österreichischen Rettungsdienst können, um einen Patienten kompetent versorgen zu können?*
- *Was müssen NotfallsanitäterInnen (NKI) im Österreichischen Rettungsdienst können, um einen Patienten kompetent versorgen zu können?*

Weiterführende Fragen, welche die Praxisrelevanz des Forschungsvorhabens unterstreichen sollten, wurden folgendermaßen festgelegt:

- *Welche Rückschlüsse für die Fort- und Weiterbildung von RettungssanitäterInnen können aus den Bewertungen der Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS gezogen werden?*
- *Welche Rückschlüsse für die Fort- und Weiterbildung von NotfallsanitäterInnen (NKI) können aus den Bewertungen der Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für NKI gezogen werden?*

Die folgenden Hypothesen wurden formuliert und belegt bzw. im Fall der Ausprägungen der Teilkompetenzen von NKI verworfen:

- *Die Anforderungen des Krankentransportsektors/BLS sind durch ein Anforderungsprofil für RS darstellbar.*
- *Die Anforderungen der Notfallrettung/ALS sind durch ein Anforderungsprofil für NKI darstellbar.*
- *TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Bereichen des Rettungsdienstes können im Zuge von partizipativen Forschungsworkshops die Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für den österreichischen Rettungsdienst bewerten und formulieren.*
- *Der Status-Quo der Ausprägungen der jeweiligen Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI ist von den Stakeholdern der Workshops abschätz- und bewertbar.*
- *Die gegenwärtigen Ausprägungen der von RS geforderten Kompetenzen entsprechen nicht den Anforderungen im Krankentransportdienst.*

- *Die gegenwärtigen Ausprägungen der von NKI geforderten Kompetenzen entsprechen nicht den Anforderungen in der Notfallrettung.*

Der letzte relevante Punkt der konkreten Fragestellung von Mixed Methods Designs ist der Forscherstandpunkt. In diesem konkreten Fall handelt es sich beim Forscher um einen aktiv im Rettungsdienst involvierten Mitarbeiter, welcher durch dieses Forschungsvorhaben Grundlagen schaffen möchte, um weitere Schritte hin zu einer Professionalisierung des Rettungsdienstes machen zu können und auch den blinden Fleck der „Kompetenzen von SanitäterInnen in Österreich“ zu beleuchten und darzustellen. Der Begriff Professionalisierung muss nicht zwingend als Verberuflichung interpretiert werden, sollte aber hin zu einer längeren Ausbildung führen, in welcher SanitäterInnen das eigene Tun selbst reflektieren können. Ein zentraler Punkt, welchem auch Beachtung geschenkt werden sollte, ist die Trennung von Krankentransport und Notfallrettung, welche in der österreichischen Praxis oft nicht gegeben ist. Wichtig war aber, dass die Bewertungen der Teilkompetenzen von den ExpertInnen der Workshops getroffen wurde und nur die reflektierten Ergebnisse vom Forscher ausgewertet und bei Bedarf ergänzt wurden. Aus diesem Konvolut an Informationen entstanden dann die kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI. Die Teilkompetenzen dieser Profile wurden dann von den Stakeholdern bewertet und vom Forscher interpretiert, bzw. wurden durch die Expertise des Forschers Empfehlungen für die Fort- und Weiterbildung zur Kompetenzentwicklung von RS und NKI abgegeben.

5.5.1.9.2 Theorieeinordnung

Im Folgenden wird auf vier Ebenen eingegangen, welche nach Patry (2012: 66) für jegliche Art von Mixed Methods Designs Anwendung finden sollten. Einerseits muss der Forschung eine angemessene *Wissenschaftstheorie* zu Grunde gelegt werden, was in diesem Falle durch den Ansatz des Konstruktivismus (Kapitel 5.3.2) erfolgt ist. Dieser wurde ebenfalls als *Objekttheorie* angewendet, was den zweiten essenziellen Punkt solcher Designs darstellt. Einen weiteren Punkt stellt eine korrekte Untersuchungsdurchführung und Auswertung dar. Diese wurde nach gängiger Praxis zur Bewertung der Teilkompetenzen des Kompetenzatlas explorativ durchgeführt und kann in Kapitel 6 nachgelesen werden. Zusätzlich wurde auch für die standardisierten Abfragen zur Relevanz der Teilkompetenzen für RS und NKI so wie auch für die Ausprägungen der Teilkompetenzen der beiden Anforderungsprofile für RS und NKI jeweils der Reliabilitätskoeffizient Cronbachs Alpha erhoben. Der letzte Punkt, der darin

bestand, ethische Anforderungen der Forschung zu berücksichtigen und bei Bedarf die Anonymität der Forschenden zu wahren, wurde pragmatisch gelöst, indem alle Stakeholder entscheiden konnten, ob und in welcher Form ihr Name und ihre Rolle im Rettungsdienst in dieser Arbeit publiziert werden sowie auch die jeweiligen Meinungen zu „der Österreichische Rettungsdienst in drei Sätzen“. (Siehe dazu Kapitel 6.10.1)

Betrachtet man einen weiteren Punkt der Theorieeinordnung von Mixed Methods Designs – den Stand der Forschung – wird klar, dass es in Österreich nichts bzw. nichts Vergleichbares gibt, um Kompetenzen von Sanitäterinnen darzustellen. Im Sinne des SanG gibt es zwar minutiöse Auflistungen, welche Stoffgebiete SanitäterInnen im Zuge der Kurse lernen müssen, Auflistungen welche Kompetenzen von SanitäterInnen entwickelt werden sollen fehlen aber weitestgehend. Erste Versuche, Kompetenzen und Kompetenzprofile für SanitäterInnen zu erstellen, wurden entweder eingestellt oder haben nur einen sehr geringen Umfang und sind wenig aussagekräftig.

Grund für die Durchführung eines Mixed Methods Design war auch der Wunsch, das Themen Kompetenzen von RS und NKI möglichst umfangreich und detailliert erforschen zu können und sowohl qualitative als auch standardisierte Daten zur Auswertung zur Verfügung zu haben. Zuerst musste das Handlungsfeld Rettungsdienst in einem reflektierten Gruppenprozess bestimmt werden, um dann qualitativ die Anforderungen beschreiben zu können, welche in diesem Handlungsfeld verlangt werden. Zusätzlich war es auch notwendig, die Teilkompetenzen bewerten und dann standardisiert auswerten zu lassen, um der gängigen Praxis bei der Auswertung der Kompetenzen des Kompetenzatlas zu entsprechen und diese statistisch auswerten zu können. Dies war auch notwendig, da einerseits Bewertungen in der Gruppe, aber auch individuelle Bewertungen im Zuge der Internetumfrage erfolgten, damit die Unterschiede reflektiert werden können. Gleichermaßen sollte ein Status-Quo der Ausprägungen der Kompetenzen erhoben werden, welcher mittels derselben Ausprägungsskala bewertet wurde, um Rückschlüsse für die Kompetenzentwicklung von RS und NKI ziehen zu können. Ein weiterer pragmatischer Ansatz war aber nicht nur die Ergänzung der Daten, sondern auch eine Back-Up-Funktion für die Protokolle und Bewertungen der Forschungsworkshops. Für eine Gruppe des Workshops in Wien entpuppte sich diese Back-Up-Funktion auch als praktikabel, da ein Teil der Kompetenzen im Zuge der Gruppenphase nicht bewertet, sondern nur formuliert wurde.

5.5.1.9.3 Ableitung und Ausarbeitung des Designs

In Punkt zwei wurde bereits die theoretische Einordnung der Forschung vorgenommen. Um das Forschungsdesign aber zu präzisieren, muss man von einem sogenannten Hybridmodell (der Kompetenzerfassung) sprechen, welches „eine quantitative wie qualitative Vorgehensweise einbeziehende Erfassung von Kompetenzen, mit dem Ziel der späteren Weiterentwicklung“ dieser Kompetenzen ist. (Erpenbeck, 2012: 24) Dies gilt auch für die Erforschung der KOAP, wobei auf die kostspieligen Lizenzierungen für KODE® aus finanziellen Gründen verzichtet werden musste. Die essenziellen Punkte zur Erarbeitung der Anforderungsprofile wurden aber eingehalten. Zusätzlich war es für die Erstellung der Profile sowie der Bewertung des Status-Quo der Ausprägungen der Teilkompetenzen nicht notwendig, einzelne MitarbeiterInnen des Rettungsdienstes zu testen – dies könnte bei Bedarf anhand der Profile aber erfolgen. Die Bewertung erfolgte durch ExpertInnen des Feldes.

Ein Hybridmodell, wie es hier vorliegt, zielt auf die Erfassung, Entwicklung und das Management von Kompetenzen ab. Es knüpft auch grundlegend an Modelle im Bereich Schule, Hochschule, Unternehmen oder Organisationen – wie etwa dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) – an. Es fordert ebenfalls eine Entwicklung von der Input- hin zur Outputorientierung, wie es etwa in Schulen oft nicht der Fall ist. Die Anwendung eines Hybridmodells mit Hilfe des Kompetenzatlas kommt der Forderung nach einer exakten, standardisierten quantitativen sowie auch nach einer qualitativ „gut nutzbaren“ Form nach, welche auch prinzipiell ökonomisch oder zur Strukturweiterentwicklung des RD genutzt werden könnte. (vgl. Erpenbeck, 2012:24)

Der qualitativen Erarbeitung der Teilkompetenzen liegt ein großer Aufwand zugrunde, welcher aber als Basis für quantitative Interpretationen und Messungen bzw. Weiterentwicklungen genutzt werden kann. Im konkreten Fall wurde dies sowohl für die Entscheidung, welche Teilkompetenzen in den Anforderungsprofilen erfasst und beschrieben werden, sowie für die Empfehlungen für die Fort- und Weiterbildung von SanitäterInnen in Österreich genutzt.

5.5.1.9.4 Klare Stichproben, Samplingstrategie

Unabhängig davon, ob es sich um einen Mixed Methods Approach oder ein

monomethodisches Forschungsdesign handelt, müssen die Samplingstrategien klar definiert und die Stichproben sorgfältig ausgewählt werden. Wie bereits in Kapitel 6.2.2 beschrieben, wurden im Zuge der fünf Forschungsworkshops möglichst unterschiedliche Stakeholder mit breitgefächerten Backgrounds eingeladen, um möglichst umfassende Ergebnisse erzielen zu können. Anhand der 21 teilnehmenden Stakeholder und der vier ergänzenden TeilnehmerInnen während der Evaluationsphase sollte ein möglichst repräsentatives und umfassendes Bild des Ö-RD angefertigt werden können. Dies wurde sowohl qualitativ, aber auch quantitativ erarbeitet – wie bereits zuvor besprochen wurde.

5.5.1.9.5 Begründete und pilotgetestete Methoden

Eine zentrale Aufgabe bei der Erarbeitung der Anforderungsprofile war es, zu entscheiden, welches Modell der Forschung zu Grunde liegen sollte. Hierbei kamen zwei Modelle in die engere Auswahl: einerseits der Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007), andererseits das VQTS Modell (vgl. Luomi-Messerer & Markowitsch, 2010).

Das VQTS Modell, welches dem Forscher von Peter Schlögl, dem damaligen Leiter des ÖIBF, empfohlen wurde und zum Teil auch schon in Österreich für die Beschreibung von beruflichen Anforderungen verwendet wurde, eignet sich gut, um berufsbezogene Kompetenzanforderungen und das Entwickeln dieser Kompetenzen zu verwirklichen. Projektpartner waren unter anderem mehrere österreichische Ministerien und das ÖIBF selbst.

Nachdem die Anforderungsprofile für RS und NKI im Ö-RD aber im Zuge von Workshops erarbeitet und von unterschiedlichen Stakeholdern beschrieben werden sollten, entschied sich der Forscher aus Praktikabilitätsgründen für den Kompetenzatlas. Die Übersichtlichkeit der grafischen Darstellung, leichte Bewertbarkeit, Verständlichkeit und Praxiserprobung gaben schließlich den Ausschlag dafür, mit dem Kompetenzatlas bei den Workshops zu arbeiten.

Neben den 64 umfassten Teilkompetenzen des Kompetenzatlas, für welche es Beschreibungen und Synonyme gab, war auch etwa die Bewertung der Kompetenzen von 1–12 gut bei den Workshops anwendbar. Auf Grund der unmöglichen Finanzierbarkeit der Lizenzen und der eingeschränkten Zeit der Stakeholder mussten die Abläufe der Workshops, wie in Kapitel 5.6.1.4 beschrieben, aber im Vergleich zum Ablauf von KODE® Workshops abgeändert werden und wurden durch eine Online Evaluationsphase ergänzt. Allerdings

wäre erst bei einer standardisierten Messung der Kompetenzen die Abfrage laut KODE® notwendig, nicht aber für die Erstellung der Profile.

Ein weiterer nicht unbeträchtlicher Grund für die Verwendung des Kompetenzatlas‘ war dessen Anwendung bei der Erstellung der Kompetenzprofile für Schweizer HumanmedizinerInnen (vgl. Heyse & Schircks, 2012) und andere Gesundheitsberufe. Zudem wurden auch schon diverse Anforderungen für Berufe in Österreich mit Hilfe des Kompetenzatlas beschrieben. Dazu zählen etwa PolizistInnen (vgl. Schlesinger & Nagl, 2015:217ff.) und OffizierInnen des Bundesheeres (vgl. Pichlkastner & Slanic, 2015: 181ff.) Zusätzlich muss aber auch erwähnt werden, dass nicht nur der Kompetenzatlas selbst verwendet wurde, sondern auch die im Kapitel 4.7.1 beschriebene Kompetenzarchitektur, welche ein Vier-Ebenen-Modell darstellt, welches ebenfalls mit dem gebräuchlichen CBME-Modell (Competency-Based Medical Education) und dessen Begrifflichkeiten kompatibel ist. (vgl. Heyse & Schircks, 2012b: 19)

5.5.1.9.6 Durchführung der Studie, Modifizierung der Fragestellung

Die Durchführung der Workshops und der Evaluationsphase wurden in den Kapiteln 6 und 7 beschrieben. Die Forschung erwies sich – wie bei quantitativer Forschung üblich – als linearer Prozess, wobei es zu keinen Änderungen des Forschungsdesigns oder der Fragestellung kam.

Obwohl es aber im Sinne von qualitativer Forschung oft üblich ist, entwickeln sich im Forschungsprozess zum Teil neue Forschungsfragen, oder alte werden modifiziert. Dies war bei den Workshops und der Forschung zwar nicht der Fall, aber im Zuge von Diskussionen stellte sich heraus, dass es gegenwärtig nicht notwendig war, die Forschungsfragen zu modifizieren und eine dritte Ausbildungsstufe im Rettungsdienst, wie zuvor angedacht, zu beschreiben.

Da die Profile für RS den Krankentransport und für NKI die Notfallrettung und die darin enthaltenen Anforderungen abbilden, war es nicht notwendig, ein weiteres Berufsbild zu kreieren und zu beschreiben. Auch bei einer etwaigen 3-jährigen Berufsausbildung würden sich die Anforderungen an das österreichische RD-Personal nicht gravierend ändern, sollte es sich weiterhin, wie geplant, um ein notarztbasiertes System handeln. Ebenfalls sind Gesetzesinitiativen zur Änderung bzw. Erweiterung der Ausbildung von SanitäterInnen in Österreich nicht absehbar oder geplant, weswegen keine dritte Stufe beschrieben wurde.

Eine weitere Fragestellung zu den Kompetenzen von „NotfallrettungsexpertInnen“ oder Paramedics wurde also hinfällig und es erfolgte keine Bearbeitung dieser Thematik.

5.5.1.9.7 Klare Ergebnisdarstellung und Beantwortung der Fragestellung

Die Ergebnisse der Forschungsworkshops sowie der Evaluationsphase werden in den Kapiteln 6 und 7 detailliert dargestellt und reflektiert. Es werden hier sowohl statistische Daten dargelegt wie auch die Prozesse zur Entscheidungsfindung hin zu den Ergebnissen beschrieben.

Aus diesen Phasen entstanden dann schließlich die beiden KOAP für RS und NotfallsanitäterInnen (NKI) im Österreichischen Rettungsdienst, welche die Frage nach dem, was SanitäterInnen in Österreich können müssen, um PatientInnen kompetent versorgen zu können, beantworten. Dies erfolgt bei RS für den Krankentransport-Bereich, bei NKI für die Notfallrettung.

Die Beantwortung der Frage bezüglich der Rückschlüsse für die Fort- und Weiterbildung von SanitäterInnen in Österreich wird im Kapitel der Evaluationsphase besprochen. Gleichermäßen werden Empfehlungen abgegeben, welche Möglichkeiten hin zu einer Kompetenzentwicklung von SanitäterInnen getroffen werden können.

Die folgenden Hypothesen konnten belegt werden, und die jeweiligen Ergebnisse werden in den dazugehörigen Kapiteln beschrieben.

Die Anforderungen des Krankentransportsektors/BLS sind durch ein Anforderungsprofil für jeweils RS und NKI darstellbar: Diese Hypothesen wurden auf Basis des Handlungsfeldes Rettungsorganisation, welches bei den Workshops erstellt wurde, im kompetenzorientierten Anforderungsprofil für RS im Ö-RD dargestellt. Wie schon beschrieben, wurden bereits Anforderungsprofile für artverwandte Berufe in solchen Profilen dargestellt. Dies belegt die Praktikabilität. Auch Validität und Repräsentativität der Profile wurden schon dargelegt. Zusätzlich war es möglich, die Kompetenzen zu bewerten, den Profilen zuzuordnen und einen Status-Quo der Ausprägungen zu erheben. Aus diesen Gründen wird klar ersichtlich, dass die Anforderungen für RS und NKI in Anforderungsprofilen darstellbar sind.

TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Bereichen des Rettungsdienstes können im Zuge von partizipativen Forschungsworkshops die Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für den Österreichischen Rettungsdienst bewerten und formulieren:

Vergleiche der statistischen Ergebnisse der individuellen Internetumfrage und der Gruppenphase haben gezeigt, dass die Ergebnisse beider Erhebungen gut miteinander vergleichbar sind. Lediglich ein Trend hin zu Interessen von HiOrgs konnte bei der individuellen Internetumfrage festgestellt werden – nach den Hinweisen von Forscher und Moderator während der Workshops konnte der Fokus aber auf die PatientInnenversorgung gelegt werden. Die Ergebnisse, dass die Stakeholder die Anforderungen von SanitäterInnen in Österreich zielgerichtet bewerten und formulieren konnten. Die Hypothese muss also als wahr und belegt angesehen werden. Detaillierte Informationen zu den Ergebnissen der Umfrage und der Gruppenphasen können in Kapitel 6.10 gefunden werden.

Der Status-Quo der Ausprägungen der jeweiligen Teilkompetenzen der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI ist von den Stakeholdern der Workshops abschätz- und bewertbar. Wie die Ergebnisdarstellung der Status-Quo Ausprägung der Kompetenzen für SanitäterInnen in Österreich, welche im Kapitel 7.2 beschrieben wird, zeigt, konnte ein Großteil der Stakeholder die Ausprägung der Teilkompetenzen der erstellten Profile abschätzen und bewerten. Probleme gab es lediglich in Fällen, wenn TeilnehmerInnen nicht aktiv im RD aktiv waren oder in den jeweiligen HiOrgs keine NFS mit Notfallkompetenzen – vor allem NKI – tätig waren. Dann wurden die Ausprägungen nicht bewertet. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt aber, dass ein Großteil der Stakeholder die Ausprägungen – bis auf wenige Ausnahmen – einschätzen konnte. Die Ergebnisse liegen vor allem in Bezug auf NKI weit über den Erwartungen. Mit Hilfe der Ergebnisse in Kapitel 7.2 kann also belegt werden, dass der Status-Quo der Teilkompetenzen von den Stakeholdern eingeschätzt und bewertet werden konnte.

Auch die Hypothese: *Die gegenwärtigen Ausprägungen der von RS geforderten Kompetenzen entsprechen nicht den Anforderungen im Krankentransportdienst* konnte belegt werden. Wie in Kapitel 7.2.6 beschrieben, sind den Bewertungen der Stakeholder zufolge nur 5 von 15 Schlüsselkompetenzen „sehr ausgeprägt“, wie es für Schlüsselkompetenzen von RS notwendig ist. Der Median beträgt hierbei 8 anstatt der geforderten Ausprägung von 9. Für den erweiterten Kompetenzatlas sind die Ergebnisse zufriedenstellend, da – wie gefordert – von 17 Kompetenzen nur zwei nicht „deutlich ausgeprägt“ sind. Der Median liegt auch genau, wie gefordert, bei 7. Da aber Schlüsselkompetenzen für RS essenziell sind, muss bestätigt werden, dass die Anforderungen an RS im Ö-RD derzeit nicht erfüllt werden und Kompetenzentwicklung

notwendig ist, um PatientInnen kompetent versorgen zu können. Die Hypothese wurde also ebenfalls bestätigt.

Die gegenwärtigen Ausprägungen der von NKI geforderten Kompetenzen entsprechen nicht den Anforderungen in der Notfallrettung. Diese Hypothese musste als einzige verworfen werden, da die Ergebnisse der Status-Quo Erhebung zu den Anforderungen an NKI in der Notfallrettung erstaunlich positiv ausfielen. Keine Schlüsselkompetenz und lediglich eine Teilkompetenz des erweiterten Kompetenzatlas für NKI entspricht nicht den Anforderungen. Vorschläge hin zur Kompetenzentwicklung dieser Kompetenz können in Kapitel 8.2 gefunden werden. Auf Grund der positiven Ergebnisse musste diese Hypothese also verworfen werden. Es gilt also, dass die gegenwärtige Ausprägung der von NKI geforderten Kompetenzen den Anforderungen in der Notfallrettung entspricht. Auf Grund der Tatsache, dass es aber nur einen schwindend geringen Anteil an NKI in der Notfallrettung in Österreich gibt, muss das Ziel sein, die Anzahl der NKI zu erhöhen und so eine flächendeckende kompetente Notfallversorgung zu ermöglichen und nicht – wie in vielen Gebieten Österreichs – diese Versorgung von RS durchführen zu lassen. Wie bereits besprochen, sind die Kompetenz-Ausprägungen von RS auch nicht für den Krankentransportdienst ausreichend und somit bei Weitem nicht für die Notfallrettung.

5.5.1.9.8 Gütekriterien

Grundsätzlich akzeptiert auch ein Hybridmodell, wie es in diesem konkreten Fall vorliegt, die drei Gütekriterien: Objektivität, Validität und Reliabilität von Kompetenzerfassungsmethoden, sofern diese quantitativ behaftete Forderung kritisch reflektiert wird. Hierbei gilt es zu beachten, dass Kompetenzen keine Persönlichkeitseigenschaften per se sind, sondern „*Fähigkeiten zum selbstorganisierten, kreativen Handeln*“ repräsentieren. (Erpenbeck, 2012: 25) Sie sind daher schwerer zugänglich und schwer zu messen sowie in unterschiedlichen Situationen variabel und können sich sogar plötzlich verändern. Eine genaue Betrachtung des Handlungskontextes ist daher unerlässlich und wurde im Zuge der Erstellung des Handlungsfeldes bereits am Beginn der Forschungsworkshops durchgeführt – ebenso wie die Kategorisierung für RS im Krankentransportwesen und NKI in der Notfallrettung. Betrachtet man Objektivität, Validität und Reliabilität von Studien, welche mit Hilfe des Kompetenzatlas' durchgeführt wurden, sind die jeweiligen Ausprägungen der Gütekriterien sehr hoch, wobei auch andere Verfahren gute Ergebnisse liefern können. (vgl. Erpenbeck, 2012) Im vorliegenden Fall wurde eine Triangulation von unterschiedlichen Methoden mit

Hilfe eines voll-integrierten Mixed-Methods Designs heranzuziehen, welches sich dem Kompetenzatlas und Elementen von KODE®, insbesondere der Bewertungen der Kompetenzen und des Fragebogens, bedient.

Im Falle der vorliegenden Studie wird, wie auch teilweise im Rahmen der „Grounded Theory“, auf das Belegen der Objektivität verzichtet. (vgl. Mayring, 2012: 297) Einerseits wurde der Forscherstandpunkt schon dargelegt und zeigt zwar, dass der Forscher die Bewertungen der Teilkompetenzen der Stakeholder nicht beeinflusste, sehr wohl aber Entscheidungen treffen konnte, welche Kompetenzen in den Kompetenzatlas aufgenommen wurden. Für die jeweiligen Stakeholder war es im Zuge der Evaluationsphase zwar möglich, dies zu beanspruchen, was aber nicht erfolgte. Zusätzlich waren auch noch immer organisationale Interessen für unterschiedliche Bewertungen ausschlaggebend, auch wenn dies in den Gruppenphasen meist nicht mehr relevant war. Zusätzlich nahmen überwiegend Stakeholder an den Workshops teil, welche – und dies kann unter anderem an den Ausführungen von „der Österreichische Rettungsdienst in 3 Sätzen“ (siehe dazu Kapitel 6.10.1) gesehen werden – an einer Weiterentwicklung des Ö-RD interessiert und mit dem derzeitigen System unzufrieden sind. ExpertInnen, welche mit der derzeitigen Situation im Ö-RD zufrieden waren, waren demnach unterrepräsentiert.

Weitere Gründe, warum auf Objektivität verzichtet wird, ist auch – wie etwa schon zuvor beschrieben – dass im Zuge von Mixed Methods die Realisierbarkeit von Objektivität hinterfragt werden muss. (vgl. Bergman, 2011: 274f.) Dass dies nicht immer der Fall sein muss, zeigen etwa Heyse und Erpenbeck (2010: 23f.) im Zuge des KODE®-Verfahrens zur Messung von Kompetenzen, welches auch auf den in dieser Arbeit verwendeten Kompetenzatlas aufbaut. Allerdings muss hier gesagt werden, dass sich die Objektivität auf die Trainer und Berater bezieht, welche einen Zertifizierungsprozess durchlaufen, welcher unter anderem eine mehrtägige Lizenzausbildung umfasst. (vgl. ebd.: 24) Da dies im Rahmen der eintägigen Workshops und der begrenzten Zeit der TeilnehmerInnen für die Vorbereitung nicht vergleichbar ist, wurde – wie schon beschrieben – der Umstand beibehalten, dass auf die Forderung nach Objektivität verzichtet wird.

Die Belegung der Validität stellt im vorliegenden Forschungsdesign kein schweres Unterfangen dar, da durch die Gegenstandsnahe und die Verwendung subjektorientierter Methoden valide Ergebnisse erzielt werden können. (Mayring, 2012: 297) Auch für die verwendeten Elemente und Fragebögen aus der Anwendung des KODE® Systems gibt es

etliche positive Ergebnisse zur Validität des Verfahrens und der enthaltenen Elemente. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2010: 28ff.)

Die Reliabilität der Versuchsinstrumente und Fragebögen wurde schon mehrfach untersucht. (vgl. Erpenbeck, 2012; Heyse & Erpenbeck, 2010: 28ff.) Zusätzlich wurde für die Umfragen auch Reliabilitätskoeffizient Cronbach-Alpha mittels SPSS ermittelt. Durch die erhaltenen Werte RS- α = 0,971 und NKI- α = 0,972 bestätigt sich die interne Konsistenz der individuellen Internetumfrage. Dies galt auch für die Ergebnisse der Gruppenphase, bei der mit einem α von 0,919 bei RS und einem α von 0,864 bei NKI die interne Konsistenz der Gruppenergebnisse bestätigt werden konnte. Dies gilt auch für die IST-Standerhebungen. Die Ergebnisse für NKI lagen bei α = 0,928 für den erweiterten Kompetenzatlas und bei α = 0,929 für Schlüsselkompetenzen. Im Bereich der RS lag das Ergebnis des erweiterten Kompetenzatlas bei α = 0,962 und bei den Schlüsselkompetenzen bei α = 0,955. Auch hier konnte die interne Konsistenz belegt werden.

5.5.1.9.9 Generalisierungsargumente

In dem für die Anforderungsprofile von SanitäterInnen verwendeten Forschungsdesign handelt es sich um ein Verallgemeinerungsmodell, welches voll integriert ist und in dem sich also alle Schritte aufeinander beziehen. Das Ziel dieses Modells ist es, allgemeingültige Aussagen über SanitäterInnen und die Anforderungen für den Ö-RD treffen zu können. Die Aussagen werden also für jeweils RS im Krankentransport und NKI in der Notfallrettung generalisiert und sind für ganz Österreich sowie auch für alle HiOrgs gültig. Die Ergebnisse sind mit dem für alle SanitäterInnen gültigen Bundesgesetz, dem SanG, ebenfalls kompatibel. Unabhängig davon in welchem Anstellungsverhältnis SanitäterInnen in Österreich ihren Dienst versehen, die Anforderungen gelten in gleichem Maße für alle SanitäterInnen der jeweiligen Ausbildungsstufe und des jeweiligen Anwendungsbereiches. Das Ergebnis wurde, wie beschrieben, durch eine Triangulation unter Verwendung eines Mixed Methods Designs erreicht.

5.5.1.9.10 Praxiskonsequenzen

Wie schon bei Punkt 9 besprochen, können die beiden kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI für alle SanitäterInnen und HiOrgs in Österreich angewendet werden. Dies gilt einerseits für die Ausbildung, allerdings natürlich auch für die

Fort- und Weiterbildung. Durch die Erhebung des Status-Quo und die somit erhaltenen Ergebnisse zu den Ausprägungen der Kompetenzen von SanitäterInnen können gezielt Maßnahmen gesetzt werden, um Kompetenzentwicklung betreiben zu können. Die Ergebnisse können in Kapitel 8.2 gefunden werden.

Ein weiterer praxisrelevanter Umstand ist, dass die in den Profilen enthaltenen Kompetenzen auch standardisiert mit Hilfe von Kompetenzmessverfahren wie etwa KODE®X gemessen werden können. Dies kann einerseits für Ausbildungen und damit verbundene Prüfungen verwendet werden, natürlich aber auch für Personalauswahl, Personalentwicklung, Supervision oder Qualitätsmanagement.

Die in dieser Arbeit erstellten KOAP werden auch im RD-Standardwerk „Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter“ von Redelsteiner et al. (i.D.³) veröffentlicht und stehen so potenziell allen RD-MitarbeiterInnen und Interessierten in Österreich zur Verfügung und sollen einen Überblick zu den von RS und NKI benötigten Kompetenzen liefern.

Dieses Lehrwerk wird auch in RD-Ausbildungsstätten zur Ausbildung verwendet. Ein Beispiel dafür ist etwa das Rote Kreuz Landesverband Kärnten, welches dieses Buch für die Ausbildung von NFS verwendet. Ergänzend soll es auch dazu dienen, dass SanitäterInnen ihre eigene Kompetenzsituation reflektieren und Maßnahmen hin zu einer Kompetenzentwicklung treffen können. (vgl. Schober, i.D.³)

Die fertigen Anforderungsprofile wurden auch den ExpertInnen, welche als Stakeholder an den Workshops teilnahmen, gesendet und dürfen von diesen zu Zwecken der Fort-, Aus- und Weiterbildung verwendet werden. Wie in Kapitel 6.2.2 beschrieben wurde, haben diese Stakeholder unterschiedlichste RD-Backgrounds, weswegen großes Potential darin liegt, die Anforderungsprofile auf diesem Weg verbreiten zu können. Natürlich werden die Anforderungsprofile den Hilfsorganisationen bei Bedarf auch zur Verfügung gestellt, wobei auch eine Betreuung und Einschulung durch den Forscher als sinnvoll zu erachten wäre.

5.5.2 Partizipative Forschung

Der zuvor beschriebene Mixed-Methods-Approach wurde für die Erstellung der Profile und die Bewertung der darin enthaltenen Kompetenzen durch einen partizipativen Forschungsansatz ergänzt.

Unter dem Begriff Partizipation wird *Beteiligung* oder *Teilhabe* verstanden. Im Sinne einer Beteiligung oder Teilnahme wird eine kurzfristige Involvierung von Personen verstanden. Teilhabe hingegen umfasst eine längere Involvierung der beteiligten Personen sowie deren Engagement etwa in einem Forschungsprozess. (vgl. Penz, 2008: 33)

Partizipative Forschung bedient sich eben dieser Partizipation, um Forschungsprozesse mit Hilfe von weiteren Personen durchführen zu können. Bergold und Thomas (2012) verstehen partizipative Forschungsmethoden als

„auf die Planung und Durchführung eines Untersuchungsprozesses gemeinsam mit jenen Menschen gerichtet, deren soziale Welt und sinnhaftes Handeln als lebensweltlich situierte Lebens- und Arbeitspraxis untersucht wird. In der Konsequenz bedeutet dies, dass sich Erkenntnisinteresse und Forschungsfragen aus der Konvergenz zweier Perspektiven, d. h. vonseiten der Wissenschaft und der Praxis, entwickeln. Der Forschungsprozess wird im besten Falle zum Gewinn für beide Seiten.“ (2012: 1)

Mit Hilfe von PF kann also durch Einbeziehung von Ko-ForscherInnen ein Erkenntnisgewinn erzielt werden, der ohne sie nicht möglich wäre. Die Verschränkung der unterschiedlichen Perspektiven stellt eine Voraussetzung für Lernprozesse, aber auch Kompetenzwicklung dar. (vgl. Unger von, 2014a: 1ff.) Zusätzlich kommt es auch zu Empowerment, einer Selbstbefähigung und Ermächtigung der involvierten Stakeholder. (vgl. ebd.: 44ff.) Im Sinne einer Partizipation im Forschungsprozess teilnehmen zu wollen, stellt allerdings bei weitem keine Selbstverständlichkeit dar. Die jeweiligen Gründe, warum Menschen sich dazu bereit erklären, Wissen, Erfahrung und auch Zeit in den Dienst der Forschung zu stellen, sind allerdings dabei ein wichtiger Faktor. (vgl. Rosenbrock & Hartung, 2012: 10f.)

Wie diese PF jedoch realisiert wird, hängt von Praxisbedingungen, dem Projekt und auch der Zielgruppe ab. Eine zentrale Rolle der ForscherInnen stellt die Findung der passenden Stufe der Partizipation dar. (vgl. Mossakowski et al. 2009: 184ff.)

Laut Wright et al. (2008a) gibt es neun Stufen der Partizipation. Lediglich vier dieser Stufen sind für diese Arbeit von Relevanz, da es sich um Partizipation handelt. Die restlichen fünf Stufen sind nur als Vorstufen zu interpretieren.

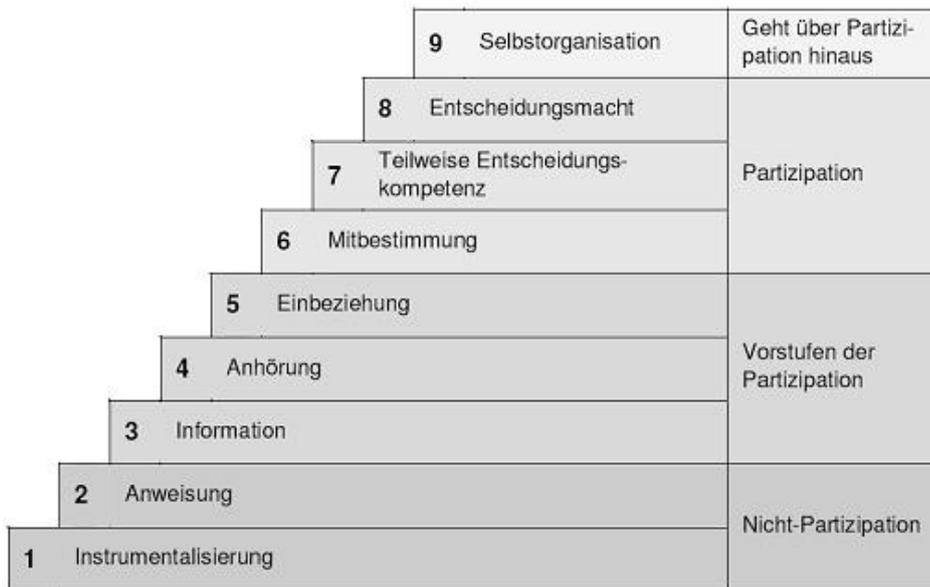


Abbildung 26: Stufenmodell der Partizipation (Wright et al. 2010: 42)

Die sechste Stufe ist jene der *Mitbestimmung*. ForscherInnen bzw. EntscheidungsträgerInnen stimmen wesentliche Aspekte und Maßnahmen mit den Beteiligten ab. Wichtige Fragen können besprochen oder verhandelt werden. Für die Beteiligten besteht zwar Mitspracherecht, doch gibt es keine Befugnisse zu eigenständigen Entscheidungen. (vgl. Wright et al. 2008a)

Teilweise (Übertragung von) Entscheidungskompetenz stellt die siebente Stufe dar und gleichzeitig jene, die in dieser Arbeit angewendet wurde. Durch ein Recht an Beteiligung wird sichergestellt, dass die Ko-ForscherInnen Teile der Forschung selbst bestimmen können. Die Hauptverantwortung für die Umsetzung liegt jedoch noch immer in Händen der ForscherInnen. (vgl. ebd.)

Die nächste und zugleich achte Stufe ist die *Entscheidungsmacht*. Den an der Forschung beteiligten Personen wurde die Macht zugesprochen, die wesentlichen Aspekte von Maßnahmen selbst zu entscheiden. Dies erfolgt jedoch nicht ganz eigenständig, sondern in Kooperation mit einer Einrichtung oder etwa den ForscherInnen. (vgl. ebd.)

Die letzte Stufe von Partizipation ist *Selbstorganisation*. Die Zielgruppe bestimmt, organisiert und führt Maßnahmen eigenständig durch. Jegliche Entscheidung wird eigenverantwortlich getroffen. Im Gegensatz zu den anderen Stufen gibt es keine EntscheidungsträgerInnen außerhalb der Gruppe. (vgl. ebd.) Wie aus dem Modell von Wright et al. (2008a) zu entnehmen, geht Selbstorganisation allerdings über Partizipation hinaus.

Neben der Tatsache, dass PF auf unterschiedlichen Stufen durchgeführt werden kann, sollte aber nicht außer Acht gelassen werden, warum partizipative Forschung durchgeführt wird. Im Sinne der PF gibt es eine doppelte Zielsetzung. Einerseits soll ein Verständnis für die beforschte Thematik erzeugt werden, andererseits sollen Prozesse zur Veränderung initiiert werden. PF zielt darauf ab, Wissen zu generieren, welches nicht als Endpunkt der Forschung gesehen und als „knowledge for understanding“ bezeichnet wird. Dieses Wissen und die gewonnenen Erkenntnisse sollen reflektiert werden, um neue Handlungsansätze und -möglichkeiten zu generieren. Diese werden als „knowledge for action“ verstanden. (Unger von, 2014a: 46) Die Handlung, also die Umsetzung und Nutzung der Erkenntnisse des beforschten Feldes, steht demnach im Zentrum von PF.

5.5.2.1 Vorteile partizipativer Forschung

Grundsätzlich können sich partizipative Forschungsansätze dem gesamten Repertoire der quantitativen und qualitativen Forschung bedienen, was diese Form der Forschung sehr vielseitig werden lässt. (vgl. Minkler, 2005: ii5) Die klar wertbasierte und anwendungsorientierte PF wird oft im Sinne qualitativer Forschung eingesetzt und eignet sich auch für Mixed-Methods-Designs, wie in dieser Arbeit durchgeführt. (vgl. Unger von, 2014a: 98) Die Ergebnisse von PF können auch sehr zutreffend und kontext- bzw. kultursensibel interpretiert werden, was in anderen Formen von Forschung ein nicht immer einfaches Unterfangen darstellt. (vgl. ebd.: 31) Im Folgenden sollen hier weitere Vorteile von PF zusammengefasst werden:

Ein Vorteil von PF ist, dass Forschungsfragen reale Anliegen der Stakeholder und Communities aufgreifen und somit Praxisrelevanz besitzen und die Frage, warum die Forschung durchgeführt wird, nicht legitimiert werden muss. Des Weiteren beinhaltet PF auch forschungsethische Vorteile, da Beteiligte gestärkt werden können und Schaden durch Mitsprache vermieden werden und sogar Kompetenzentwicklung stattfinden kann. Für Stakeholder und Gruppen können Prozessabläufe optimiert werden, was unter anderem durch verbesserte Kommunikation evident werden kann. Die erzeugten (Forschungs-) Ergebnisse weisen auch zumeist praktischen Nutzen und Relevanz über das Wissenschaftssystem hinaus auf. PF eröffnet auch neue Formen der Wissensproduktion und fördert die gesellschaftliche Teilhabe von bislang mitunter benachteiligten Gruppen und erweitert Handlungsspielräume. Das Vertrauen in PF ist auf Grund des Einbezugs

unterschiedlicher Stakeholder ebenfalls als groß eingestuft. (vgl. Minkler, 2005: ii5, Unger, von 2014a: 31; 94; Unger von, 2014b: 14)

5.5.2.2 Grenzen partizipativer Forschung

Auch wenn PF sehr vielseitig ist und auch in unterschiedlichen Forschungsdesigns realisiert werden kann, ist es jedoch nicht zielführend, PF für jegliche Fragen, Settings oder Akteure zu verwenden. Konflikte wie die Verteilung von Macht, oder die Existenz von unterschiedlichen Rollen und Interessen können unüberwindbare Hindernisse für PF darstellen. Unterschiedliche Akteure haben mitunter ungleiche Voraussetzungen zur Teilhabe. Ein weiterer, nicht zu leugnender Aspekt von PF ist deren Akzeptanz in der Wissenschaft, da partizipative Forschungsansätze im deutschen Sprachraum mitunter noch wenig Unterstützung erfahren. Dies ist darauf zurückzuführen, dass mitunter unterschiedliche Gütekriterien im Vergleich zu qualitativer oder quantitativer Forschung vorliegen. (Unger von, 2014a: 85ff.,98; Unger von, 2014b: 15) Kastner ist hingegen sogar folgender Ansicht: „Provokativ könnte ich behaupten, sie hat sogar höhere Gültigkeit, weil sichergestellt ist, dass die Sichtweisen aller an einem Phänomen, einem Feld beteiligten Menschen Beachtung finden.“ (Kastner in Rath, 2017)

5.5.2.3 Formen partizipativer Forschung

Alle Formen von partizipativer Forschung zu beschreiben würde den Rahmen sprengen, da laut Dick (2011) die Fülle der Bezeichnungen für partizipative Ansätze ständig zunimmt. Eine Unterteilung in drei grobe Bereiche von PF kann allerdings vorgenommen werden.

Aktionsforschung bzw. *Action Research* entwickelte sich aus Bestrebungen, soziale Teilhabe zum Zwecke der Demokratieförderung nutzbar zu machen. Dies wird durch Eingriffe in die soziale Praxis mit dem Ziel der Veränderung ermöglicht. (vgl. Unger von, 2014a: 13ff.)

Als zweiter Begriff kann *community-basierte partizipative Forschung* (CBPR) ausgemacht werden, welche speziell Gesundheitsförderung unter Einbezug von WissenschaftlerInnen, Fachkräften und Personen aus der betroffenen Kommune realisiert. (vgl. ebd.: 27ff.)

Zu guter Letzt muss auch *Praxisforschung und partizipative Evaluationsforschung* genannt werden. (vgl. Unger, von 2014a: 22ff.) Praxisforschung stellt einen anwendungsorientierten Forschungsansatz dar, bei dem Fachkräfte und WissenschaftlerInnen miteinander kooperieren, um ein Forschungsvorhaben umzusetzen, welches sich mit der Praxis

beruflichen Handelns in dem jeweiligen Gebiet auseinandersetzt. (vgl. Heiner, 1988: 7) Auch innerhalb dieses Feldes können drei weitere Formen – nämlich: Praxisuntersuchungen, Evaluationsstudien und Aktionsforschung – unterschieden werden. Letztere ist für dieses Forschungsvorhaben relevant, wobei diese Form Aktionsforschung von jener der Action Research abgegrenzt werden muss, da diese pragmatischer und weniger von politischen Interessen beeinflusst ist. (vgl. Unger von, 2014a: 24) Ebenso sollten ForscherInnen Distanz wahren, um reflektieren und analysieren zu können, was in der Aktionsforschung der 1970er Jahre nicht der Fall war. (vgl. Moser, 1995: 8) Die Rolle der ForscherInnen kann aber trotzdem unterschiedliche Ausformungen aufweisen. (vgl. Moser, 2015⁶: 78ff.)

Der Fokus der Aktionsforschung innerhalb der Praxisforschung (und partizipativen Evaluationsforschung) ist eine Verbesserung und Weiterentwicklung der Praxis und wird durch Kooperation von WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen realisiert. (vgl. Unger von, 2014a: 24) Diese Form PF wurde in dieser Arbeit in Form von fünf Forschungsworkshops umgesetzt.

5.5.2.4 Methoden partizipativer Forschung

Im Bereich PF kann eine Vielzahl von unterschiedlichen Methoden zur Forschung herangezogen werden. Moser (2015⁶) beschreibt etwa *Projektjournal, Projekttagebuch, Feldnotizen, Statistische Kenndaten, Portfolio, Ton- bzw. Videodokumentation, Protokolle, Akten, Tagebücher, Selbstanalysen, qualitative Interviews, Fokus-Gruppen, schriftliche Befragungen* und *strukturierte Beobachtungen* als im Rahmen der Praxisforschung gebräuchlich.

Wright et al. (2008b) erweitern diese Methoden um *Angeleitete Arbeitsgruppe, Erfassen von Anfragen und Anliegen, Blitzbefragungen, Kreise der Entscheidung, Nutzerbeirat, Open Space, Projektlogik, SMART Kriterien, Teilnehmende Beobachtung* und *Ziwi-Methode*. Um Details über die jeweiligen Formen zu erhalten, bietet sich eine Befassung mit deren Methodenkoffer an, in welchem Details zu allen Formen zu finden sind.

5.5.2.5 Partizipation im Forschungsprozess: Kompetenzorientierte Anforderungsprofile ÖRD

Nach von Unger (2014b) teilt sich der Ablauf von partizipativer Forschung in sechs Bereiche auf.

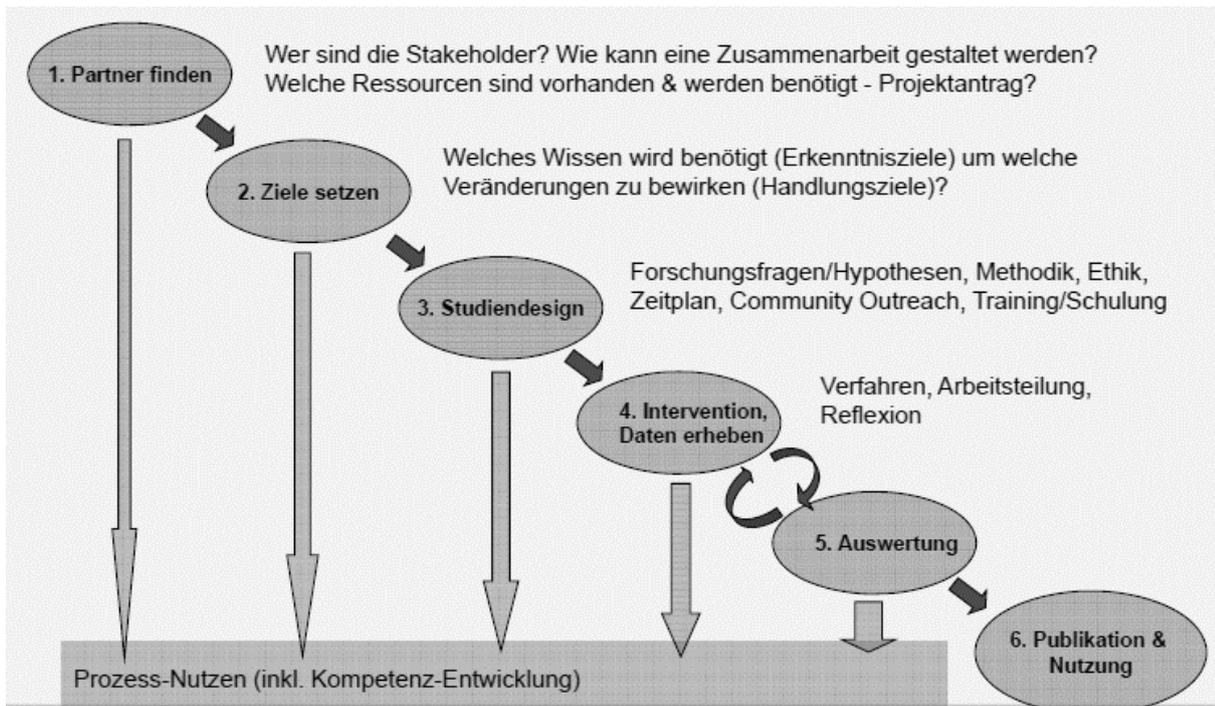


Abbildung 27: Partizipation im Forschungsprozess (Unger von, 2014b: 12)

1. Partner finden

Partizipation bedeutet, dass Stakeholder in den Forschungsprozess eingebaut werden. (vgl. Unger von, 2014b: 8) Im Falle KOAP für den Ö-RD wurden diese in die Datenerhebung bzw. -beschreibung integriert, sowie auch die Auswertung. Auch für Verbreitung und Nutzung der Profile sind diese Stakeholder relevant. Der Ablauf und die Entscheidungen bezüglich der Stakeholder können in Kapitel 6.2.2 gefunden werden. Wesentlich für die Erforschung in Form PF ist allerdings die Tatsache, dass es sich bei den Forschungsworkshops um einen hierarchiefreien Raum handelte, welcher für PF notwendig ist. (vgl. Sprung, 2016: 04-6) Da Moderator und Stakeholder gleichberechtigte Partner darstellten und der Forscher den Workshops hauptsächlich zu Dokumentationszwecken bzw. einer kurzen theoretischen Einführung beiwohnte, war keine Hierarchie gegeben. Ebenso wurden die Stakeholder in unterschiedliche Phasen der Forschung – auch außerhalb der Workshops – einbezogen und konnten die Ergebnisse mitbestimmen, hatten also, wie bereits beschrieben, teilweise Entscheidungsmacht.

2. Ziele setzen

Das benötigte Wissen zum Rettungsdienst wurde von den Stakeholdern selbst mitgebracht, Inhalte zu Themen wie Kompetenzen und der Ablauf der Workshops wurden vor den Workshops an die TeilnehmerInnen ausgesandt bzw. im Laufe einer kurzen theoretischen Einführung am Beginn der Workshops gegeben. Die Zielsetzung beinhaltete zuerst, dass

umfangreiche, aussagekräftige KOAP für den Ö-RD erstellt werden sollten, da diese bislang noch nicht existent waren.

3. Studiendesign

Die Forschungsfragen können in Kapitel 5.4 gefunden werden und behandeln die Thematik, was RS und NKI können müssen, um PatientInnen kompetent versorgen zu können. Gleichzeitig war es auch notwendig, einen Status-Quo dieser Kompetenzen explorativ zu erheben und darauf aufbauend Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung durch Fort- und Weiterbildungen zu ermöglichen. Eine Auseinandersetzung mit den Hypothesen kann ebenfalls in den genannten Kapiteln gefunden werden.

Die Form der partizipativen Forschung ist Praxisforschung, da ExpertInnen aus der RD-Praxis aktiv an der Thematik forschen. Dies erfolgte in einem Mixed-Methods-Approach (siehe Kapitel 5.5.1) in Form von fünf Forschungsworkshops im Umfang eines Tages. Diese enthielten sowohl qualitative Elemente – wie Gruppendiskussionen – aber auch quantitative Methoden – wie einen Online-Fragebogen oder die Bewertung der einzelnen Teilkompetenzen. Es wurden inhaltliche Kriterien entwickelt, welche durch die unterschiedlichen Stakeholder der Workshops bearbeitet wurden. (vgl. Moser, 2015⁶: 75)

Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgte in unterschiedlicher Weise. Die Ergebnisse der quantitativen Umfragen wurden auf einer Online-Datenbank hinterlegt, sowie lokal als Datenbank-Dateien gespeichert und in den Programmen Excel und SPSS ausgewertet. Die Ergebnisse der Kompetenz-Bewertungen auf den Flipcharts und Plakaten wurden abfotografiert und somit digitalisiert. Die Handlungsfelder für den Ö-RD wurden für jeden Workshop als einzelne Mind-Map gespeichert. Zusätzlich wurden während der Workshops auch digitale Protokolle erstellt. Die Beschreibungen der Teilkompetenzen und die Ergebnisse des Rettungsdienstes in 3 Sätzen wurden in Form von Word-Dateien auf dem Laptop hinterlegt. Alle Formen der Dokumentation wurden digitalisiert und auf einem Cloud-Service, sowie mehreren Festplatten gesichert.

Zusätzlich sollten diese Profile als Grundlage für Aus-, Fort- und Weiterbildung, Personalentwicklung, Qualitätsmanagement oder auch kompetenzorientierte Prüfungen dienen, aber auch für alle SanitäterInnen aus dem Ö-RD zugänglich sein. Dies wurde unter anderem durch die Veröffentlichung im Lehrwerk „Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter“ (Redelsteiner et al. i.D.³) sichergestellt.

4. Intervention, Daten erheben

Die Ergebnisse der gesammelten Daten wurden im Anschluss vom Forscher zusammengefasst, reflektiert und erweitert. Die daraus entstehenden Produkte, die finale Version des „Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich“ sowie die umfangreichen KOAP für RS und NKI wurden im Anschluss in die Stakeholder gesendet. Die TeilnehmerInnen hatten danach im Zuge einer Evaluationsphase rund zwei Monate Zeit, die Ergebnisse zu reflektieren und bei Bedarf, Änderungsvorschläge bzw. ihre Gedanken zu teilen.

Zusätzlich erfolgte auch eine Status-Quo-Bewertung der Teilkompetenzen, welche einen Überblick über die Ausprägungen der Kompetenzen von RS und NKI in der Praxis geben sollten.

5. Auswertung

Im nächsten Schritt folgte die Auswertung der Ergebnisse nach den Reflexionen der Stakeholder, welche im Zuge der Evaluationsphase stattfinden konnten. Die umfangreichen Profile konnten also als finalisiert angesehen werden.

Der erhobene Status-Quo der Ausprägungen der Teilkompetenzen von RS und NKI in der Praxis lieferte Erkenntnisse über die (Kompetenz-)Situation in der Ö-RD-Praxis. Darauf aufbauend wurden Vorschläge zur Kompetenzentwicklung für SanitäterInnen unterbreitet, welche dazu dienen sollen, RS und NKI bei der (Weiter-) Entwicklung von Kompetenzen zu unterstützen.

6. Publikation und Nutzung

Den letzten Schritt stellt die Einreichung der Dissertation bzw. die Veröffentlichung der Profile in Kurzform in Redelsteiner et al. (i.D.³) dar. Durch die rege TeilnehmerInnen von ExpertInnen aus dem Feld, welche mitunter Schlüsselpositionen des RD in Ö innehaben, besteht Hoffnung, dass die erstellten Profile bzw. die gewonnen Erkenntnisse für weitere Erarbeitungen im Feld des RD herangezogen werden und als Grundlage für weitere Forschungen dienen.

5.6 Forschungsworkshops

Die partizipativen Forschungsworkshops wurden in Abstimmung mit Moderator Werner Kohler, einem Experten für Workshops, Kommunikation und auch Rettungsdienst konzipiert. Das Grundkonzept beruht auf den in der Praxis etablierten Workshopkonzepten von Lipp und Will (2008). In dem vorliegenden Kapitel werden diese theoretischen Grundlagen vorgestellt und mit dem Vorgehen bei den durchgeführten Forschungsworkshops zur Erstellung von kompetenzorientierten Anforderungsprofilen für RS und NKI in Beziehung gesetzt.

5.6.1.1 Workshop Definition

Spricht man von Workshop, muss der Terminus zuerst definiert werden, da er sonst mit Begriffen wie Seminar oder Fortbildung verwechselt wird. Was also sind Workshops?

„Workshops sind Arbeitstreffen, in denen sich Leute in Klausuratmosphäre einer ausgewählten Thematik widmen.“ (Lipp & Will, 2008: 13)

Diese Definition impliziert, dass es bei einem Workshop also nicht um Spaß geht, sondern auch ein notwendiges Maß an Ernsthaftigkeit an den Tag gelegt werden muss, um eine Thematik erarbeiten zu können. Des Weiteren sollten folgende Grundelemente eines Workshops nach Lipp & Will (2008: 13) gegeben sein:

- *„Arbeit*
- *In einer Gruppe,*
- *An einer Aufgabe,*
- *Außerhalb der Routinearbeit“*

Es muss also klar sein, dass sich Workshops einer Aufgabe/Thematik widmen und nicht verschiedene Aufgaben verfolgen sollen. Das Ziel muss also klar sein, auch wenn der Ausgang nicht immer vorhersehbar sein muss. Zusätzlich ist es notwendig, dass die Workshop-Gruppe nicht gewohnte Routinen abarbeitet, sondern sich außerhalb der sonst vorherrschenden Norm bewegt. Das bedeutet also, dass Workshops nicht innerhalb der normalen Arbeitsroutine ablaufen sollen. Neben diesen Grundelementen sind auch noch weitere Merkmale von Workshops zu beachten:

- *„Teilnehmer sind Spezialisten und Betroffene.*

- Die Leitung übernimmt ein Moderator als Experte für Besprechungsmethodik und Gruppendynamik.
- Das Zeitbudget ist nicht zu knapp bemessen.
- Die Ergebnisse wirken über den Workshop hinaus.“ (Lipp & Will, 2008: 13)

Am Beispiel der fünf durchgeführten Forschungsworkshops können diese Merkmale, mehr oder weniger stark ausgeprägt, ausgemacht werden. Die TeilnehmerInnen der Workshops waren durchwegs Spezialisten des Rettungsdienstes oder Betroffenen durch das Schnittstellenmanagement im Rettungsdienst. Aus diesem Grund war auch die Identifizierung mit dem Thema überaus hoch angesiedelt und das Interesse an der Erarbeitung der Thematik sehr hoch.

Eine weitere Gemeinsamkeit aller Forschungsworkshops war, dass die Leitung durch die Workshops von einem Moderator übernommen wurde, der als Experte für Abläufe von Workshops und die Kommunikation in der Gruppe fungierte. Der Forscher übernahm die Dokumentation und gab einen Überblick zur Thematik. Die einzelnen Schritte und Abläufe finden sich im Anschluss bei der Beschreibung „Ablauf der Workshops“.

Ein Manko, dem bestmöglich entgegen zu wirken versucht wurde, war das Zeitbudget. Da die Zeitressourcen aller Stakeholder begrenzt waren und die Teilnahme überwiegend freiwillig erfolgte, sollte die effektive Zeit der Workshops möglichst geringgehalten werden. Um dies zu erreichen, wurden schon Vorarbeiten wie etwa die Erstellung eines Handlungsfeldes als Basis zur Erarbeitung des Handlungsfeldes Rettungsorganisation Österreich, eine Onlineumfrage und vorgefertigte Kärtchen zu den 64 Teilkompetenzen, jeweils für RS und NKI, während der Bewertung der einzelnen Kompetenzen getroffen. Zusätzlich wurden auch noch etliche weitere Workshopmaterialien und -unterlagen erstellt und ausgeteilt, um möglichst effektiv arbeiten zu können. Schlussendlich konnte die Aufgabe – Erstellung von Profilen für jeweils RS und NKI – aber weitestgehend erfüllt werden. Um das begrenzte Zeitkontingent aber ausweiten zu können, bestand für die Stakeholder – im Sinne von partizipativer Forschung – auch noch nach den Workshops die Möglichkeit, während einer Evaluationsphase den Profilen fehlende Elemente hinzuzufügen und Bedenken über die gewählten Formulierungen zu äußern.

Der womöglich entscheidendste Punkt der Forschungsworkshops war, dass die Ergebnisse über die Workshops hinaus wirksam sein sollten. Dies wurde insofern garantiert, als dass die mitwirkenden Stakeholder größtenteils Schlüsselpositionen in den Organisationen inne haben

und auch mitunter Entscheidungsträger sind, welche diese Profile in die tägliche Praxis von RS und NKI implementieren können.

5.6.1.2 Argumente für Workshops

Generell bedeuten Workshop einen großen zeitlichen und materiellen Aufwand, welcher in diesem konkreten Fall vor allem der Zeitaufwand der einzelnen Stakeholder, des Moderators und des Forschers war. Nichtsdestotrotz sprechen etliche Argumente für Workshops. (vgl. Lipp & Will, 2008: 16) Im Folgenden werden fünf Argumente für Workshops auf die fünf Forschungsworkshops projiziert.

- Während der fünf Forschungsworkshops lag der Fokus auf der Erstellung von KOAP für RS und NKI im Ö-RD. Durch die Methode des Workshops ist es mit Hilfe des Moderators möglich, Ausuferungen der Gespräche bestmöglich zu vermeiden und diese Gespräche hin zu einer Entscheidungsfindung zu leiten.
- Der begrenzte Zeitrahmen der Workshops, das Interesse am gemeinsamen Ziel und die Arbeit in den Gruppen waren schließlich entscheidend, um zu einer kurzfristigen Aktivierung von Leistungsreserven zu führen. Alle sechs Gruppen arbeiteten mit großem Arbeitseifer und hoher Produktivität an der Erstellung der Profile für RS und NKI.
- Auf Grund der unterschiedlichen Backgrounds und Erfahrungen der Stakeholder, was eine große Vielfalt an unterschiedlichen Sichtweisen bedingte, wurden unterschiedliche Gedanken und Überlegungen hinsichtlich des RD angeregt. Der Austausch an Meinungen und Sichtweisen resultierte in Synergieeffekten – das Ergebnis war demnach mehr als die Summe der einzelnen Meinungen und diente als Basis für möglichst allumfassende Anforderungsprofile.
- Ein weiteres Argument, das für Workshops spricht, ist die Tatsache, dass Workshop-Ergebnisse Gruppenergebnisse sind. Es kann also nach der Erstellung der Profile nicht behauptet werden, dass dies eine Individualentscheidung von einzelnen Akteuren war, vor allem, da die Variabilität der Stakeholder gegeben war und unterschiedlichste Backgrounds miteinbezogen wurden.
- Positive Nebeneffekte der Workshops waren nicht nur Networking unter den TeilnehmerInnen, sondern auch die Zusammenarbeit in Teams und das Einbringen von Informationen in kurzer, präziser Form, was für den RD mitunter auch von Relevanz sein kann.

5.6.1.3 Argumente für Gruppenentscheidungen

Im Kapitel der Workshops wird ausführlich beschrieben, wie es zur Zusammensetzung der Gruppen gekommen ist und welche unterschiedlichen Stakeholder an den fünf Forschungsworkshops teilnahmen. Grundsätzlich muss aber geklärt werden, warum die Erarbeitung der Profile in Form von Workshops und dadurch in Gruppenentscheidungen erstellt wurden.

Das Rettungswesen in Österreich besteht aus unterschiedlichen Hilfsorganisationen und anderen Institutionen, die alle einer gemeinsamen Sache, dem Rettungsdienst, verpflichtet sind. Aus diesem Grund macht es auch Sinn, einen kooperativen und partizipativen Forschungsstil auszuführen. Entscheidungen werden demnach multi-organisational und auch interdisziplinär getroffen, da die Akteure des RD, aber auch MitarbeiterInnen von Schnittstellen des Rettungsdienstes Mitbestimmungsrecht an der Erstellung der Profile haben.

In dieser Weise ist es möglich, bei den Bewertungs- und Entscheidungsprozessen unterschiedliche Sichtweisen und mehrere Blickwinkel einbinden und diskutieren zu können. Dies ermöglicht, dass einerseits Fehler vermieden werden und andererseits auch fehlende Elemente eingebaut werden können. Zusätzlich fällt nicht nur eine Person Entscheidungen, sondern die Verantwortung für die Inhalte lasten auf mehreren, mitunter sehr unterschiedlichen Schultern, was die Akzeptanz der Profile innerhalb des Rettungsdienstes erhöhen sollte. (vgl. Lipp & Will, 2008: 109)

Die Entscheidung, Kleingruppen für die fünf Workshops einzusetzen, beruht darauf, dass Kleingruppen „viel zielgerichteter, effektiver und schneller als die immer etwas schwerfälligen Gruppen über sechs Teilnehmern“ arbeiten. (Lipp & Will, 2008: 126)

5.6.1.4 Ablauf des Workshops

Die fünf RD-Forschungsworkshops liefen nach mehreren Schritten ab, welche im Folgenden vorgestellt werden

- **Vorfeldkontakte:** Bevor die Stakeholder an den WS teilnehmen konnten, musste der Forscher diese zuerst ausfindig machen und kontaktieren. Eine detaillierte Beschreibung dieses Prozesses kann im Kapitel zu den Forschungsworkshops gefunden werden.

- **Einfädelphase:** Die Stakeholder wurden gebeten, drei Sätze, welche ihrer Meinung nach den Ö-RD in Österreich beschreiben, vorzubereiten. Hiermit wurde eine erste Auseinandersetzung mit der Thematik eingefädelt. Zusätzlich wurden den TeilnehmerInnen auch Basisinformationen bezüglich der Thematik zur Verfügung gestellt, um einen groben Überblick bezüglich der Thematik zu erhalten.
- **Informationsphase:** Während dieser Phase stellten sich Forscher und Moderator vor und lieferten die wichtigsten Details bezüglich der Forschungsfrage, der Thematik und des Ablaufes der Workshops. Dieser Schritt wurde durch eine PowerPoint-Präsentation unterstützt. Essenziell war es, die Informationsflut kurz zu halten und nur die wichtigsten Aspekte im Zuge dieses Schrittes wiederzugeben. Für den Forscher war es leicht, den Rahmen der Veränderung durch die Profile für RS und NKI abzustecken. Bisher gab es nichts Vergleichbares und das SanG von 2002 bildet wenige Anforderungen grob ab und nennt hauptsächlich die Ausbildungsthemen und deren Dauer. Über Kompetenzen von SanitäterInnen ist nichts zu lesen.
- **Zielphase:** Mit der Informationsphase einhergehend wurden auch die Ziele und das Forschungsinteresse vorgestellt. Es wurde hier klar darauf hingewiesen, dass die kompetente Versorgung von PatientInnen im Mittelpunkt der Forschung steht. Organisatorische Elemente sollten hier außen vor gelassen werden, da diese eine sinnvolle Erarbeitung der Thematik unmöglich machen würden und eher einen Status-Quo als ein Idealbild der Kompetenzen von SanitäterInnen darstellen würden.
- **Ideensuche und Ordnung:** Als erster Schritt wurde der Bezug der TeilnehmerInnen zum Terminus Rettungsdienst hergestellt. Ein Handlungsfeld wurde erstellt, um gewährleisten zu können, dass alle TeilnehmerInnen das gleiche meinten, wenn sie vom Ö-RD sprachen. Als nächster Schritt in dieser Phase wurde die Frage nach der Relevanz von Kompetenzen in den Raum gestellt. Die Stakeholder mussten zuerst alle potenziellen 64 Teilkompetenzen nach ihrer Relevanz für RS und NKI bewerten. Dies erfolgte zuerst individuell am Laptop oder Tablet. Dieser Schritt wurde als Back-Up durchgeführt, sollten sich trotz Moderator gruppenspezifische Prozesse zu dominant präsentieren und nur die Meinung von Einzelnen in die Profile Einzug finden.
- **Vertiefung:** Während dieses Schrittes wurden die 64 potenziellen Teilkompetenzen für RS und NKI zuerst entweder gestrichen oder beibehalten. Irrelevante Kompetenzen, vor allem mit organisationalen oder betriebswirtschaftlichen Aspekten,

konnten hier schon gestrichen werden, um in weiterer Folge Zeit und Arbeit sparen zu können.

- **Bewerten und Entscheiden:** In diesem Schritt mussten die Teilkompetenzen den drei Kategorien +, - oder ~ zugeordnet während, was einer Clusterung und Bewertung entsprach. Dies war essenziell, da nur die wichtigsten Kompetenzen in die Profile aufgenommen und definiert werden sollten.
- **Präsentation und Diskussion der Ergebnisse:** Nachdem die Relevanzen der einzelnen Teilkompetenzen für RS und NKI geklärt und etliche Kompetenzen beschrieben waren, wurde ein kurzes Round-Up durchgeführt.
- **Maßnahmenkatalog:** Zum Abschluss der Workshops wurden noch kurz die weiteren Schritte der weiterführenden partizipativen Forschung besprochen. Demnach sollten alle Stakeholder die vorläufigen Profile zur Durchsicht erhalten, um etwaige Ergänzungen oder Korrekturen einarbeiten zu können.
- **Schlusspunkt und Nachsorge:** Dieser Schritt war nicht mehr unmittelbar Teil des Workshops. Die TeilnehmerInnen bekamen demnach die fertigen Ergebnisse zugesandt und durften auch die Profile zur Weiterentwicklung des Ö-RD verwenden.

5.6.1.4.1 Workshop-Material

Eine Entlastung eines Workshops durch zuvor erfolgte Informationsweitergabe funktioniert in vielen Fällen nicht. Aus diesem Grund wurden einige Punkte beachtet, um den Erfolg des Vorabmaterials zu garantieren. (vgl. Lipp & Will, 2008: 39f.)

- **Eindeutige Aufgabenstellung:** Die TeilnehmerInnen wurden kurz und prägnant über die Aufgabenstellungen der Workshops informiert und wurden gebeten, Laptops oder Tablets mitzubringen. Zusätzlich sollten sie auch den Ö-RD in 3 Sätzen beschreiben und diese Beschreibungen zu den Workshops mitbringen. Dies klappte bei allen Workshops.
- **Lesefreundlich: Klare Struktur und Kurzversion.** Auf 4 Seiten Text wurden Informationen zum Ablauf, eine Beschreibung sowie eine Abbildung des Kompetenzatlas sowie ein Abstrakt der Arbeit und Informationen zum Autor präsentiert. Weniger als 3 Seiten entfielen hierbei auf reinen Text.
- **Zusätzlich: Das Gedächtnishilfe-Plakat im Workshop.** Bei den fünf Forschungsworkshops wurde der Kompetenzatlas in Posterformat ausgedruckt. Mit

diesem wurde auch direkt gearbeitet. Zusätzlich erhielten die TeilnehmerInnen auch noch Ausdrucke mit den Inhalten als Gedächtnisstütze und weitere Informationen.

Die Einhaltung dieser Punkte und hohe Eigenmotivation der TeilnehmerInnen führte anscheinend zum Erfolg bei den Workshops. Alle TeilnehmerInnen hatten Laptop und Tablet – wie in den Vorabinformationen gewünscht – bei den Workshops mit. Zusätzlich hatten die TeilnehmerInnen auch 3 Sätze über den Ö-RD vorbereitet. Dies zeigte also, dass die Informationen durchgelesen wurden und die Aufgaben auch erledigt wurden.

5.6.1.4.2 *Diskussionsformen bei den Workshops*

Die strukturierten Diskussionen im Laufe der Workshops beruhten auf den fünf Prinzipien der Durchführung von Gruppendiskussionen nach Przyborski und Wohlrab-Sahar. (2014⁴: 139ff.) Zuallererst war es wichtig, eine *Nicht-Beeinflussung* durch Forscher und Moderator zu gewährleisten. Das nächste Kriterium stellte die *Spezifität* der Befragung dar, bei der die Stakeholder die Möglichkeit bekommen, die Bedeutung bestimmter Aspekte der Gesamtsituation zu erläutern. Das nächste Prinzip umfasste die *Erfassung eines breiten Spektrums* an Meinungen und Ansichten. Der *Bezug* der Stakeholder stellte ebenfalls ein relevantes Kriterium dar. Das letzte Prinzip war die „*Nutzbarmachung und Kontrolle der Gruppendynamik im Hinblick auf den Fokus*“. (ebd.: 141)

Während der Workshops war es auch relevant, die Diskussionen zu strukturieren. Bei den Workshops waren die 10 Schritte gut durchgedacht und geplant, was den Ablauf immens erleichterte. Die Diskussionsphase gliederte sich in die drei Schritte: Ideensuche und Ordnung, Vertiefung sowie Bewerten und Entscheidungen. Hier hatte der Moderator alle Hände voll zu tun, die Diskussionen nicht ausufern zu lassen, damit sich die TeilnehmerInnen nicht vom Thema und der Aufgabe entfernten. Im Wesentlichen waren die jeweiligen Schritte in die folgenden drei Phasen unterteilt. Dies gilt für alle drei Schritte der Diskussionsphase.

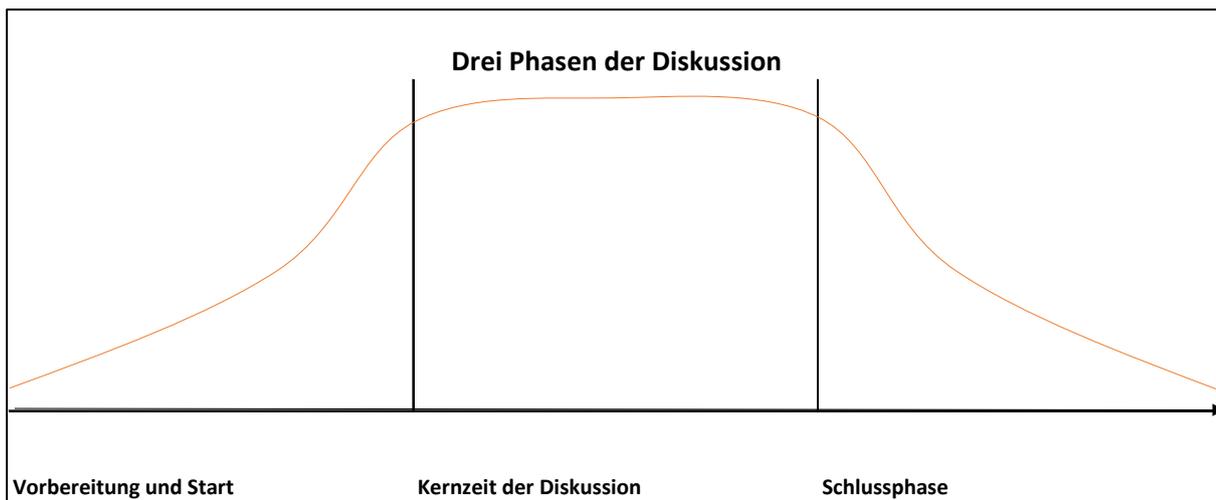


Abbildung 28: Drei Phasen der Diskussion (Lipp & Will, 2008: 56, eigene Abbildung)

In diesen drei Phasen mussten etliche Punkte beachtet werden, um einen effektiven Workshop gewährleisten zu können. (vgl. Lipp & Will, 2008: 56ff.) Natürlich war dies während aller drei Schritte der Workshops, an denen Diskussionen stattfanden, relevant. Es wurde penibel darauf geachtet, dass weder Moderator noch Forscher einen Einfluss auf das Ergebnis der Diskussionen hatten. Moderationstechnisch wurden die Diskussionen geleitet und nicht geführt.

Phase 1: Vorbereitung und Start

- Stimmen Rahmenbedingungen und Atmosphäre?

Vor den Workshops wurden die Stakeholder, wie im Kapitel zu den Workshops ausführlich beschrieben, selektiert, um ein möglichst breites Spektrum für den Ö-RD abbilden zu können.

Die Atmosphäre während der Workshops präsentierte sich recht familiär, da man im RD, auch mit Personen, die man nicht persönlich kennt, per du ist. Zusätzlich wurden auch Rahmenbedingungen wie Verpflegung, Unterlagen oder Anordnung der Sitzgelegenheiten auf die TeilnehmerInnen abgestimmt.

- Themen und Ziele präzisieren

Die genaue Thematik wurde in der Informationsphase präzisiert und der positive Aspekt – eine kompetente PatientInnenversorgung – hervorgehoben..

- Spielregeln klären und vereinbaren

Vorab mussten nicht viele Spielregeln abgeklärt werden. Es musste lediglich klargestellt werden, dass alle TeilnehmerInnen zu Wort kommen sollten und Themen zu den Organisationen keinen Platz in den WS hatten, da die Thematik ausschließlich die PatientInnenversorgung war. Stärkungen während der Diskussionen und auch Telefonanrufe waren natürlich gestattet.

Phase 2: Kernzeit der Diskussion

- Vereinbarte Diskussionsregeln einhalten

Grundsätzlich müssen die Disziplin und der freundliche Umgang unter den Stakeholdern erwähnt werden. Einzig auf Grund des Abdriftens in organisationale Thematiken mussten Diskussionen abgebrochen und in Richtung PatientInnenversorgung geleitet werden. Dies war vor allem anfangs in mehreren Workshops der Fall.

- Strukturieren, vermitteln, unterstützen

Während der zweiten Phasen wurden Schlüsselworte und Kompetenzen wiederholt und zusammengefasst. Zusätzlich wurden die TeilnehmerInnen auch darin unterstützt, die jeweiligen Aussagen und Definitionen auf den Punkt zu bringen – als Hilfe diente hierzu auch ein Handout mit 193 Operatoren zur Beschreibung von Kompetenzen. Ein zentraler Teil der Workshops war es auch, den roten Faden nicht zu verlieren und immer wieder auf den Fokus der PatientInnenversorgung hinzuweisen. Neue Gesichtspunkte mussten bei den Workshops nicht ins Gespräch gebracht werden, da die TeilnehmerInnen durchwegs die Thematiken realistisch, kreativ, innovativ, aber auch umfassend diskutierten.

- Optisch unterstützen und mitvisualisieren

Die Stakeholder wurden während der Diskussionen von etlichen Materialien optisch unterstützt. Allem voran ist der auf Postergröße ausgedruckte Kompetenzatlas zu nennen. Zusätzlich wurden auch noch etliche Handouts ausgedruckt. Des Weiteren wurden auch die Ergebnisse während der Bewertungs- und Entscheidungsphase auf Flipcharts visualisiert, indem Kärtchen den verschiedenen Kategorien „+“, „-“, und „~“ zugeordnet wurden. Der Forscher protokollierte hier Diskussionen und Ergebnisse mit. Im Rahmen der Erstellung des Handlungsfeldes für den Rettungsdienst, welches dann in Handlungsfeld Rettungsorganisation umbenannt wurde, visualisierte der Forscher das

Mind-Map auch in Echtzeit und präsentierte noch während der Workshops das fertige Mind-Map für alle TN der fünf Workshops.

Phase 3: Schlussphase

- Schluss- und Landepunkt anpeilen

Während der Workshops kamen alle Stakeholder zu Wort und es mussten keine Signale für das Ende von Diskussionen eingeführt werden. Bei Wiederkehr gleicher Themen, wie etwa organisationale Interessen, wurde abgebrochen und der Fokus wieder auf die Kompetenzen zur PatientInnenversorgung gelegt.

- Ergebnissicherung

Möglichst umfassend dokumentierend fasste der Forscher Diskussionen und Ergebnisse während der Workshops in Form von Protokollen zusammen. Der Moderator lenkte diese Diskussionen. Die Ergebnisse, in diesem Fall die Profile und das Handlungsfeld, wurden den TeilnehmerInnen danach zur weiteren Evaluation und Reflexion zur Verfügung gestellt – mit der bitte um Änderungsvorschläge. Die daraus resultierende finale Version der Profile und des Handlungsfeldes wird den TeilnehmerInnen ebenfalls zur weiteren Nutzung zur Verfügung gestellt.

- Emotionalen Schlusspunkt setzen

Vor allem während der Erstellung der Definitionen von Kompetenzen waren die Anstrengungen der TeilnehmerInnen deutlich zu spüren. Zusätzlich erfolgten die Verschriftlichungen der Kompetenzbeschreibungen nach aufwändiger Erarbeitung eines Handlungsfeldes und der Bewertung der Kompetenzen. Aus diesem Grund wurden bei den Workshops, wenn nötig, vor Beendigung der Definition aller Kompetenzen ein Schlussstrich gezogen und nicht alle Kompetenzen definiert. Zentral war hier die Bewertung der Relevanz, da nach den Workshops alle Ergebnisse zusammengefasst wurden und alle TeilnehmerInnen in einer Evaluationsphase noch die Möglichkeit hatten, fehlende Definitionen nachzureichen. Um die MUST-Do und CAN-Do Kompetenzen definieren zu können, waren aber die die Bewertungen der Relevanz essenziell. Diese Ergebnisse konnten bei allen Workshops vollständig erfasst werden.

Nachdem die Stakeholder sichtlich erschöpft waren, wurde Ihnen noch für die überwiegend freiwillige Teilnahme gedankt.

5.6.1.4.3 Methodenmix: Entscheidungsmatrix und Kartenabfrage

Um die Inhalte besser visualisieren zu können und Übersichtlichkeit zu bewahren, wurden der Kompetenzatlas in Posterformat zur weiteren Bearbeitung ausgedruckt und alle 64 Teilkompetenzen jeweils für RS und NKI auf Kärtchen geschrieben. Grundsätzlich handelt es sich methodisch um eine Kartenabfrage, allerdings mit dem Unterschied, dass nicht die Stakeholder Themen auf die Kärtchen schreiben, sondern, dass die vorgegeben Kärtchen auf Grund Ihrer Relevanz ausgewählt oder weggelassen werden. (vgl. Lipp & Will, 2008: 75ff.) Der Moderator muss weiterhin die Kärtchen ordnen, die Anzahl der möglichen Teilkompetenzen ist aber mit 64 begrenzt.

Um die Relevanz der Teilkompetenzen für die Profile zu dokumentieren, mussten diese Kärtchen nicht nur ausgewählt, sondern auch bewertet werden. Dies erfolgte in Form von vier Kategorien.

Die erste Kategorie war die Streichung. Wurde eine Teilkompetenz bei der ersten Diskussion gestrichen, musste diese nicht mehr weiter zugeordnet werden, sondern verschwand gänzlich aus dem weiteren Workshop-Verlauf. Die verbleibenden Workshop-Kompetenzen wurden dann den Kategorien „+“ (überaus relevant), „~“ (relevant) und „-“, (weniger relevant) zugeordnet. Im Laufe der Bewertung wurde verständlich gemacht, dass *minus* nicht bedeutet, dass diese Kompetenz gänzlich irrelevant für SanitäterInnen ist, sondern lediglich wenig Relevanz hat und weiterhin nicht in den Profilen angeführt werden muss. Die Kompetenzen, welchen den Kategorien „+“ und „~“ zugeordnet wurden, sollten im Laufe der Workshops beschrieben werden. Dies erfolgte während der Workshops vor allem für Kompetenzen aus der „+“ Kategorie. Kompetenzen aus der „~“ Kategorie wurden während der Workshops aufgrund zeitlicher Engpässe oft nicht gänzlich beschrieben.

Während der Bewertungen wurde die Zuordnung moderiert und bei Bedarf inhaltliche Klärungen vom Forscher vorgenommen. Dies erfolgte unter anderem auch unter Zuhilfenahme der Workshop-Unterlagen, welche die TeilnehmerInnen in ausgedruckter Form zur Verfügung gestellt bekommen hatten.

Die Auswertung erfolgte mit Hilfe einer Entscheidungs- bzw. Bewertungsmatrix, wie auf dem Bild oben ersichtlich ist. (vgl. Lipp & Will, 2008: 120) Die jeweiligen Kärtchen der 64 Teilkompetenzen wurden für RS und NKI der Relevanz „+“, „~“ oder „-“ zugeordnet. Die Zuordnung erfolgte allerdings nicht mit einem Punktesystem, sondern durch Diskussion in der Kleingruppe. Nach diesen Schritten erfolgten die Definition der Beispiele und Kompetenzbeschreibungen für den Rettungsdienst. Diese können in den KOAP für RS und NKI gefunden werden.

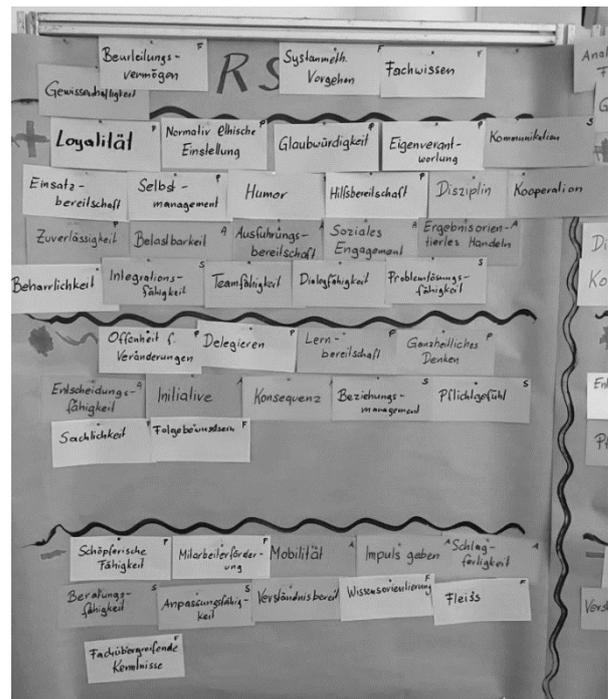


Abbildung 29: Plakat Entscheidungsmatrix Kompetenzen RS

5.7 Evaluationsphase

5.7.1 Bewertung der Kompetenzen

Die jeweiligen Teilkompetenzen der Anforderungsprofile für RS und NKI, welche den Kern des Forschungsprojekts darstellen, wurden durch die Stakeholder der fünf Forschungsworkshops und zusätzliche ExpertInnen, welche Teil der Evaluationsphase waren, bewertet. Diese explorative Möglichkeit eines SOLL-IST-Vergleiches (vgl. Heyse, 2007: 121) durch die Stakeholder der Forschungsworkshop und weitere ExpertInnen zum Überblick über die gegenwärtigen Ausprägungen der Teilkompetenzen sollte als Basis dafür dienen, Empfehlungen für eine Kompetenzentwicklung von RS und NKI zu liefern. Diese Bewertungen bilden allerdings nur einen Teil der österreichischen SanitätserInnen ab und sollen nur als Hilfe verwendet werden, Konzepte hin zur Kompetenzentwicklung – wie in Kapitel 8.2 beschrieben – zu erstellen. Der detaillierte Ablauf der Evaluationsphase kann in Kapitel 7 gefunden werden, wo auch Ergebnisse und Schlussfolgerungen beschrieben wurden.

5.7.2 Evaluation der beiden Profile

Um den Stakeholdern die Möglichkeit der Evaluation und Reflexion zu bieten, wurden die KOAP nach der vorläufigen Fertigstellung durch den Forscher nochmals ausgesendet.

Dieser Prozess entspricht der siebenten Stufe der Partizipation, der teilweisen Entscheidungsmacht. (vgl. Wright et al. 2010: 42) Mit Hilfe der Ergebnisse der Reflexion konnten sich weitere Änderungen der Profile ergeben, die nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten zu den finalen KOAP für RS und NKI führten. Dies garantierte die Beteiligung der Stakeholder in allen Phasen der Erstellung der KOAP für den Ö-RD.

5.8 Finalisierungsphase

Den letzten Schritt des Forschungsprojekts stellt die Finalisierung bzw. in weiter Folge dann auch die Publikation der Ergebnisse dar. Diese teilen sich in Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich, KOAP für RS und NKI sowie Vorschläge zur Kompetenzentwicklung auf.

5.8.1 Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich

Ausgehend von einem durch Literaturrecherche vorbereiteten Handlungsfeld Rettungsdienst wurde dieses in den folgenden fünf Forschungsworkshop durch die Stakeholder ergänzt und in Handlungsfeld Rettungsorganisation umbenannt. Inhaltlich umfasst dieses Handlungsfeld die zehn Bereiche: *Rettungsdienst, Tätigkeiten Sanitäter, RD-System, Leitstelle, Technische Rettung/Gefahrenzone, Transporte, Ausbildung, zusätzliche Aufgaben, Beschäftigungsverhältnisse* und *Herausforderungen*. Für Stakeholder bestand im Rahmen der Evaluationsphase noch die Möglichkeit, Änderungsvorschläge einzubringen. Das Endergebnis des Handlungsfeldes und der Entstehungsprozess kann in Kapitel 6.10.2 nachgelesen werden.

5.8.2 Kompetenzorientierte Anforderungsprofile für RS und NKI

Die beiden KOAP für RS und NKI für den Ö-RD wurden nach umfangreichen Vorarbeiten, fünf Forschungsworkshops und einer Evaluationsphase schlussendlich fertiggestellt und bilden ein Idealbild der Kompetenzen von RS bzw. NKI im Ö-RD ab, das der kompetenten Versorgung von PatientInnen dienlich sein soll.

Das KOAP für NKI in der Notfallrettung bzw. ALS enthält 36 Kompetenzen, wobei 16 Schlüsselkompetenzen (MUST-Dos) und 20 Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas (CAN-Dos) für NKI sind. Diese wurden durch 12 Metakompetenzen und drei Querschnittskompetenzen ergänzt, die durch den Forscher anhand von Literatur selektiert

wurden. Insgesamt umfasst das KOAP für NKI also 50 (Teil-) Kompetenzen, für welche jeweils Synonyme angeführt, eine lexikalische Erläuterung hinzugefügt, die Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI verdeutlicht und auch Beispiele aus dem RD-Alltag angeführt wurden.

Für das KOAP für RS im Krankentransport bzw. BLS wurden 32 Kompetenzen beschrieben, wobei 15 Schlüsselkompetenzen (MUST-Dos) und 17 Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas (CAN-Dos) für RS sind. Diese Kompetenzen wurden durch 12 Metakompetenzen und drei Querschnittskompetenzen ergänzt. Insgesamt umfasst das Anforderungsprofil für NKI also 47 Kompetenzen, welche mit den gleichen Gesichtspunkten wie jene für NKI beschrieben wurden.

5.8.3 Vorschläge zur Kompetenzentwicklung

Den letzten Schritt des Forschungsprojekts stellte die auf den Bewertungen der Ausprägung der einzelnen Teilkompetenzen aufbauenden Status-Quo-Erhebung von RS und NKI im Ö-RD dar, welche im Zuge der Evaluationsphase durchgeführt wurde. Die Stakeholder der Forschungsworkshops sowie ergänzend vier weitere ExpertInnen bewerteten die Teilkompetenzen der beiden KOAP. Das Resultat wurde detailliert in Kapitel 7.2 beschrieben. Aus den Ergebnissen wurden – wie in den Forschungsfrage gefordert – Rückschlüsse für die Fort- und Weiterbildung von SanitäterInnen gezogen. Dies erfolgte in Form von Empfehlungen zur Kompetenzentwicklung für RS und NKI im Ö-RD. Diese Beschreibungen können in Kapitel 8.2 gefunden werden.

6 Forschungsworkshops

Im folgenden Kapitel werden die fünf Forschungsworkshops, welche in Wien, St.Pölten, Klagenfurt, Graz und Innsbruck stattfanden, beschrieben. Zuerst wird auf die umfangreichen Vorbereitungen Bezug genommen. Danach erfolgt eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Abläufen und Ergebnissen der Workshops. In den darauffolgenden Kapiteln werden die fertigen Anforderungsprofile für RS und NKI präsentiert sowie auf die Evaluationsphase, welche im Anschluss an die Workshops stattfand, Bezug genommen.

6.1 Organisation: Workshops - Zusammenfassung

Die Erforschung und Beschreibung von Kompetenzen für SanitäterInnen in Österreich wurde durch einen sogenannten Mixed-Methods-Approach ermöglicht, welcher unterschiedliche Formen von Forschungsdesigns, mit der Intention möglichst umfassende Kompetenzprofile zu erhalten, zusammenführt. Die Beschreibung des Forschungsprozesses und der angewendeten Methoden kann im Kapitel 5 gefunden werden.

Im Sinne einer partizipativen Forschung wurden unterschiedliche Stakeholder, welche primär und sekundär mit dem Ö-RD befasst sind, zu Forschungsworkshops eingeladen. Diese forschten gemeinsam an der Erstellung von KOAP für RS und NKI im Ö-RD. Wie im Anschluss beschrieben, bildeten die TeilnehmerInnen ein weitestgehend repräsentatives Sample, da unzählige Bereiche des Rettungsdienstes durch die Stakeholder abgedeckt werden konnten.

Nachdem die Forschungsfragen feststanden, mussten noch etliche organisatorische Schritte vorgenommen werden, um mehrere Forschungsworkshops durchführen zu können:

- Es galt zunächst eine Literaturrecherche zur Thematik des Rettungsdienstes, speziell aber zum Ö-RD durchzuführen, um einen bestmöglichen Überblick zur Thematik zu erhalten und erste Kompetenzen vom Rettungsdienstpersonal zusammenzufassen.
- Anhand der durchgeführten Literaturrecherche und der Erfahrungswerte im Rettungsdienst galt es ein „Handlungsfeld Rettungsdienst“ zu erstellen. Dieses Handlungsfeld diente als Basis für das Verständnis des Begriffes Rettungsdienst und wurde dann in weiterer Folge bei den Workshops erweitert und reflektiert.
- Um KOAP für RS und NKI erarbeiten zu können, musste ein passendes Modell zur Darstellung und Beschreibung der Kompetenzen gefunden werden. Die Auswahl eines passenden Modells fiel auf den Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007), da dieser schon seit etlichen Jahren in der Praxis, unter anderem auch in Gesundheitsberufen, etabliert ist.
- Der Ablauf der Workshops musste methodisch und organisatorisch aufbereitet werden. Die geplanten Schritte der Forschungsworkshops sollten wie folgt ablaufen: Nach einer kurzen Einführung in die Thematik des Workshops und der einzelnen TeilnehmerInnen sollte das Handlungsfeld Rettungsdienst gemeinsam aktualisiert werden. Danach galt es die Relevanz der 64 Teilkompetenzen für jeweils RS und NKI

individuell zu bewerten. Der nächste Schritt sollte die Auswahl, Bewertung bzw. Streichung von Teilkompetenzen für RS und NKI sein. Schlussendlich mussten dann noch Schlüsselkompetenzen kompetenzorientiert beschrieben werden.

- Um den Forschungsprozess beobachten zu können, musste sich der Forscher freispielen können und so galt es einen erfahrenen Moderator, welcher möglichst alle Workshops moderierte, zu finden.
- Um unabhängig von organisationalen Interessen von HiOrgs im RD zu sein, mussten rettungsdienstlich neutrale Veranstaltungsorte gefunden werden. Diese wurden, bis auf eine Ausnahme, in Bildungsinstituten gefunden.
- Neben der Lokation mussten auch die Workshops organisatorisch (Workshop Material, Verpflegung, Informationen für TeilnehmerInnen etc.) geplant werden.
- Die Auswahl der Stakeholder erfolgte auf Grund von Ergebnissen der Literaturrecherche, einer umfassenden Internetrecherche auf Webseiten der HiOrgs, Publikationen der TeilnehmerInnen, Teilnahme des Forschers an Kongressen und persönlichen Netzwerken.
- Ein weiterer Gesichtspunkt war die Koordination der Termine mit Forscher, Moderator, TeilnehmerInnen und Verfügbarkeit der Veranstaltungsorte.
- Auch ein Briefing des Moderators und die Bitte an die TeilnehmerInnen den Rettungsdienst in Österreich in 3 Sätzen zu beschreiben, waren Teil der Vorbereitung.
- Zusätzlich musste auch noch eine Onlineumfrage mittels LimeSurvey erstellt werden.

Nach diesen Schritten der Vorbereitung wurden die 5 Forschungsworkshops in den Jahren 2017 und 2018 durchgeführt. Alle Workshops liefen nach dem folgenden Schema ab:

- Am Beginn der 5 Workshops begrüßten Forscher und Moderator die TeilnehmerInnen und stellten sich selbst vor.
- Im nächsten Schritt stellten sich die jeweiligen Stakeholder vor und präsentierten ihre Definitionen von „Der Österreichische Rettungsdienst in 3 Sätzen“.
- Danach gab es vom Forscher eine Einführung in die Thematiken der Forschungsworkshops in Form eines kurzen Frontalvortrages auf Basis einer PowerPoint Präsentation. Es wurden hierbei folgende Gesichtspunkte behandelt: Vorstellung von Forscher und Moderator, Beschreibung der Aufgaben von RS und NKI, Kompetenzen im RD, partizipative Forschung, Forschungsfragen und Ablauf der Workshops.

- Der nächste Schritt war die Bearbeitung des Handlungsfeldes „Rettungsdienst in Österreich“, welches in „Rettungsorganisation Österreich“ umbenannt wurde.
- Danach mussten die TeilnehmerInnen individuell auf ihren mitgebrachten Tablets oder Laptops eine Online-Umfrage zur Bewertung der Relevanz der 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas für jeweils RS und NKI ausfüllen.
- Anschließend startete die Gruppenphase, in welcher die TeilnehmerInnen die Auswahl, Bewertung und Streichung von Teilkompetenzen für RS und NKI durchführten.
- Im Laufe dieser Gruppenphase wurde auch gemeinsam zu Mittag gegessen und im Zuge dessen über rettungsdienstliche Belange diskutiert, welche während der Gruppenphase nicht besprochen wurden, da sie für die Erarbeitung der Thematik von geringer Relevanz waren.
- Abschließend wurden noch Teile der ausgewählten Schlüsselkompetenzen für RS und NKI kompetenzorientiert beschrieben.

Nachdem die fünf Forschungsworkshops abgehalten wurden, mussten noch einige Schritte durchgeführt werden, um schlussendlich die KOAP für RS und NKI zu finalisieren. Die Schritte vom Ende der Workshops bis zur Finalisierung der Profile für RS und NKI waren folgende:

- Die Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Workshops stellte den ersten Schritt der Nachbearbeitung dar.
- Die statistische und grafische Auswertung der einzelnen Workshops und Profile folgte dann im Anschluss.
- Als Nächstes war eine Überarbeitung und Ergänzung der kompetenzorientierten Beschreibungen, welche während der Workshops formuliert wurden, erforderlich.

Die nächsten Schritte fanden im Anschluss an die Workshops statt und umfassten die sogenannte Evaluationsphase der Anforderungsprofile. Die Phase wird im Kapitel 7 noch genauer beschrieben.

- Um diese, durch den Autor erfolgten Änderungen an den Beschreibungen (nicht an der Auswahl der einzelnen Kompetenzen) zu validieren, mussten die TeilnehmerInnen im Rahmen eines einmonatigen Fensters Feedback und gewünschte Änderungen bzw. Ergänzungen zu den Profilen an den Forscher senden. Dieses Zeitfenster stellte die sogenannte Evaluationsphase dar.

- Zeitgleich erfolgte auch eine IST-Stand Erhebung zu den Ausprägungen der jeweiligen Kompetenzen, wodurch Rückschlüsse für die Fort- und Weiterbildung von RS und NKI gemacht werden konnten

6.2 Vorbereitung

6.2.1 Zugang Rettungsdienst

Bevor die methodischen Zugänge zu den Workshops festgelegt wurden, mussten etliche Vorbereitungen beziehend auf eine grundlegende Definition des Begriffs „Rettungsdienst“ getroffen werden. Dieser entstand aus umfassender Literaturrecherche sowie persönlichen Erfahrungen des Forschers aus der österreichischen Praxis. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass der Rettungsdienst „als System zur notfallmedizinischen Behandlung, manchmal auch zur psychosozialen Erstbetreuung von Personen in akuten Notlagen, einschließlich eines möglichen Transportes in eine weiterbehandelnde Einrichtung“ (Redelsteiner, 2011c: 5) interpretiert werden kann. Es muss aber klar zwischen Notfallrettung, der Versorgung von Notfallpatienten und Krankentransporten unterschieden werden. Die Definition von Rettungsdienst bzw. die genaue Beschreibung des Ö-RD findet sich im Kapitel „Rettungsdienst“.

Abgeleitet aus der zuvor recherchierten und formulierten Definition wurde dann eine Mind-Map über das Handlungsfeld Rettungsdienst erstellt, welche exemplarisch ein möglichst umfassendes Aufgabenspektrum des Ö-RD vorab abbilden sollte. Um den Stakeholdern der Workshops aber die Möglichkeit zu geben, eigene Aspekte in das Handlungsfeld Rettungsdienst einzubringen, wurde am Beginn aller Workshops an einem „Handlungsfeld Rettungsdienst Österreich“ gearbeitet und das zuvor vom Forscher und bei den Workshops bearbeitete Handlungsfeld ergänzt, wie es später im Kapitel 6.10.2 beschrieben wird. Ziel war es, jedem der TeilnehmerInnen bewusst zu machen, wie der Begriff „Der österreichische Rettungsdienst“ im Zuge dieser Workshops verstanden wird und welche Elemente dieser umfasst. Dieser Umstand war wichtig für die Erarbeitung des Forschungsgegenstandes, der Erstellung von KOAP für den Ö-RD.

6.2.2 TeilnehmerInnenauswahl

Die Auswahl der TeilnehmerInnen an den Workshops zur Erstellung der Anforderungsprofile stellte ein schwieriges Unterfangen dar. Zuerst war keineswegs klar, wie die Akzeptanz der

einzelnen Stakeholder gegenüber der Thematik sein würde und wie viele potenzielle TeilnehmerInnen für die Forschungs-Workshops mobilisiert werden können.

Bevor die Auswahl der TeilnehmerInnen konkretisiert werden konnte, musste bestimmt werden, welche Personengruppen grundsätzlich für die Erarbeitung der Profile für den Ö-RD in Fragen kommen. Als zu beteiligende Personengruppen wurden Subject-Matter-Experts (SMEs), Experten aus dem Rettungsdienst, welche zu relevanten Kompetenzen im Rettungsdienst befragt werden können, ausgemacht (vgl. Krumm et. Al. 2012: 20). Diese SMEs sollten natürlich Rettungsdienstbezug haben, was aber nicht bedeutete, dass sie direkt aus dem Rettungsdienst rekrutiert werden mussten. Personen aus Schnittstellen mit dem Rettungsdienst, wie etwa aus dem Krankenhaus, kamen hier genauso in Frage wie an der Ausbildung von SanitäterInnen Beteiligte. Klar war natürlich auch, dass diese Experten unterschiedliche Backgrounds haben sollten, um nicht nur eine monotone, starre Sichtweise zu duplizieren und die Vielfalt der Erfahrungen und Ansichten zum Ö-RD außer Acht zu lassen.

Des Weiteren sollten noch Verantwortliche für die strategische Ausrichtung im RD ins Boot geholt werden (vgl. ebd.). Dies sollte in Form von Personalverantwortlichen, Ausbildungsverantwortlichen, Dienstführern und Führungskräften erfolgen.

Grundsätzlich wurden die folgenden Parameter festgelegt, welche essenziell für eine Repräsentativität der Stakeholder der Workshops waren:

1. Direkter oder indirekter Bezug zum Ö-RD: Dies umfasst Akteure in der Österreichischen Rettungsdienstlandschaft, welche aktiv ihren Dienst versehen. Als Rettungsdienstlandschaft wurden hierbei aber nicht nur direkt Krankentransport, Notfallrettung oder Leitstelle interpretiert, sondern auch diverse Schnittstellen wie Ausbildungseinrichtungen und unterschiedliche Stationen von Krankenhäusern. Innerhalb des Krankenhauses war es wichtig, sowohl Notfallaufnahmen einzubinden als auch Intensiv- und Anästhesieabteilungen sowie Stroke-Units, welche in weiterer Folge vom Rettungsdienst versorgte PatientInnen betreuen.
2. Interesse an der Thematik: Um effektive Workshops durchzuführen, war es wichtig, dass TeilnehmerInnen aus eigenem Interesse an der Thematik teilnehmen und nicht dazu zwangsverpflichtet werden.

3. Bereitschaft ganztägig an einem komplexen Sachverhalt mitzuarbeiten, um KOAP zu erstellen.

Anschließend musste festgelegt werden, welche Bereiche durch die teilnehmenden Stakeholder abgedeckt werden sollten, um möglichst viele und zum Teil auch in Opposition stehende Blickwinkel abdecken zu können. Auch die Position von Heyse und Erpenbeck (2007:97), dass solche Prozesse mit einem gemischten Team, welches gutes Praxisverständnis besitzt, durchgeführt werden soll und nicht Top-down, verstärkte diese Ansicht. Folgende Bezüge zum Rettungsdienst wurden als notwendig identifiziert und in 3 Gruppen unterteilt:

RettungsdienstmitarbeiterInnen

- RD-MA mit maximaler Ausbildung zum RS
- RD-MA mit Ausbildung von NFS bis NFS-NKI
- RettungsdienststellenleiterInnen
- PersonalvertreterInnen
- AusbilderInnen bzw. LehrsanitäterInnen in den HiOrgs
- RD-MA mit mehrjähriger Erfahrung
- RD-MA mit maximal zehn Jahren im Dienstgeschehen
- RD-MA aus unterschiedlichen Hilfsorganisationen inkl. Organisationen wie Bundesheer, Wasser- oder Bergrettung und Feuerwehr
- Notärztinnen/Notärzte
- LeitstellenmitarbeiterInnen
- MA in Verwaltung und Organisation des Rettungsdienstes
- MA im bodengebundenen Dienst
- MA im Flugrettungsdienst
- MA mit Erfahrung im Primärtransport
- MA mit Erfahrung im Sekundärtransport
- MA mit unterschiedlichem Anstellungsverhältnis (Ehrenamtlich, ZD, Beruflich oder FSJ)

MA in RD-Schnittstellen

- KrankenpflegerInnen in Notfallaufnahmen
- KrankenpflegerInnen in Stroke-Units
- KrankenpflegerInnen auf ICUs
- KrankenpflegerInnen auf Normalstationen/Ambulanzen
- ÄrztInnen/Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen (Schwerpunkt Anästhesie- und Intensivmedizin)

Andere Bereiche

- MedizinstudentInnen
- ForscherInnen an medizinischen Universitäten
- SozialarbeiterInnen
- PsychologInnen
- MA in der Politik
- MA in rechtlichen Bereichen

Diese Bereiche sollten demnach durch die TeilnehmerInnen an den Workshops abgedeckt werden, was auch größtenteils funktionierte. Bis auf die Bereiche SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, MA in Rechtsabteilungen, MA mit FSJ Background konnten die TeilnehmerInnen der Workshops alle Bereiche abdecken. Um aber TeilnehmerInnen für möglichst alle Bereiche zu haben, wurden Stakeholder aus diesen Bereichen, welche überwiegend schon vorab an den Workshops Interesse bekundet hatten, in den weiteren Forschungsprozess, genauer gesagt die Evaluationsphase, einbezogen und konnten hier, wie alle anderen Stakeholder der Workshops, Ergänzungen zu den zuvor erstellten Profilen beisteuern. Lediglich MA mit FSJ Background wurden nicht rekrutiert, was aber vor allem darauf zurückzuführen war, dass 2017 erst wenige Personen diesen Weg in den Rettungsdienst gewählt hatten und die Erfahrungen und der Pool dieser MA gering waren. Dies bedeutet, dass alle relevanten Bereiche durch TeilnehmerInnen an den Workshops bzw. ExpertInnen in der Begutachtungsphase abgedeckt werden konnten.

6.2.3 Ablauf TeilnehmerInnensuche

Die Akquise von potenziellen Stakeholdern stellte sich zunächst als schwieriges Unterfangen heraus und funktionierte nur dank zahlreicher Kontakte und dem Gutwillen diverser Hilfsorganisationen, welche durchwegs an der Teilnahme und vor allem den Ergebnissen interessiert waren. Die Motivation der Stakeholder, egal ob freiwillig oder hauptberuflich, war durchwegs sehr hoch.

Nach Definition der abzudeckenden Bereiche mussten die jeweiligen Stakeholder gefunden werden, was äußerst schwierig ist, wenn es sich um eine derart große Bandbreite an Bereichen handelt, die es abzudecken gilt. Weiters war es auch noch notwendig, die Anzahl der TeilnehmerInnen gering zu halten, um Workshops mit Kleingruppen durchführen zu können.

Zusätzlich sollten die Workshops nicht nur im Süden Österreichs, sondern in ganz Österreich stattfinden. Nun war es notwendig, die Bereiche gezielt aufzuteilen, um einerseits möglichst Personen aller Bundesländer miteinzubeziehen, andererseits aber auch alle Bereiche abzudecken.

Begonnen wurde mit einer Auflistung der Bereiche und Zuteilung dieser auf bereits vorhandene Kontakte. Erste Kontaktaufnahmen bezüglich der Workshops erfolgten bereits Monate vor der Durchführung, um weitere potenzielle Stakeholder zu gewinnen. Hierbei war es notwendig, alle Personen persönlich, meistens per Telefon und Email, zu kontaktieren, was einen immensen Zeitaufwand darstellte. Ein essenzieller Teil der Arbeit bestand auch darin, zu gewährleisten, dass nur die Informationsblätter und Pläne über die Abläufe der Workshops für alle TeilnehmerInnen gleich waren. Alle Telefongespräche, Treffen und Emails wurden individuell auf die Situation und Stakeholder angepasst, um den persönlichen Kontakt zu forcieren. Aus diesen Situationen, Gesprächen und Treffen ergaben sich sehr oft Hinweise auf weitere potenzielle Stakeholder. Hierbei konnte dann aus einem großen Pool geschöpft und geeignete Personen gezielt kontaktiert werden.

Das hierbei entstehende Netzwerk konnte schon einen großen Teil der erforderlichen Bereiche abdecken, war aber oft auf den Osten Österreichs beschränkt, weswegen es vor allem in Richtung Westen weitere Ideen und Kontakte brauchte, um TeilnehmerInnen für die Workshops zu gewinnen.

Während über mehrere Monate hinweg Stakeholder für die Workshops durch Kontakte gefunden, diverse Bereiche aber noch nicht abgedeckt werden konnten, mussten im Internet die notwendigen Kontakte recherchiert werden.

Im Zuge der Internetrecherche wurden offene Bereiche, Bundesländer und HiOrgs definiert und gezielt Webseiten nach Kontaktdaten durchforstet. Etliche der Webseiten waren nutzerfreundlich gestaltet und Kontaktdaten sowie zuständige Personen konnten leicht gefunden werden. Auf diversen Webseiten war es allerdings schwer bis unmöglich die Verantwortlichen für unterschiedliche Bereiche zu finden. Nach Monaten der Recherche und Gesprächen mit unterschiedlichen Akteuren im Rettungsdienst konnten wiederum neue Stakeholder gefunden werden.

Bis zur endgültigen Bestätigung der Stakeholder sagten teilweise wieder andere TeilnehmerInnen ab und so mussten wiederum neue gefunden werden. Um einen Überblick

über die Situation zu wahren, wurde der jeweilige Status der Stakeholder penibel in einer Excel-Datei dokumentiert.

Im Zuge dieser Dokumentation wurden für jeden Workshop mehrere Datenblätter angelegt. Einerseits mussten Kontakte für die Räumlichkeiten und vorhandenes Interesse festgehalten werden, andererseits die Informationen und der Teilnahmestatus der jeweiligen Stakeholder. In Bezug auf die Stakeholder wurde nach Möglichkeit folgendes dokumentiert:

- Namen
- Email
- Telefonnummer
- Kontakt über wen hergestellt
- HiOrg
- Webseite
- Farbliche Kodierungen für Herstellung von Kontakt
- Farbliche Kodierung für Zu- oder Absage (inkl. Datum), bzw. Warten auf Rückmeldung
- Farbliche Kodierung für Versendung von Informationen zum Dissertationsprojekt
- Farbliche Kodierung für Versendung von Informationen zum Ablauf der WS
- Kommentare, Bemerkungen

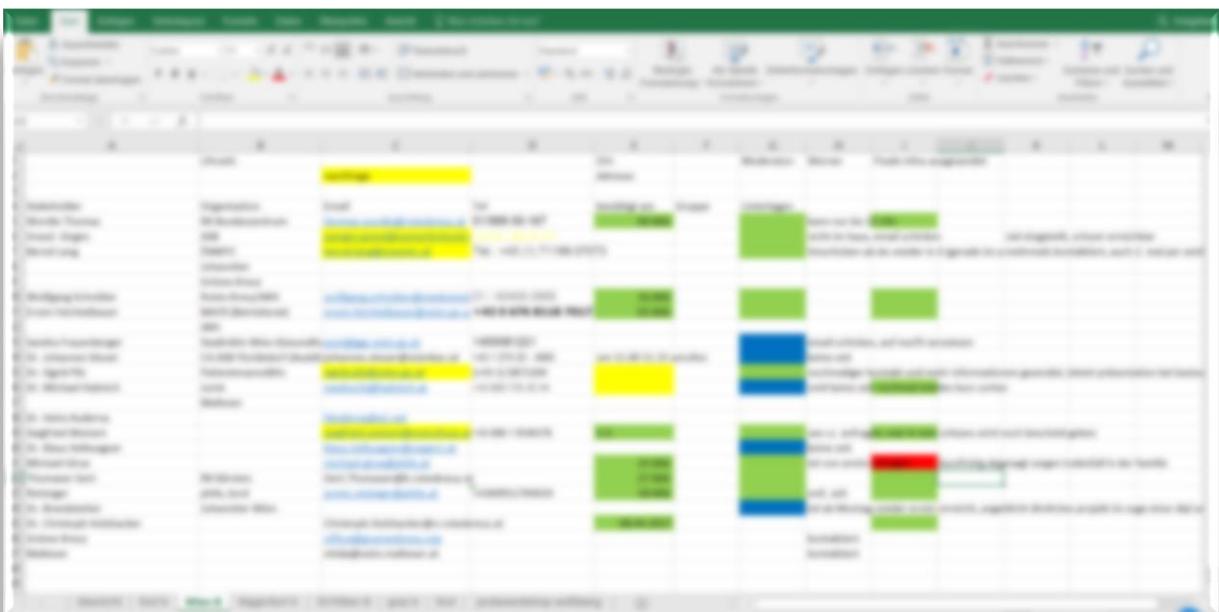


Abbildung 30: Darstellung eines Datenblattes für einen der fünf Workshops (aus Datenschutzgründen verschwommen)

6.2.4 Zusagen

Glücklicherweise gab es ein durchwegs großes Interesse an der Thematik und der Erstellung

der Anforderungsprofile. Auf Grund der Tatsache, dass viele potenzielle Stakeholder Führungspositionen innehaben, selbst Forschung betreiben oder in zum Teil mehreren medizinischen oder anderen Leistungsbereichen aktiv sind, konnten mehrere TeilnehmerInnen zeitbedingt nicht an den Workshops teilnehmen. Glücklicherweise erklärten sich die TeilnehmerInnen der Workshop bereit einen Tag Präsenzzeit und zusätzliche Zeit für die Erarbeitung der Thematik zur Verfügung zu stellen. Insgesamt nahmen 21 Stakeholder unterschiedlichster Backgrounds und im Anschluss 4 weitere RD-ExpertInnen an der Begutachtungsphase teil. Diese zusätzlichen ExpertInnen hatten aber vorher schon Interesse an der Teilnahme der Workshops bekundet, konnten aber aus unterschiedlichen Gründen nicht daran teilnehmen.

Die forschenden, durchwegs motivierten Stakeholder rekrutierten sich aus unterschiedlichsten Bereichen des RD und dessen Schnittstellen, dazu zählten Organisationen aus der Notfallrettung und Krankentransport, sowie Bergrettung, Wasserrettung, Bundesheer, Notfallaufnahmen, Krankenhäusern, Notarztstützpunkten und auch zum Teil politische Ämter.

Die Stakeholder rekrutierten sich auch aus diversen Positionen von RettungssanitäterIn bis NotfallsanitäterIn NKI, Diplomierten Krankenpflegerin/Diplomierter Krankenpfleger mit und ohne Zusatzdiplomen wie Anästhesie, Pflege in Notfallaufnahmen, Führungspositionen in Rettungsdienstorganisationen, MitarbeiterInnen mit jahrzehntelanger Erfahrung sowie Dienst Erfahrung von weniger als 3 Jahren, Chefärztinnen/Chefärzte von Leitstellen oder auch Österreichs größter Rettungsdienstorganisationen, (ehemalige) Zivildienstler, Freiwillige, Hauptberufliche MitarbeiterInnen, SanitäterInnen aus beinahe allen Bundesländern, Vertreter von Rettungsdienstlichen Interessensvertretungen, Betriebsräte von Organisationen, RettungsdienstexpertInnen mit direktem Bezug zum Sanitäter-Gesetz, Koordinatoren von Internationalen Kursformaten, Leiter von Rettungsdienstschulen und Ausbildungsstätten sowie deren MitarbeiterInnen und MedizinstudentInnen – um nur einige zu nennen.

6.2.5 Interesse der TeilnehmerInnen und HiOrgs

Tendenziell konnte sehr großes Interesse an der Erstellung von KOAP für SanitäterInnen in Österreich festgestellt werden. Die Reaktionen sowohl von den TeilnehmerInnen, als auch den kontaktierten Personen generell, waren überwiegend positiv, was die Wichtigkeit der

Thematik hervorhebt. Grundsätzlich war die Bereitschaft an den Workshops teilzunehmen, sehr groß. Die Problematik stellte hier meist die zeitliche Verfügbarkeit dar. Trotz hoher Arbeitsbelastung konnten dennoch viele Stakeholder an den Workshops teilnehmen.

In etlichen Gesprächen konnten auch Gründe für dieses große Interesse gefunden werden, was auch für aufmerksame Beobachter der österreichischen Medienlandschaft leicht nachvollziehbar sein dürfte. Themen wie Abschaffung des Wehrdienstes und somit auch des Zivildienstes im Jahre 2013 (ORF, 2011; Der Standard, 2013), Diskussionen über die Wiedereinführung von Wehrdienst und Dienstpflicht in Ländern wie etwa Deutschland (vgl. Jungholt et al. 2018), Schaffung von Zusatzausbildungen wie Paramedics – etwa an FHs – (vgl. Hofer, 2014), Pflegestudiengänge mit integrierter Notfallsanitäterausbildung (vgl. Redelsteiner, 2017), die Absenz von NA in Wien und anderen Bundesländern (vgl. ORF Kärnten, 2018; ÖGARI, 2018; Bauer, 2017; Halmich, 2017; Baltaci, 2017; Gebhard, 2017;) oder die Übernahme von eigenverantwortlichen, früher notarztpflichtigen Einsätzen zumindest durch mind. NKVs (vgl. AELRD, 2018a; VN, 2018, Egger, 2018;), der Schwund an ehrenamtlichen HelferInnen und Zivildienern (vgl. Zahrl, 2018; ORF Vorarlberg, 2018;) oder die geplante Evaluation des SanG (vgl. NöN, 2018) heizten so manche Diskussionen in der Österreichischen Rettungsdienstszene an. Erläuterungen der wichtigsten und einiger ergänzender Thematiken können im Kapitel „Erkenntnisinteresse“ gefunden werden.

In der Vergangenheit wurden schon vermehrt Diskussionen darüber geführt, welche Tätigkeiten RS bis NKI können müssen und dürfen bzw. dürfen sollten. Meistens hakte es an Streitthemen wie etwa welche Medikamente SanitäterInnen verabreichen sollen dürfen oder ob es sinnvoll wäre, dass SanitäterInnen eine Thoraxentlastungspunktion durchführen dürfen. Diese Diskussionen führten allzu oft zum Abbruch von Gesprächen, Verhandlungen und schlussendlich auch zu wenig Neuerungen seit dem SanG von 2002. Gründe hierfür waren unter anderem Themen wie Freiwilligkeit, da Hilfsorganisationen einen Schwund von Freiwilligen MitarbeiterInnen befürchten, oder die Tatsache, dass ÄrztevertreterInnen möglichst wenig ärztliche Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal abgeben wollten, da eine Systemumstellung hin zu einem Paramedic-System befürchtet werden musste und somit NA aus dem System verschwunden wären.

Für den Forscher war es hier wichtig, Grundlagenforschung zu betreiben und nicht Diskussionen rein fachlicher oder methodischer Natur zu führen. Es wurde von Anfang an betont, dass es nicht darum ginge den derzeitigen Status des Rettungsdienstes in Österreich

anzuprangern, sondern darum, in Fachkreisen zu definieren, was SanitäterInnen in Österreich können müssen, um PatientInnen kompetent versorgen zu können. Zusätzlich sollte auch ein Status-Quo der zuvor definierten Kompetenzen erhoben werden, um, bei Bedarf, Aussagen für eine Kompetenzentwicklung geben zu können.

Bei der Akquise der Stakeholder wurde stets betont, dass die Wahl RS und NKI auf Grund der Tätigkeitsfelder gewählt wurde und nicht, um aufzuzeigen, dass NKI in diversen HiOrgs nicht mehr ausgebildet werden. Das Aufgabenspektrum eines NFS als Transportführer kann hier bis auf wenige fachlich- methodische Unterschiede, wie etwa Venenpunktion oder Intubation, ident sein, wenn beide (allerdings nicht zeitgleich) etwa auf einem Rettungswagen für dieselben Tätigkeiten eingesetzt werden und eigenständig PatientInnen versorgen müssen. Das für den Notfallrettungsdienst beschriebene Anforderungsprofil Notfallsanitäter (NKI) könnte also auch prinzipiell für einen NFS bis NFS (NKV) gelten, da die Aufgaben, welche es zu bewältigen gilt, dieselben sind. Fraglich ist hierbei nur, ob dies auch möglich ist. Grundsätzlich ist die Beschreibung der Anforderungen aber natürlich auch gültig, sollte sich in den nächsten Jahren eine neue, höhere Stufe als NFS (NKI) entwickeln – der Aufgabenbereich bleibt, bis auf Prozesse und Umstände, die sich im Laufe dieser Zeit ohnehin ändern (Entwicklung der Medizin, Guidelines...) ident – die Profile wären also auch potenziell für NotfallrettungsexpertInnen oder Paramedics gültig. Empfehlen würde sich in diesem Fall eine Reevaluation der Profile und eine Überarbeitung des Handlungsfeldes.

Abschließend muss natürlich auch erwähnt werden, dass ein Großteil der Stakeholder die Termine in ihrer Freizeit absolvierten und somit ihr persönliches Engagement in der Sache zum Ausdruck brachten. Ein Teil der TeilnehmerInnen durfte sogar dank des Gutwillensdiverser HiOrgs in der Dienstzeit an den Workshops teilnehmen. Den teilnehmenden Stakeholdern gilt also ein großer Dank für die Teilnahme an den Forschungsworkshops, dies gilt natürlich auch den HiOrgs für die Entsendung der MA.

6.2.6 Absagen

Von den potenziellen Stakeholdern zeigte ein Großteil Interesse an der Thematik und der Erarbeitung der Profile. Gründe wie terminliche Kollisionen mit anderen Terminen oder zeitliche Probleme auf Grund eines vollen Terminkalenders waren die Hauptgründe für eine Absage. Mehrere TeilnehmerInnen musste auch ganz kurzfristig absagen, zum Teil sogar wenige Stunden vor den Terminen, da es aus privaten Gründen nicht mehr möglich war, an

den WS teilzunehmen. Insgesamt gab es 6 kurzfristige Absagen, wobei in 3 Fällen für Ersatz gesorgt wurde – dies erfolgte meist durch Vertreter des jeweiligen Stakeholders und musste nicht vom Forscher organisiert werden. Die Personen wiesen einen ähnlichen Background, wie ihre VorgängerInnen auf und waren in ähnlichen Positionen bzw. Abteilungen tätig, wodurch die vorher beschriebenen Vorgaben für Stakeholder trotzdem erfüllt werden konnten.

Ein Teilnehmer war nach der Teilnahme an den Workshops weder per Email noch per sozialer Medien erreichbar. Er brachte sich beim Workshop gut ein, konnte aber vermutlich aus privaten Gründen nicht mehr am weiteren Verlauf der Forschung teilnehmen.

6.2.7 Organisation der Workshop Locations

Die Organisation der Workshop Locations stellte ein aufwändiges Unterfangen dar. Auf Basis mehrerer Kriterien und der Hilfe von unterschiedlichen Personen, konnten mit dem ÖIBF in Wien, der FH St.Pölten, der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, der Karl-Franzens-Universität Graz und der Leitstelle Tirol 5 geeignete Durchführungsorte gefunden werden. Eine Beschreibung der Workshop-Organisation findet sich bei der Beschreibung der einzelnen Forschungsworkshops.

6.2.8 Vorbereitung und Aufgaben der TeilnehmerInnen

Obwohl schon die Teilnahme an den Workshops mit inkludierter An- und Abreise einen Tag der Stakeholder in Anspruch nahm, wurden diese auch gebeten diverse Vorarbeiten zu leisten. Zuerst wurden den TeilnehmerInnen allgemeine Informationen zum Ablauf der Workshops, der Thematik - inklusive Forschungsfrage- und Ablauf der Forschung, sowie einer kurzen Biografie des Forschers zugesendet, welche durchgelesen werden sollte, um den Rahmen der Dissertation und der Thematik begreifen zu können. Zusätzlich mussten die TeilnehmerInnen den Ö-RD in 3 Sätzen beschreiben. Dies diente dazu, die jeweilige Sichtweise der anderen TeilnehmerInnen bezüglich des Ö-RD kennen zu lernen. Die Intention bestand aber nicht darin, aus diesen 3 Sätzen eine Diskussion entstehen zu lassen, sondern einen Einblick auf die unterschiedlichsten Sichtweisen der Stakeholder zu gewinnen. Der Platz für eigene Meinung und Diskussionen wurde anschließend in der Bearbeitungsphase der Kompetenzen geboten – diese sollten sich aber nur auf die jeweiligen

geforderten Kompetenzen von RS und NKI beziehen. Informelle Gespräche fanden aber in den Pausen zur genüge statt.

Die 3 Sätze über den Rettungsdienst sollten zu den Workshops mitgebracht werden sowie ein Laptop bzw. Tablet, um eine Online-Umfrage beantworten und Ergebnisse mitprotokollieren zu können. Alle teilnehmenden Stakeholder kamen dieser Bitte nach. Die jeweiligen Sätze der Stakeholder finden sich in Kapitel 6.10.1.

6.2.9 Workshopmaterial

Neben der Akquise von Stakeholdern und der Organisation der Workshops und Locations mussten etliche weitere Vorbereitungsschritte getroffen werden. Zu diesen zählten unter anderem das Workshopmaterial und die Kursverpflegung.

Obwohl teilweise WLAN-Netzwerke der Locations für die TeilnehmerInnen zur Verfügung standen und einige TeilnehmerInnen selbst Internetzugang hatten, wurde ein WLAN-Router als Backup zur Verfügung gestellt. Dies war wichtig, um die Möglichkeit bieten zu können, das Internet als Recherche-Quelle nutzen zu können, vor allem aber, um die Internetumfrage beantworten zu können. Im Zuge dieser Umfrage wurde die Relevanz der 64 Teilkompetenzen für jeweils RS und NKI bewertet.

In den 5 Workshops bewahrheitete sich, dass die Kursverpflegung essenziell für gelungene Workshops ist. Neben einer Kaffeemaschine mit Tabs, Zucker und Milch sowie anderen Getränken wie Mineralwasser, wurden auch Süßigkeiten angeboten.

Kaffee stellt für viele Menschen eine Grundvoraussetzung dar, frühmorgens produktiv in den Tag zu starten und so waren mehrere TeilnehmerInnen merklich froh, dass auch Kaffeeangeboten wurde. Beim ersten Workshop wurde auf Zucker vergessen, was ein Teilnehmer dann selbstständig besorgte. Dies zeigt, dass trotz sorgfältiger Vorbereitung etwas vergessen werden kann, obwohl man denkt, dass man alles zur Zufriedenheit der TeilnehmerInnen besorgt hat. Eine mögliche Erklärung dieses Umstandes ist, dass der Forscher selbst keinen Kaffee trinkt und daher auch die verschiedenen Gewohnheiten von Kaffeetrinkern nicht kennt. Für die Beantwortung der Forschungsfrage verhält es sich ähnlich. Es sollten wirklich Stakeholder an der Erarbeitung der Thematik teilnehmen, welche praktische Erfahrung im und um den Rettungsdienst in Österreich gesammelt haben und nicht theoretisch darüber Bescheid wissen.

Bei den nächsten Workshops wurde dann natürlich auch Zucker zur Verfügung gestellt. Neben Kaffee wurden auch Tee Tabs bereitgestellt, von denen allerdings kein einziger konsumiert wurde. Dieser Umstand lässt den Schluss zu, dass vor allem Kaffee die erste Wahl bei Workshops ist. Dass dies aber nicht nur für Workshops gilt, kann unter anderem auch in unterschiedlichen Schichten, auf Rettungswägen in Österreich und anderen Ländern beobachtet werden, in denen auch sehr viel Kaffee getrunken wird. Dies gilt gleichermaßen auch für administrative Tätigkeiten im Rettungswesen und jene im Krankenhaus.

Auf Grund der hohen Außentemperaturen waren auch sonstige Getränke wie Mineralwasser extrem wichtig, um die Stakeholder nicht dehydrieren zu lassen und ein hohes Maß an Konzentration zu fördern. Als optimale Größe erwiesen sich 0,5 Liter Flaschen, da diese gut verschließbar und dosierbar sind. Dennoch darf hierbei nicht vergessen werden, dass dadurch leider viel Plastikmüll entsteht. Da aber bei den meisten Workshops eine weite Anreise erforderlich war und die benötigten Materialien schon vorab gekauft wurden, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, war auch der Transport leichter als etwa mit 1,5 Liter Flaschen in Kisten. Zusätzlich hätten sonst auch noch Gläser oder eigene Becher mittransportiert werden müssen, , welche wiederum mehr Müll bedeutet hätten. Zumindest die Kaffeebecher bestanden aus zertifiziertem ÖKO-Papier, um ein wenig auf die Umwelt achten zu können.

Einen weiteren Teil der Kursverpflegung stellten Süßigkeiten dar. Eine kleine süße Aufmerksamkeit, ein Notizblock und ein Kugelschreiber wurden allen TeilnehmerInnen auf ihre Plätze gelegt. Des Weiteren gab es neben der Kaffeemaschine noch Süßigkeiten wie etwa Merci oder auch Gummileckereien. Rund um diese Naschereien entstanden diverse Diskussionen zu den Themen Essgewohnheiten und PatientInnen, aber auch Anekdoten aus dem eigenen Leben. Es stellte sich heraus, dass Süßigkeiten den Beginn zwischenmenschlicher Interaktionen fördern.

Bei einem der Workshops entwickelte sich sogar eine eigene Dynamik und so kauften in der gemeinsamen Pause mehrere Stakeholder unterschiedliche Haribo Gummileckereien oder Schokoladen. Es wurde munter genascht und Süßigkeiten während der anstrengenden Erarbeitungsphase der Profile getauscht. Dies schien die Atmosphäre sehr zu lockern und erleichterte die Verschriftlichung so mancher Kompetenzbeschreibung sichtlich.

Einen zentralen Teil der Workshopmaterialien stellte die farbige Darstellung des Kompetenzatlas dar, welche als Plakat der Größe von einem Meter mal einem Meter, was einem Quadratmeter entspricht, für jeden der 5 Workshops ausgedruckt wurde und neben dem Ausdruck für alle TeilnehmerInnen als Übersicht der 64 Teilkompetenzen diente. Mit diesem überdimensional großen Kompetenzatlas war es dem Moderator möglich, die Diskussion über die Bewertung oder Streichung von Teilkompetenzen zu steuern. Für jede Gruppe der Workshops gab es ein eigenes Plakat, in welches die jeweiligen Ergebnisse dann direkt eingetragen wurden. Insgesamt wurden also 6 Plakate bei 5 Workshops angefertigt. Während der Workshops kristallisierte sich klar heraus, dass mit Hilfe dieser Plakate die Übersichtlichkeit der einzelnen Kompetenzen gegeben war.

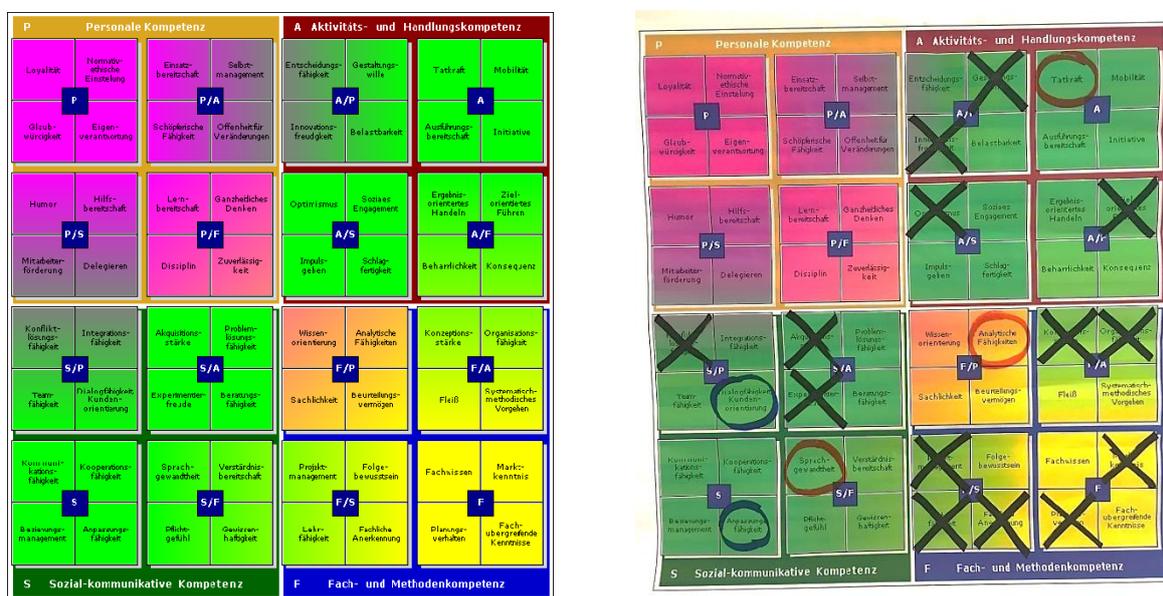


Abbildung 31: Farbiger Kompetenzatlas von Erpenbeck und Heyse (Competenzia.de, o.D.)
 Abbildung 32: Bsp. eines Kompetenzatlas während eines Workshops mit Streichungen und Unterschieden RS (blau) und NKI (rot)

Um die einzelnen Kompetenzen nach deren Relevanz ordnen und eine gute Übersicht gewährleisten zu können, wurde jeweils ein Flipchart mit den Maßen von ca. 1,5 * 1 Metern für RS und NKI zurechtgeschnitten. Auf diesen Flipcharts wurden jeweils die Bewertungen +, ~, - vermerkt. Die Bedeutungen dieser Bewertungen werden in Kapitel 6.11.5 genauer erläutert.

Anschließend wurden eigens erstellte Kärtchen für die einzelnen 64 Teilkompetenzen von RS und NKI zu den jeweiligen Bewertungen mittels Sprühkleber aufgeklebt, um später nachvollziehen zu können, welche Kompetenzen wie bewertet wurden und um die einzelnen Kompetenzen im Anschluss zu beschreiben und mit Beispielen unterlegen zu können.



Abbildung 33: Bsp. von Flipcharts mit den nach Relevanz bewerteten Teilkompetenzen für RS
 Abbildung 34: Bsp. von Flipcharts mit den nach Relevanz bewerteten Teilkompetenzen für NKI

Um diese Moderationstechniken mit dem richtigen Material zu unterstützen, wurde auch ein hochwertig ausgestatteter Moderationskoffer von Neuland, „der Ferrari unter den Moderationskoffern“ (Zitat von Moderator Kohler Werner) eigens für die Workshops angeschafft und auch ein zweiter Koffer vom Moderator selbst mitgebracht. Es war also genügend Material vorhanden, um die Workshops mit den passenden Materialien durchführen zu können.

6.2.10 Workshopunterlagen

Neben den Workshopmaterialien mussten auch einige Unterlagen vorbereitet werden, um durch die Workshops führen zu können. Diese Unterlagen wurden vor Beginn auf den Plätzen der Stakeholder verteilt.

Als Deckblatt wurde eine grafische Darstellung des Kompetenzatlas von Erpenbeck und Heyse (siehe Abb. 31) möglichst groß auf ein A4 Blatt ausgedruckt, um einen guten Überblick über die 64 Teilkompetenzen des Atlas gewährleisten zu können. Der Vorteil dieser Darstellung war auch, dass die Zusammenhänge der Teilkompetenzen farblich dargestellt wurden, um klarzustellen, dass es auch Parallelen und Beziehungen zwischen den einzelnen Teilkompetenzen des Atlas gibt, welche über die 4 Gruppen der Basiskompetenzen hinausgehen. Diese Darstellung wurde auch als großer Ausdruck für die Bearbeitung

während der Workshops verwendet, wie bereits im vorhergehenden Kapitel beschrieben wurde.

Den zweiten Teil der Ausdrucke stellten die Synonyme inklusive dem Synonymatlas dar. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2007: 28ff.) Diese waren für das Verständnis von einzelnen Kompetenzen sehr dienlich, da viele der ursprünglichen Begriffe der 64 Teilkompetenzen den ganzen Kompetenzbegriff nicht widerspiegeln konnten. Als Beispiel kann hier etwa *Mobilität* genannt werden. Das Synonym Flexibilität wurde gerade für NKI als sehr relevant verstanden, wohingegen der Terminus *Mobilität* nicht ganz klar zugeordnet werden konnte. Es kristallisierte sich also heraus, dass es für den Fortschritt der Bewertung der einzelnen Teilkompetenzen förderlich war, den Synonymatlas zur Hand zu haben.

Anschließend wurde ein Ausdruck des aktualisierten Kompetenzatlas von Erpenbeck und Heyse mit allen 64 Teilkompetenzen (vgl. Heyse, 2010: 123ff.) für alle Stakeholder zur Verfügung gestellt. Dieser Teil beinhaltete die lexikalischen Erläuterungen der 64 Teilkompetenzen, Kompetenzbeschreibungen des Begriffes und Beispiele für Kompetenzübertreibungen. Es sollte hiermit gewährleistet werden, dass jeder Stakeholder bei Unklarheiten zu den eigenen Kompetenzen auf die Definitionen der einzelnen Teilkompetenzen zurückgreifen kann. Dies war unter anderem für die Bearbeitung der individuellen Internetumfrage wichtig. In der Gruppenarbeit war der Ablauf meist folgendermaßen: War jemandem eine der 64 Teilkompetenz unklar, versuchte der Forscher zu helfen und Klarheit zu schaffen. Meistens las auch noch zusätzlich ein Stakeholder die jeweiligen Definitionen und die Synonyme laut, zum besseren Verständnis aller Stakeholder, vor.

Zusätzlich gab es bei Schwierigkeiten die passenden Beschreibungen für Kompetenzen im Ö-RD Rettungsdienst zu finden und die Möglichkeit in den Kopien der Beschreibungen der Kompetenzprofile der Humanmedizin in der Schweiz (vgl. Heyse et al. : 156ff.). Anhaltspunkte einer Definition zu finden. Dies war allerdings nur in wenigen Ausnahmefällen notwendig. Grund hierfür scheint zu sein, dass sich die Stakeholder sehr gut im Feld auskannten und demnach gut beschreiben konnten, was für eine kompetente PatientenInnenversorgung notwendig ist. Der Forscher druckte die Beschreibungen der Kompetenzen in der Schweizer Humanmedizin bewusst nicht für jeden Stakeholder aus, um diese vorab nicht zu beeinflussen. Die ausgedruckten Profile dienten lediglich als Back-Up,

sollte es Schwierigkeiten bei der Definition der Kompetenzen geben. Dies war allerdings nur selten von Nöten.

Um die einzelnen Formulierungen der Kompetenzen zu erleichtern, wurde den Stakeholdern jeweils eine A4 Seite mit 194 Operatoren zur Verfügung gestellt. Diese stammen einerseits aus der schulischen Praxis kompetenzorientierter Formulierungen, andererseits aus den Formulierungen, welche 2012 von Heyse und Schircks zur Beschreibung von Schlüsselkompetenzen für Humanmedizin in der Schweiz verwendet wurden. Viele davon können synonym verwendet werden und dienen dazu, nicht immer die gleichen Operatoren verwenden zu müssen. Zusätzlich sollten auch mit einer solchen Vielzahl an Operatoren auch die Komplexität der Profile und geforderten Kompetenzen beschrieben werden. Die Liste der Operatoren kann im Anhang gefunden werden.

Obwohl es sich bei den Stakeholdern der Workshops durchwegs um praxiserfahrene Rettungsdienst- und Krankenhausmitarbeiter handelte, konnte davon ausgegangen werden, dass die Anforderungen, welche durch das SanG von 2002 an RS und NKI gestellt werden, nicht im Wortlaut gekannt wurden. Aus diesem Grund wurden auch die wichtigsten Informationen zu diesen Anforderungen aus den Paragraphen 9 bis 12 aus dem SanG (vgl. RIS, 2020a), welche sich mit den Aufgaben und Tätigkeiten von RS, NFS, sowie NFS mit allgemeinen (NKA & NKV) und speziellen Notfallkompetenzen (NKI) befassen, zusammengefasst, ausgedruckt und den Stakeholdern bereitgestellt.

Ein zentraler Teil jedes Workshops oder auch Seminars ist der Zeitplan und eine Übersicht der geplanten Abläufe. Für jeden Workshop wurde ein eigener Zeitplan mit speziellen Informationen zur Lokation und den Gruppen erstellt und vorab an die Stakeholder geschickt. Um auch während der Workshops einen guten Überblick auf den Zeitplan zu haben, wurde dieser auch für die TeilnehmerInnen ausgedruckt und den anderen Unterlagen beigelegt.

Während Teile der bisher genannten Unterlagen mehrfach verwendet werden konnten, um ressourcen- und umweltschonend arbeiten zu können, beinhaltete eine Unterlage die Zugangsschlüssel zur Onlineumfrage über die Relevanz der 64 Teilkompetenzen für jeweils RS und NKI. Allen Stakeholdern wurde ein Zugangsschlüssel zur Verfügung gestellt, der nur einmal gültig war.

Um die Unterlagen abzurunden und bei Bedarf Notizen aufschreiben zu können, wurden alle TeilnehmerInnen mit einem Notizblock und einem Kugelschreiberversorgt, da nicht davon

ausgegangen werden konnte, dass alle TeilnehmerInnen Schreibutensilien mitbrachten. Eine Mitnahme von Tablets und Laptops wurde im Vorfeld erbeten und klappte bei den Stakeholdern zu 100 Prozent.

6.2.11 Gemeinsames Mittagessen

Einen nicht unbeträchtlichen Anteil am Erfolg von Workshops haben auch Pausen und Verpflegung. Aus diesem Grund war es wichtig, die gemeinsame, straff und kurz gehaltene Mittagspause zusammen zu verbringen. Der Forscher lud hierzu alle teilnehmenden Personen auf ein gemeinsames Mittagessen ein. Informelles Lernen fand hierbei ebenso statt wie Networking.

In der aufgelockerten Stimmung während der Mittagspause wurden etliche Informationen zu Dienststellen, HiOrgs und generell Abläufen und Erfahrungen im RD miteinander geteilt. Neben höchst interessanten Themen wie der Umsetzung von Notfallkompetenzen und internen Abläufen bei Einsätzen oder Ausbildungen wurden auch skurrile Geschichten und Erfahrungen miteinander geteilt. Die Themen reichten hier von Einsätzen bis zu unverständlichen Auswüchsen von Freiwilligkeit auf Kosten der Professionalität des Rettungsdienstes.

Die Lokalitäten wurden nach den Erfahrungen der heimischen TeilnehmerInnen ausgesucht und zu Beginn der Workshops reserviert. Die Gaststätten reichten hierbei von gutbürgerlicher Küche bis hin zum Running-Sushi Restaurant. Die Lokale und auch das Essen wurden durchwegs gut angenommen und nach Aussagen einiger TeilnehmerInnen waren diese auch vom gemeinsamen Essen sehr angetan. Einerseits konnte man sich besser kennenlernen, was für die Entscheidungsfindung während der Workshops sicherlich förderlich war, und andererseits durfte man an den Erfahrungen der anderen TeilnehmerInnen teilhaben.

6.2.12 Mindmapping - Handlungsfeld Rettungsdienst / Rettungsorganisation

Die Idee ein Handlungsfeld für den Ö-RD gemeinsam zu beschreiben, entstand dadurch, dass viele Stakeholder in diverseren HiOrgs verschiedene Positionen und Aufgaben innehaben, andererseits RD in Österreich auch unterschiedlich interpretiert und ausgeführt wird. Um eine gemeinsame Definition des Rettungsdienstes in Österreich zu finden, wurde vorab ein Handlungsfeld für den RD in Österreich durch den Forscher erstellt und bei jedem

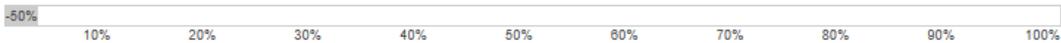
Workshop bearbeitet. Aus diesen Ergebnissen entstand schlussendlich ein Handlungsfeld. Der Name dieses Handlungsfeldes wurde allerdings von *Rettungsdienst Österreich* in *Rettungsorganisation Österreich* umgeändert. Für die Forschungsfrage und die Darstellung des Ö-RD stellte dies allerdings kein Problem dar, da hiermit ein allumfassendes Bild der Organisation des Rettungsdienstes gemacht wurde – die beiden für die Anforderungsprofile relevanten Bereiche Krankentransport und Notfallrettung wurden nämlich darin abgebildet. Dieses Handlungsfeld in Form einer Mindmap diente als Ausgangspunkt, die Anforderungen RS und NKI und die damit verknüpften Kompetenzen, auf den Ö-RD abgestimmt, beschreiben zu können. Eine genaue Beschreibung der Abläufe und Ergebnisse finden sich im Kapitel der Workshop Ergebnisse.

6.2.13 Internetumfrage: „Teilkompetenzen von RettungssanitäterInnen und NotfallsanitäterInnen NKI“

Obwohl die Profile überwiegend durch Entscheidungen während der Entscheidungen in der Gruppenphase entstanden, wurde vor eben diesen noch eine individuelle Internetumfrage auf Basis des Programmes LimeSurvey der Universität Graz durchgeführt. Der Titel der Umfrage war „Teilkompetenzen von RS und NotfallsanitäterInnen NKI“. In diesem Onlinefragebogen mussten die TeilnehmerInnen die Relevanzen der 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas von Erpenbeck und Heyse (2007) für jeweils RS und NKI bewerten. Die Bewertung erfolgte von 1, was „weniger relevant“ entsprach, bis 12, was „äußerst relevant“ bedeutete. Um die Umfrage übersichtlicher zu gestalten und nicht für RS und NKI die Relevanz von 64 Teilkompetenzen abfragen zu müssen, wurden 4 Unterteilungen in die Basiskompetenzen – Personale Kompetenz, Aktivitäts- und Handlungskompetenz, Fach- und Methodenkompetenz und Sozial- kommunikative Kompetenz – vorgenommen.

Teilkompetenzen von Rettungssanitätern und Notfallsanitätern NKI

In diesem Schritt sollen alle 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas mit den Ausprägungen 1 bis 12 bewertet werden, um so die Schlüsselkompetenzen für Rettungssanitäter und Notfallsanitäter NKI zu beschreiben.



Teilkompetenzen Rettungssanitäter

* Fach- und Methodenkompetenz												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Wissensorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analytische Fähigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sachlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beurteilungsvermögen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzeptionsstärke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisationsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systematisch-methodisches Vorgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Projektmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folgebewusstsein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehrfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachliche Anerkennung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachwissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marktkennnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planungsverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachübergreifende Kenntnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 35: Bewertung der Relevanz der Teilkompetenzen der Fach- und Methodenkompetenz für RettungssanitäterInnen im Programm LimeSurvey

Diese Internetumfrage sollte einerseits als Kontrolle der Ergebnisse im Gruppenprozess, aber auch nötigenfalls zur Ergänzung der Ergebnisse der Workshops, falls die Zeit nicht ausreichend sein würde oder andere Probleme auftreten sollten, dienen. Bei den eintägigen Workshops waren die TeilnehmerInnen kognitiv sehr gefordert und auch zeitlich unter Druck, weswegen diese Umfrage als Backup, Plan B und gleichermaßen als individuelle Ergänzung zu den Gruppenentscheidungen gesehen werden kann.

6.3 Kompetenzatlas

Um ein Verständnis dafür zu bekommen, warum für die KOAP für RS und NKI der Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) verwendet wurde, sollen zuerst zwei essenzielle Fragen zur Erstellung und Verwendung des Kompetenzatlas beantwortet

werden. Danach wird die Strategie und der Ablauf der Workshops mit Hilfe des Kompetenzatlas verdeutlicht.

Warum 12-16 Teilkompetenzen?

Die Kompetenzprofile für RS und NKI wurden so ausgelegt, dass sie zwischen 12 und 16 Schlüsselkompetenzen umfassen. Heyse (2007: 105) empfiehlt diese Anzahl, da eine unter 12 zu undifferenziert wäre und eine über 16 zu einer Zersplitterung und Verdeckung des Wesentlichen führen würden. Auch Sauter und Staudt (2016: 10) empfehlen diese Zahlen, da die beschriebenen Kompetenzen noch überschaubar und nicht zu vereinfacht sind. Die erstellten Profile beinhalten demnach für NKI 16 und für RS 15 Schlüsselkompetenzen. Da das Tätigkeitsfeld des NKI umfangreicher ist und auf der RS Ausbildung aufbaut, ist es auch nicht verwunderlich, dass hier mehr Kompetenzen als essenziell erachtet wurden. Grundsätzlich kann aber gesagt werden, dass es auch Kompetenzen gibt, welche im Profil für RS als Schlüsselkompetenzen gesehen werden, für NKI aber nur im erweiterten Kompetenzatlas gefunden werden können und keine Schlüsselkompetenzen per se darstellen. Die Tätigkeitsfelder Notfallrettung und Krankentransport sind zu unterschiedlich, um genau dieselben Kompetenzen im selben Ausmaß zu erfordern. Aus diesem Grund wurden natürlich auch beide Kompetenzprofile erstellt und nicht nur ein Anforderungsprofil für den Ö-RD.

Warum Schlüsselkompetenzen (MUST-Do) und erweiterter Kompetenzatlas (CAN-Do)?

Die sogenannten CAN-Dos, Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI, dienen einerseits dazu das Tätigkeitsfeld für RS und NKI genauer zu bestimmen und andererseits zu konkretisieren, wie PatientInnen am besten kompetent versorgt werden können. Anhand dieser konkreten Fragestellung und der Notwendigkeit möglichst viele Teilaspekte berücksichtigen zu können, welche für eine PatientInnenversorgung notwendig sind, wurden die Teilkompetenzen – 32 für RS und 36 für NKI ausgewählt.

Im Vergleich dazu wurden etwa bei den Schweizer Kompetenzprofilen für Humanmedizin 42 Schlüsselkompetenzen beschrieben. Dieser muss ebenfalls so umfangreich sein, da er als Pendant zu einem Lernzielkatalog zu verstehen ist und auch als Schlüsselkompetenz-Entwicklungskatalog bezeichnet wird (vgl. Heyse et al. 2012: 154). Diese große Anzahl von beschriebenen Kompetenzen stellt allerdings kein Novum dar, da sich eine Anzahl von 10 bis 40 Kompetenzen für ein Kompetenzmodell in der Praxis etabliert hat (vgl. Sauter & Staudt, 2016: 10). Natürlich stellen nicht alle dieser Kompetenzen Schlüsselkompetenzen dar und

die konkrete Anzahl der beschriebenen Kompetenzen hängt vom Umfang des zu beschreibenden Feldes ab. Der Österreichische Rettungsdienst wurde also mit 32 Teilkompetenzen für RS und 36 für NKI beschrieben.

6.3.1 Strategie Erstellung Kompetenzprofile

Wie bereits im Kapitel Kompetenzen beschrieben, ist KODE®X ein standardisiertes Tool zur Ermittlung von Kompetenzen. Es bedient sich des Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007). Da zur Erstellung der Profile für RS und NKI ebenso die 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas herangezogen werden und KODE®X schon jahrelang in der Berufspraxis etabliert ist, gibt es einige Parallelen bei der Erstellung der Profile. Während sich KODE®X mit Unternehmen und Positionen in Unternehmen beschäftigt, geht es bei der hier durchgeführten Forschung um ein Feld, welches viele unterschiedliche (Hilfs-)Organisationen, verschiedene Anstellungsverhältnisse (Ehrenamt, Hauptberuf, Zivildienst und FSJ) umfasst und mitunter auch gemeinnützig durchgeführt und von öffentlicher Hand subventioniert wird. Aus diesem und an anderer Stelle beschriebenen Gründen wurde die Strategie geändert.

Es wurden in 5 der 9 Bundesländer Österreichs Workshops durchgeführt. Diese fanden an, wie auch von Heyse (2007: 100) vorgeschlagen, neutralen Austragungsorten statt und war auch an eine ganztägige Präsenzphase gekoppelt.

Wie bereits detailliert beschrieben, hatten die TeilnehmerInnen recht unterschiedliche RD Backgrounds. Aus diesem Grund haben etliche TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Organisationen an den Workshops teilgenommen. Die Stakeholder können aber trotzdem durchaus als Expertengremium gesehen werden, was den Umstand mit sich bringt, dass diese ExpertInnen die Teilkompetenzen mittragen (vgl. Ortmann, 2010: 281). Zusätzlich galt es, zwei Profile zu erstellen, welche jeweils aus 2 Teilen bestehen. Zum einen wurde ein Profil für RS erstellt, welches den Krankentransport umfasst und aus einem Profil für Schlüsselkompetenzen, sogenannten MUST-Dos besteht. Zum anderen wurde ein erweiterter Kompetenzatlas (CAN-Dos) ausgearbeitet, der Kompetenzen umfasst, welche von RS gekannt werden sollen. Als zweites Profil wurden NKI beschrieben, welche in der Notfallrettung tätig sind. Auch hier besteht das Profil aus den Schlüsselkompetenzen und dem erweiterten Kompetenzatlas.

Für KODE®X gilt zwar ein strategisches Ziel von 1,5 bis 2 Jahren, um Ziele zu erreichen. Wie aber aus der gängigen Praxis des RD ersichtlich ist, muss klar sein, dass Strategien stets auf einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren ausgelegt werden müssen. Es galt beim Forschungsvorhaben nicht, den Rettungsdienst sofort ändern zu wollen, sondern Grundlagen dafür zu schaffen, Fort- und Weiterbildungen in den kommenden Jahren gezielt auf die Bedürfnisse von RS und NKI abstimmen zu können. Eine Intention war es auch, dass dadurch die Ausbildung von SanitäterInnen beeinflusst wird, was aber auf Grund der zurückhaltenden Stimmung bei der Gesetzgebung und der nicht sehr wahrscheinlichen Einführung eines neuen Berufsbildes, eher unrealistisch erscheint.

Ein weiterer essenzieller Punkt war auch die Einfachheit der Umsetzung, sowie die Erreichbarkeit der Ziele (vgl. Heyse, 2007: 98). Mit den erstellten Instrumenten sollte es möglich sein, Kompetenzen von SanitäterInnen in Österreich darstellen, feststellen und messen zu können. Es sollte hier weniger um dienstrechtliche Konsequenzen, als vielmehr um eine Weiterentwicklung der Fort- und Weiterbildung gehen.

Fort- und Weiterbildung wurden insofern favorisiert, als schon etliche Versuche unternommen worden waren, die Ausbildung zu verlängern oder ändern zu wollen. Diese wurden aber meist mit Argumenten wie einer Nicht-Vereinbarkeit mit Freiwilligkeit oder zu hohen Kosten abgetan. Aus diesem Grund setzte man es sich zum Ziel an den möglichen Stellen tätig zu werden, um die Kompetenzen von SanitäterInnen auf die Bedürfnisse von PatientInnen abstimmen zu können. Dies ist insofern möglich, da es dafür keine Gesetzesänderungen geben muss und RS als auch NKI von Gesetzes wegen eine Fortbildungspflicht im Umfang von 16 Stunden in 2 Jahren zu absolvieren haben:

„§50.(1) Sanitäter sind verpflichtet, zur

- 1. Information über die neuesten berufseinschlägigen Entwicklungen und Erkenntnisse und*
- 2. Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten*

Innerhalb von jeweils zwei Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindestens 16 Stunden zu besuchen.“ (RIS, 2020a)

16 Stunden in 2 Jahren bedeuten 8 Stunden oder einen Tag Pflichtfortbildung pro SanitäterIn pro Jahr in Österreich. Dies ist im Vergleich zum Aufgabenspektrum und dem Umfang der Kompetenzen der Profile sicherlich zu wenig, um gezielt eine Kompetenzentwicklung durchführen zu können. Zusätzlich müssen auch laut §50 weitere Aspekte in der Fortbildung berücksichtigt werden, was bedeutet, dass keine 16 Stunden in 2 Jahren zur Kompetenzentwicklung herangezogen werden können. HiOrgs können aber selbst

entscheiden, ob sie MA mehr Fortbildungen zukommen lassen wollen oder eigene Weiterbildungslehrgänge mit der Intention von Kompetenzentwicklung anbieten. Rein gesetzlich gibt es aber keine Handhabe dafür. Dies spiegelt sich unter anderem auch in der Ausbildungsverordnung für RS (vgl. BGBL, 2003a), für NFS (vgl. BGBL, 2003b) oder für NKI (vgl. BGBL, 2003c) wider. In diesen Verordnungen gilt es, österreichischen SanitäterInnen eine schier unendliche Anzahl an Begriffen innerhalb kurzer Zeit zu unterrichten.

Christoph Redelsteiner, bei der Erstellung des SanG aktiv beteiligt, kritisierte diesen Umstand schon mehrmals, da ein Unterricht mit komplexen Sachverhalten, wie etwa Kardialen-Notfällen, in wenigen Minuten vom Vortragenden abgehandelt werden muss. In einem Vortrag in Graz rechnete er die Zeiten, welche für das Unterrichten dieser Sachverhalte in der Ausbildung übrig bleibt, vor. Als Beispiel wurde jeweils für RS und NFS das Kapitel Notfälle bei verschiedenen Krankheitsbildern gewählt, bei dem es für RS etwa 6,9 Minuten pro Unterthema und 43 Minuten für ein Hauptthema, wie etwa kardiale Notfälle, gibt. Bei NFS gibt es für dieses Hauptthema wiederum nur 66,6 min Zeit. (vgl. Redelsteiner, 2017)

Notfälle (lt. SanAV)	RettungssanitäterInnen	NotfallsanitäterInnen
Zeit / Unterthema	6,9	
Zeit / Hauptthema	42,82	66,6

Tabelle 10: Zeit in der Ausbildung für Notfälle bei verschiedenen Krankheitsbildern in Minuten (Redelsteiner, 2017; eigene Abbildung)

Die genauen Aufschlüsselungen können in der SanAV und den Anlagen zu den Modulen gefunden werden (vgl. BGBL, 2003a; 2003b; 2003c).

6.4 Arbeitsschritte der Workshops

Da sich die kompetenzorientierten Anforderungsprofile am Kompetenzatlas orientieren, wurden einige Parallelen zur Erarbeitung mittels KODE®X, welches allerdings hauptsächlich für Unternehmen konzipiert ist, gezogen. Teilweise unterscheidet sich die Erarbeitung aber auf Grund der Gruppe und der Thematik von KODE®X.

Die folgende Tabelle stellt die Arbeitsschritte eines potenziellen Workshops für KODE®X dar. Da sich aber viele TeilnehmerInnen noch nicht kannten, in unterschiedlichen HiOrgs arbeiten, unterschiedliche Hintergründe und diverse Ansichten zur Thematik Rettungsdienst haben, mussten mehrere Teile miteinbezogen werden.

Arbeitsschritte	Zeitbedarf (Minuten)
1. Eröffnung, Mitteilung der Zielsetzung und des Ablaufes	20
2. Moderierte Diskussion zur Unternehmensstrategie, Ableitung von 3-5 strategischen Zielen (extern und intern gerichtet)	90-120
3. Ableitung von 12-16 strategischen Kompetenzanforderungen mit allgemeiner Verbindlichkeit – auf der Grundlage der strategischen Unternehmensziele	60
4. Präzisierung der Kompetenzanforderungen: Formulierung unternehmensspezifischer Identifikations- und Beurteilungsmerkmale	150
5. Entwicklung von Muster-Anforderungsprofilen für unterscheidbare Job- und Funktionsgruppen	Je 30

Tabelle 11: Arbeitsschritte für Workshops (Heyse & Erpenbeck, 2007: 100)

Die oben vorgestellten Arbeitsschritte umfassen eine Zeit von etwa 6 bis 6,5 Stunden und betreffen ein sogenanntes TOP-Team aus 6 bis 9 MitarbeiterInnen unterschiedlicher Positionen im Unternehmen. Alleine der Umstand, dass das Unternehmensziel im Vordergrund steht, stellt schon einen großen Unterschied zur vorgestellten Erstellung von Profilen für SanitäterInnen dar. Ein großer Unterschied ist vor allem, dass bei den durchgeführten Workshops unternehmerische Ziele aus der Zielsetzung gestrichen wurden und PatientInnen im Fokus stehen. Das heißt, das Ziel der Forschung ist es nicht, ein Unternehmen möglichst gut zu entwickeln oder zu organisieren, sondern klar darlegen zu können, was SanitäterInnen können müssen, um in der Lage zu sein PatientInnen kompetent zu versorgen.

Angesichts der Tatsache, dass die TeilnehmerInnen teilweise noch nicht miteinander bekannt waren und mehrere Grundlagen zur Thematik bearbeitet wurden (Rettungsdienst in 3 Sätzen, Erstellung Handlungsfeld Rettungsdienst), entschied sich der Forscher zu einer Ausweitung der Workshops auf 8 Stunden.

Ebenfalls wurde den TeilnehmerInnen die Möglichkeit gegeben, bei Bedarf, nach Abschluss der Workshops, noch eine Quo-Vadis RD-Ö Diskussion durchzuführen. Dies wurde aber in Anbetracht der Arbeitsintensität aller Workshops nicht durchgeführt. Diese dauerten demnach jeweils etwa 8 Stunden, exklusive Mittagspause zum informellen Austausch und Energie tanken.

Auf Grund der beschriebenen Umstände wurden die Zeiten für die jeweiligen Arbeitsschritte der Workshops für RS und NKI Kompetenzprofile wie folgt geplant:

Arbeitsschritte	Zeitbedarf (Minuten)
1. Eröffnung, Mitteilung der Zielsetzung und des Ablaufes, Vorstellung Forscher und Moderator, Vorstellung der TeilnehmerInnen und Präsentation „ Der Österreichische Rettungsdienst in 3 Sätzen“ durch die jeweiligen TeilnehmerInnen	20
2. Theoretischer Input zu: Kompetenzen, Kompetenzatlas, Partizipative Forschung, Fragestellung	30
3. Internetumfrage in LimeSurvey zur Relevanz der 64 Teilkompetenzen für RS und NKI	10
4. Moderierte Diskussion zum Handlungsfeld Rettungsdienst in Österreich, Konkretisierung der Ziele: Darstellung RD in Ö, Schlüsselkompetenzen RS und NKI; CAN-Dos RS und NKI	30
5. Aufteilung in Gruppen; Ableitung von 12-16 Schlüsselkompetenzen mit Bewertung der 64 einzelnen Teilkompetenzen (+ - ~) als Grundlage der Beschreibung der Schlüsselkompetenzen	180 (150)
6. Präzisierung der Kompetenzanforderungen: Formulierung der einzelnen Schlüsselkompetenzen und Nennung von relevanten Beispielen aus der RD-Praxis	150
7. Präsentation der Ergebnisse des Handlungsfeldes und der Schlüsselkompetenzen und CAN-Dos	30 (60)
8. Diskussion Quo-Vadis Rettungsdienst im Anschluss	x

Tabelle 12: Die 8 geplanten Arbeitsschritte der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI

Die in Tab. 12 angeführten Schritte sollten auch kurze Pausen inkludieren. Der Workshop in Wien gliederte sich auch noch in 2 Einzelgruppen, was die Präsentation der Ergebnisse schon in der Zeitplanung automatisch verlängerte, weswegen wurden auch 60 Minuten eingeplant wurden. Die restlichen 4 Workshops wurden mit jeweils nur einer Gruppe durchgeführt, was klarerweise die Zeit, welche für Präsentationen der Ergebnisse zur Verfügung stehen muss, verkürzt. Aus diesem Grund finden sich in Tab. 12 die geplanten Zeiten bei Workshops mit 2 Gruppen in Klammer.

Block 1 (8-9.30)	Block 2 (9.45-14.30)	Block 3 (14.45 - 16.00 - *xxx)
Begrüßung der TN	Aufteilen in	Präsentation Ergebnisse
Vorstellung	Gruppe 1	Gruppe 1
RD-Ö in 3 Sätzen	Gruppe 2	Gruppe 1
Überblick Theorie:	Erweiterter Kompetenzatlas RS	
Kompetenzen	Moderation	*Anschlussdiskussion
Kompetenzatlas	Erarbeitung Can-Dos	Quo-Vadis RD-Ö
Partizipative Forschung		Erwartungen
Onlineumfrage	Erweiterter Kompetenzatlas NFS	
Schlüsselkompetenzen	Moderation	
RS/NFS Must-Dos	Erarbeitung Can-Dos	
Handlungsfeld		
RD-Ö (Ergänzung)		
Pause	Mittagspause	Pause

Abbildung 36: Zeitplan des Workshops in Wien

6.4.1 Arbeitsschritte der Workshops - effektiv

Die effektiven Zeiten der Arbeitsschritte der Workshops unterscheiden sich zum Teil recht deutlich von den geplanten bzw. sind 2 Schritte sogar gänzlich weggefallen. Arbeitsschritte	Zeitbedarf (Minuten)
1. Eröffnung, Mitteilung der Zielsetzung und des Ablaufes, Vorstellung Forscher und Moderator, Vorstellung der TeilnehmerInnen und Präsentation „ Der Österreichische Rettungsdienst in 3 Sätzen“ durch die jeweiligen TeilnehmerInnen	15
2. Theoretischer Input zu: Kompetenzen, KompetenzAtlas, Partizipative Forschung, MUST-Dos, CAN-Dos	30
3. Internetumfrage in LimeSurvey zur Relevanz der 64 Teilkompetenzen für RS und NKI	20
4. Moderierte Diskussion zum Handlungsfeld Rettungsdienst in Österreich, Konkretisierung der Ziele: Darstellung RD in Ö, Schlüsselkompetenzen RS und NKI; CAN-Dos RS und NKI	40
5. Aufteilung in Gruppen; Ableitung von 12-16 Schlüsselkompetenzen mit Bewertung der 64 einzelnen Teilkompetenzen (+ - ~) als Grundlage der Beschreibung der Schlüsselkompetenzen	165
6. Präzisierung der Kompetenzanforderungen: Formulierung der einzelnen Schlüsselkompetenzen und Nennung von relevanten Beispielen aus der RD-Praxis	150
7. Pausen (inkl. Mittagspause), Unterbrechungen	60

Tabelle 13: Arbeitsschritte der Workshops - effektiv durchgeführte Arbeitsschritte

1. Im ersten Arbeitsschritt wurden die Workshops offiziell vom Forscher eröffnet. Die Zielsetzung des Vorhabens wurde kurz umrissen und auf die schon ausgesendeten Materialien und die auf den Plätzen der TeilnehmerInnen liegenden Unterlagen (Blatt zu den Tätigkeitsbeschreibungen von RS, NFS, NKI; Beschreibungen aller 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas, Handout mit Operatoren zur Formulierung von kompetenzorientierten Beschreibungen der einzelnen Kompetenzen) verwiesen. Daraufhin stellten sich Forscher, Andreas Schober und Moderator, Werner Kohler, den TeilnehmerInnen persönlich vor und gaben kurz die persönlichen Beweggründe zur Bearbeitung der Thematik wieder. Danach stellten sich die bis zu 6 TeilnehmerInnen der einzelnen Workshops mit ihrem RD Background vor und präsentierten dann ihre Ansicht des Ö-RD anhand von „Der Österreichische Rettungsdienst in 3 Sätzen“. Die TeilnehmerInnen wurden vom Forscher im Vorfeld gebeten, diese 3 Sätze vorzubereiten.

Die SOLL-Zeit dieses Arbeitsschrittes betrug 20 Minuten. Diese Zeit konnte sogar auf 15 verringert werden, da im Vorhinein schon gebeten wurde, die jeweiligen Standpunkte, welche bei den 3 Sätzen über den RD dargebracht wurden, nicht zu kommentieren, da noch genügend Zeit zur Bearbeitung der Thematik Rettungsdienst und der Aufgaben im Rettungsdienst investiert werden würde. Zusätzlich sollte jeder TeilnehmerInnen die Möglichkeit bekommen, den eigenen Standpunkt bezüglich des RD in Österreich vorher deutlich zu machen. Die TeilnehmerInnen wurden auch noch darum gebeten, die jeweiligen Sätze in der Arbeit veröffentlichen zu dürfen und wurden danach gefragt, welchen Wortlaut der jeweilige Name in der Arbeit haben und welche Funktion bzw. Arbeitsstelle angeführt werden sollte. Alle TeilnehmerInnen stimmten einer Veröffentlichung zu.

2. Der nächste Arbeitsschritt bestand in einer kurzen Einführung in die Thematik der Forschung in Form von theoretischem Input zu den Inhalten Anforderungs- und Tätigkeitsfeld von RS und NKI laut dem SanG, Kompetenzen, Kompetenz ist nicht..., Kompetenzatlas, Querschnitts- und Metakompetenzen, zusätzliche Fach- und Methodenkompetenzen RD-Ö und partizipative Forschung. Zusätzlich wurde auch dargestellt, welche Gründe für eine Erarbeitung der Thematik sprechen. Zu ihnen zählen unter anderem der demographische Wandel, NotärztInnenmangel in Teilen

Österreichs, stetiger Fortschritt in Medizin, Pflege und Rettungsdienst, ein sich ständig erweiterndes Aufgabenspektrum für SanitäterInnen, Standardisierung in der Versorgung von PAT und unterschiedliche Arbeitsverhältnisse im RD. Diese Themen werden im Kapitel Erkenntnisinteresse genauer definiert und erläutert. Anschließend wurden die Fragestellungen präsentiert und der Fokus darauf gelegt, dass es um die Frage „Was müssen SanitäterInnen in Österreich können, um PatientInnen kompetent versorgen zu können?“ geht und nicht um das Wohl oder die Interessen von HiOrgs als Arbeitsgeber oder um politische Interessen. Der Fokus liegt auf dem PatientInnenwohl. Dann wurde noch einmal verdeutlicht, dass das Ziel der Forschung eine Erstellung von KOAP für RS und NKI in Österreich ist, welche in Schlüsselkompetenzen und den erweiterten Kompetenzatlas für beide Ausbildungsstufen aufgeteilt ist.

Der Forscher war auf Grund der begrenzten Zeit bemüht die 30 Minuten Grenze (SOLL) einzuhalten und konnte zu klärende Fragen sofort beantworten. Somit wurden die 30 Minuten (IST) nicht überschritten. Es blieben keine gestellten Fragen unbeantwortet und so konnte zum ersten aktiven Teil der Stakeholder übergegangen werden.

3. Den dritten Arbeitsschritt der Workshops stellte eine Internetumfrage zur Relevanz der einzelnen 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas dar. Für jeweils RS und NKI mussten die 64 Kompetenzen mit 1 (wenig relevant) bis 12 (übermäßig relevant) bewertet werden. Die Umfrage wurde in LimeSurvey, einem von der Karl-Franzens-Universität Graz zur Verfügung gestellten Umfragetool, durchgeführt. Die Stakeholder mussten die URL der Umfrage in die Browser der von ihnen mitgebrachten Laptops oder Tablets eintippen. Danach fügten sie einen Zugangsschlüssel ein, welcher nur für eine Person gültig war. Anschließend wurden die 64 Teilkompetenzen hinsichtlich ihrer Relevanz für RS und NKI bewertet.

Die beanspruchten Zeiten variierten in den Gruppen, da die Eingabe der URL der Umfrage als auch die Eingabe der Zugangsschlüssel zu Problemen führte. Dieser Prozess wurde bis zum letzten Workshop hin optimiert, wo direkt während des Workshops ein Email mit der URL inklusive Zugangsschlüssel versandt wurde und in Echtzeit in die Umfrage eingestiegen werden konnte. Auch diverse Rückfragen zur

Bedeutung der einzelnen Kompetenzen nahmen etwas Zeit in Anspruch. Vorteilhaft war, dass die TeilnehmerInnen jeweils die zur Verfügung gestellten Ausdrücke mit Synonymen und Definitionen zu den einzelnen Kompetenzen verwenden konnten und so einige Fragen schon im Vorhinein beantwortet werden konnten. Zusätzlich musste in einigen Fällen nochmals betont werden, dass diese Bewertung nicht dem Zweck diene einen Status-Quo des Ö-RD abzubilden, sondern festzumachen, was SanitäterInnen können müssen, um PatientInnen kompetent versorgen zu können. Aus diesen Gründen musste die SOLL-Zeit von 10 Minuten auf mindestens 20 Minuten ausgedehnt werden.

4. Im nächsten Teil des Workshops präsentierte der Forscher das von ihm erstellte Handlungsfeld Rettungsdienst bzw. das jeweilige Handlungsfeld des Vorgängerworkshops mit den jeweiligen Ergänzungen und Streichungen. Es wurde hier auch stets betont, welche Ergänzungen und Streichungen mit welchen Begründungen durchgeführt wurden. Mit dieser Grundlage konnte Werner Kohler eine moderierte Bearbeitung zum Handlungsfeld Rettungsdienst durchführen. In den folgenden Diskussionen zeigte sich, dass es bei der Erarbeitung eines solch komplexen Themas nur zielführend sein kann, wenn TeilnehmerInnen mit unterschiedlichen Backgrounds und daraus resultierend, unterschiedlichen Blickwinkeln, daran teilnehmen. So wurden etwa ganze Themenbereiche neu hinzugefügt, die bei anderen Workshops nicht beachtet wurden, wie etwa der Bereich der Leitstelle.

Der Forscher dokumentierte hier die Diskussionen und Änderungswünsche der Stakeholder. Hauptdiskussionspunkt war die Umbenennung des Handlungsfeldes von „Handlungsfeld Rettungsdienst Österreich“ in „Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich“. Dies wurde auf Grund der Tatsache vorgenommen, dass auch Bereiche in dem Handlungsfeld abgebildet werden sollten, welche nicht unmittelbar den Rettungsdienst umfassen, aber in direktem Verhältnis dazu stehen. Exemplarisch kann hier die Breitenausbildung für Erste Hilfe oder Krisenintervention genannt werden. Die genaue Beschreibung der einzelnen Workshops kann bei der Beschreibung der jeweiligen Workshops im Unterkapitel „Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich“ gefunden werden. Zusätzlich wurden auch

nochmals die konkreten Ziele des Workshops und die Forschungsschwerpunkte dargelegt.

Angesichts reger Diskussionen bezüglich des Handlungsfeldes Rettungsdienst und der Änderung etlicher Teilbereiche sowie der Änderung des Namens in „Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich“ wurde die SOLL-Zeit von 30 Minuten leicht überschritten und pendelte sich bei einer IST-Zeit von etwa 40 Minuten ein. Sich anbahnende Grundsatzdiskussionen bezüglich des Rettungsdienstes und Meinungsäußerungen zur Sinnhaftigkeit diverser Tätigkeiten und Handlungen im Rettungsdienst wurden mit der Bitte, diese in der Pause oder der Anschlussdiskussion – Quo-Vadis Ö-RD, zu diskutieren, aus der Erarbeitung des Handlungsfeldes verbannt. Dies war nötig da andernfalls eine konstruktive Finalisierung des Handlungsfeldes nur sehr schwer möglich gewesen wäre.

5. Der fünfte Schritt war die Aufteilung in Gruppen und die Bewertung der 64 einzelnen Teilkompetenzen in jeweils + (ergab in der Auswertung 3 Punkte, bedeutete sehr bis äußerst relevant), ~ (2 Punkte, deutlich bis sehr relevant) und – (ein Punkt, teilweise bis ziemlich relevant). Es bestand auch die Möglichkeit der Streichung, wenn Teilkompetenzen zu betriebswirtschaftlich orientiert oder generell für die Forschungsfrage irrelevant waren (weniger bis teilweise relevant). Die Aufteilung in Gruppen fand nur in Wien statt, bei den restlichen Workshops wurde in einer Kleingruppe gearbeitet, was sich als sehr zielführend herausstellte, da sich Moderator und Forscher voll auf ihre Rollen konzentrieren konnten.

Die Bewertung erfolgte mit Hilfe von Moderationskarten, auf welchen die einzelnen Teilkompetenzen geschrieben waren. Diese Karten wurden danach auf vorbereitete Plakate geklebt, welche in +, ~ und – für jeweils RS und NKI aufgeteilt wurden. Pro Workshop wurde also ein Plakat für RS und eines für NKI erstellt. Insgesamt gab es somit 10 Plakate, auf denen die Teilkompetenzen für RS und NKI bewertet wurden.



Abbildung 37: Diskussion während des Prozesses der Auswahl von Teilkompetenzen

Ziel war es, aus den Bewertungen 12 bis 16 Schlüsselkompetenzen abzuleiten, welche jeweils essenziell für RS und NKI sind. Diese Schlüsselkompetenzen wurden auch als MUST-Dos bezeichnet, sprich was ein RS bzw. NKI können MUSS, um PatientInnen kompetent zu versorgen. Auch die restlichen Kompetenzen wurden bewertet, um die Kompetenzen für den erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI zu bestimmen. Hierbei handelt es sich um CAN-Dos, Kompetenzen welche SanitäterInnen in Österreich können sollen, um PatientInnen kompetent zu versorgen.

Schon während der Entscheidung über die Prioritäten und Relevanzen der jeweiligen Kompetenzen kam es zu einigen Diskussionen und Nennungen von Beispielen, was für Beschreibungen, welche später vorgenommen wurden, dienlich war. Für die TeilnehmerInnen war es somit schnell möglich, die einzelnen Kompetenzen und deren Relevanz für den RD und jeweils RS und NKI zu bewerten, da sie dies schon individuell in einer Internetumfrage gemacht hatten. Ziel war hier, auch die einzelnen Meinungen einzufangen und zu verhindern, dass durch Gruppendynamik einzelne Bereiche zu wenig Gewichtung finden. Die größte Aussagekraft hatten allerdings die Ergebnisse der Gruppenphase, die Onlineumfrage diente hauptsächlich zur Validierung und Überprüfung der Ergebnisse der Gruppenphase sowie als Back-Up.

Mit veranschlagten 180 Minuten (SOLL) war dies der längste Arbeitsschritt und dauerte effektiv auch etwa 165 Minuten (IST) im Schnitt. Hierbei muss aber klar sein, dass Entscheidungen über Streichungen von Kompetenzen, Bewertungen dieser in +,- und ~ vorgenommen und auch schon einige Vorarbeiten für Schritt 6 getroffen wurden, welche auch schon vom Forscher für Schritt 6 mitdokumentiert wurden.

6. Als sechster und letzter konkreter Arbeitsschritt der Workshops wurden die Schlüsselkompetenzen beschrieben und mit Beispielen unterlegt. Die Formulierungen der einzelnen Schlüsselkompetenzen mussten von den Stakeholdern gemeinsam

erarbeitet und formuliert werden, was ein sichtlich schweres Unterfangen darstellte. Dies war insbesondere dadurch gegeben, dass etliche TeilnehmerInnen wenig Erfahrung damit hatten, kompetenzorientierte Formulierungen zu verfassen. Da aber seitens des Forschers ein Hand-Out voller Operatoren zum Formulieren von Kompetenzen zur Verfügung gestellt wurde, konnten nach ersten Anlaufschwierigkeiten bei allen Workshops etliche Kompetenzen beschrieben werden.

Aufgrund der Tatsache, dass zu dieser Zeit noch keineswegs klar war, welche Teilkompetenzen schlussendlich als Schlüsselkompetenzen gelten würden, wurden sofern zeitlich möglich, jene Kompetenzen beschrieben, die mit + bewertet wurden.

In Anbetracht des Zeitmangels konnten im Durchschnitt pro Kompetenz oft nur zwei Kompetenzformulierungen inklusive eines Beispiels erstellt werden. Es waren hier deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Kompetenzen zu erkennen und so wurden bei einigen Teilkompetenzen eine Vielzahl an Formulierungen gefunden, bei anderen Kompetenzen hingegen wurden keine entsprechenden Formulierungen erstellt oder auch kein Beispiel genannt. Durch die Diversität der 5 Workshops war es aber möglich, zu allen Schlüsselkompetenzen Formulierungen und Beispiele zur Verfügung zu haben. Auch für den erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI waren einige Teilkompetenzen mit Formulierungen und Beispielen versehen, was die weitere Arbeit des Forschers erleichterte. Nichtsdestotrotz bedurfte es einiger Zeit zur Nachbearbeitung, um die vorhandenen kompetenzorientierten Anforderungsprofile mit genügend adäquaten Formulierungen und jeweils 2 Beispielen zu versehen.

Bedingt durch die Limitierung der Zeit auf 8 Stunden und den großen kognitiven Anstrengungen, vor allem mit den Formulierungen der Kompetenzen verbunden, wurde die Phase der Formulierungen nach etwa 150 Minuten, wie es auch im Plan für die Arbeitsschritte vorgesehen war, beendet. Verständlicherweise konnten dadurch nicht alle Kompetenzen zur Gänze beschrieben werden, dennoch waren durch die fünf Workshops etliche Formulierungen und Beispiele durch die Stakeholder eingebracht worden.

7. Die Pausen werden hier als einzelner Arbeitsschritt ausgeführt, obwohl sie bis auf die Mittagspause in die restlichen Teile integriert waren. Grundsätzlich kann gesagt

werden, dass die eigentlichen Pausen relativ kurzgehalten wurden, da sehr produktiv gearbeitet wurde. Während der Erarbeitung der Themen war es jederzeit möglich, in den Räumen der Workshops einen Kaffee zu holen, um den Kopf frei zu bekommen, einen kleinen bereitgestellten Snack oder auch Wasser zu sich zu nehmen. Natürlich wurde auch, wenn Bedarf bestand, kurz pausiert und bei manchen Themen war ein kurzes Reset, bzw. ein Neustart notwendig, um geistigen Sackgassen zu entkommen. Diese Neustarts erfolgten entweder in Form einer kurzen Pause und dem anschließenden Herangehen an dieselbe Thematik oder der Beschreibung und Bearbeitung einer anderen Teilkompetenz. Diese Praxis kann mit einem im Rettungsdienst immer mehr verbreitetem Vorgang, dem „10 for 10“ verglichen werden. Hier wird eine Versorgung gestoppt und in 10 Sekunden die Abläufe der folgenden 10 Minuten geplant, um aus Sackgassen zu entkommen. Ähnlich verhielt es sich auch bei der Formulierung der Teilkompetenzen für SanitäterInnen.

Die Mittagspause fand meistens in einem reservierten Lokal in der Nähe statt, was meist ohne größere Zeitverzögerung funktionierte und mit mehreren informativen Gesprächen über den Rettungsdienst in unterschiedlichen Organisationen und Bundesländern einherging. Auch hier kann man nicht unbedingt von Pause im eigentlichen Sinn sprechen, da es sich hier zwar um einen informellen Ort, im Vergleich zum Seminarraum der Workshops handelte, aber durch den regen Austausch unter den TeilnehmerInnen auch von den anderen gelernt werden konnte. Grundsätzlich kann die genaue Zeit der Pausen nicht festgelegt werden, die Zeit in der nicht unmittelbar von der Erarbeitung der Teilkompetenzen oder dem Inhalt der Forschung oder des Workshops gesprochen wurde, waren im Durchschnitt etwa an die 60 Minuten.

6.4.1.1 Nicht durchgeführte Arbeitsschritte

1. Präsentation der Ergebnisse des Handlungsfeldes und der Schlüsselkompetenzen

Da die Workshops natürlich mit etwa 8 Stunden zeitlich limitiert waren und auch nicht alle Teilkompetenzen pro Workshop beschrieben wurden, musste auf die Präsentation der Gruppen verzichtet werden. Dies war insofern kein großes Problem, da bis auf den Workshop in Wien nur jeweils eine Gruppe an der Thematik mitarbeitete und diese Formulierungen und Beispiele, sowie vor allem die Bewertungen der Teilkompetenzen in

Gruppenarbeit entstanden. Dies hatte zur Folge, dass bis auf den Workshop in Wien, jederzeit alle TeilnehmerInnen über den jeweiligen Stand des Workshops und die Ergebnisse informiert waren. Zusätzlich war von vornherein klar, dass es nach den 5 Workshops eine weitere Phase partizipativer Forschung, eine sogenannte Evaluationsphase, geben würde, in welcher die Stakeholder die Möglichkeit bekommen würden, die Formulierungen und Beispiele reflektieren zu können und bei Bedarf auch Änderungswünsche zu äußern.

2. Diskussion im Anschluss: Quo-Vadis Rettungsdienst

Auch die Diskussion zum Thema „Quo-Vadis Rettungsdienst in Österreich?“ musste wegen zeitlicher Engpässe gestrichen werden. Während den Pausen und der Erarbeitung bzw. Beschreibung der Teilkompetenzen wurden aber auch Themen besprochen, welche mit Sicherheit dieser Thematik entsprachen. Exemplarisch können Hochdach- VS Mittelhochdach- VS TYP C RTW oder Mindestausbildungsstandards für den Einsatz auf Rettungsfahrzeugen genannt werden. Ein Ausufern dieser Diskussionsbeiträge wurde aber insofern unterbunden, als dass es um die Beschreibung von Kompetenzen ging und nicht vorrangig um eine zukünftige Orientierung des RD in Ö. Da es aber bislang schon derartige Formate wie etwa den „Think tank“, einen Gedankenaustausch zu rettungsdienstlichen Themen für Mitglieder des Österreichischen Bundesverbandes für Rettungsdienst (BVRD) gab und auch TeilnehmerInnen der Workshops diesem und ähnlichen Formaten beiwohnten, stellte die Absenz des finalen Arbeitsschrittes, der Quo-Vadis Diskussion, kein grundlegendes Problem dar.

6.5 Anforderungsprofil – SOLL Profile

Wie es auch bei Kompetenzprofilbeschreibungen mit KODE®X erfolgt, sind die erstellten Profile nicht eine Abbildung des Status-Quo, sondern stellen SOLL-Anforderungen an Kompetenzen dar (vgl. Ortmann, 2010: 280). Anhand der Frage „Was müssen RS und NKI in Österreich können, um PatientInnen kompetent versorgen zu können?“, galt es demnach zwei SOLL-Anforderungsprofile zu erstellen, welche die Idealbilder von RS und NKI darstellen sollten. Die Stakeholder der Workshops, allesamt ExpertInnen ihres jeweiligen Bereiches im Rettungsdienst, trugen in der Gruppe dazu bei, zu entscheiden, welche Kompetenzen in den beiden Profilen enthalten und in weiterer Folge beschrieben wurden.

Einerseits entschieden sie mit, welche Kompetenzen für die 4 Bereiche der KOAP für RS und NKI ausgewählt wurden, andererseits stammen auch Teile der Formulierungen von den Stakeholdern selbst. Diese Formulierungen entsprachen den Identifikationsmerkmalen (vgl. ebd.: 282) für die jeweiligen Teilkompetenzen, welche für eine standardisierte Testung mittels KODE®X verwendet werden können. Grundsätzlich wäre es auch möglich, die Formulierungen, bzw. Kompetenzbeschreibungen der Anforderungsprofile für RS und NKI, zu bewerten (etwa mit 1 bis 12, wie auch bei KODE®X und den Bewertungen bei der Internetumfrage und bei der IST-Stand Erhebung). Dieser Anwendungsbereich, welcher etwa für Einstellungen von Rettungsdienstpersonal oder gar bei Prüfungen praktikabel sein könnte, ist aber nicht direkter Bestandteil der SOLL-Profile, sondern stellt nur eine Möglichkeit dar, wie diese Anforderungsprofile sinnvoll im Ö-RD eingesetzt werden könnten.

Im KODE®X Konzept wird auch von einem „Sollkanal“ oder „Soll-Korridor“ gesprochen. Dieses Intervall signalisiert, wie stark eine Kompetenz ausgeprägt sein soll (vgl. ebd.: 283). Teilweise werden bei Kompetenzen unterschiedliche „Sollkanäle“ vorgegeben. Im Zuge der beiden KOAP für RS und NKI erfolgt das mit Hilfe der Unterteilung in 2 Unterkategorien der Profile: Schlüsselkompetenzen und den erweiterten Kompetenzatlas. Die Schlüsselkompetenzen stellen eine MUSS-Anforderung (MUST-Do) dar und müssen demnach stark ausgeprägt sein. Als Mindestausprägung wurde für Schlüsselkompetenzen 9, auf einer Skala von 1 bis 12, ausgewählt. Dies bedeutet, dass die Kompetenz bei RS und NKI „sehr ausgeprägt“ sein muss. Für die Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas, welche SOLL-Bestimmungen (CAN-Do) darstellen, beträgt die Mindestausprägung 7, was „deutlich ausgeprägt“ entspricht. Die Entscheidung über den Wert der Mindestausprägungen und Unterteilungen in MUST-DOs und CAN-DOs erfolgte bei der Bewertung und deren Besprechung während den 5 Forschungsworkshops sowie im Zuge der Bearbeitung und Zusammenfassung der Ergebnisse durch den Forscher.

6.6 Anforderungsprofil RettungssanitäterIn

Das erstellte KOAP für RS im Ö-RD dient als Grundlage dafür, die Anforderungen und Tätigkeiten von RS im Ö-RD zu beschreiben. Die Aufgaben und Tätigkeiten wurden im Handlungsfeld Rettungsorganisation abgebildet, welches in Kapitel 6.10.2 beschrieben wurde. Speziell decken RS aber den Bereich Krankentransport sowie teilweise BLS (Basic Life Support) im Ö-RD ab und sollen eine möglichst kompetente PatientInnenversorgung in

diesen Bereichen bieten können. Das Anforderungsprofil für RS ist als Idealbild bzw. SOLL-Profil zu verstehen, wobei die Schlüsselkompetenzen, MUST-DOs, stärker als die Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS, CAN-Dos, ausgeprägt sein müssen. Zusätzlich sind auch noch Meta- und Querschnittskompetenzen von RS zu beherrschen. Das Anforderungsprofil für RS kann in Kapitel 9.2 gefunden werden.

6.7 Anforderungsprofil NotfallsanitäterIn (NKI)

Das Aufgabenspektrum von NKI ist im Vergleich zu RS umfangreicher, denn der BLS und Krankentransportbereich müssen auch oft abgedeckt werden, da nicht alle NotfallpatientInnen, die im Zuge der Notfallrettung transportiert werden, auch wirklich solche sind – ein nicht unbeträchtlicher Teil der versorgten PatientInnen müsste nicht von NA und/oder NotfallsanitäterInnen (NKI) versorgt werden. Gleichzeitig müssen aber NKI auch den Bereich ALS und Notfallrettung abdecken und stehen somit vor einer vielfältigen Aufgabe – einer kompetenten Versorgung von NotfallpatientInnen und weniger kritischen PatientInnen. Um diese Tätigkeiten zu beschreiben, wurde ein kompetenzorientiertes Profil für NKI, welches Schlüsselkompetenzen, MUST-DOs, und Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas NKI, CAN-DOs umfasst, erstellt. Letztere müssen nicht in derart hohem Maße ausgeprägt sein, wie Schlüsselkompetenzen. Zusätzlich sind auch noch sogenannte Meta- und Querschnittskompetenzen Grundvoraussetzung für die Tätigkeit als NKI. Das Anforderungsprofil für NKI kann in Kapitel 9.1 gefunden werden.

6.8 Weitere Anforderungsprofile

In der Vorbereitungsphase der Workshops und der Aufbereitung des Themenkomplexes Rettungsdienst in Österreich stößt man unweigerlich auf Bestrebungen eine mehrjährige Berufsausbildung für SanitäterInnen in Österreich zu etablieren. Bereits vor dem SanG wurde nach Evaluation der Ausbildung für SanitäterInnen in Österreich und den regionalen Disparitäten eine einheitliche Ausbildung für SanitäterInnen gefordert, welche eine Dauer von 3 Jahren haben sollte (vgl. ÖAGW, 1994²: 399.) Dies wurde aber unter anderem aus Kostengründen und einer Unvereinbarkeit mit der Freiwilligkeit im Ö-RD zerschmettert. Das Resultat 2002 waren die hier in dieser Arbeit bearbeiteten Ausbildungsstufen des SanG von Modul 1, RS, bis hin zu den SanitäterInnen mit speziellen Notfallkompetenzen, den NKI.

Jahre nachdem das SanG 2002 eingeführt wurde, wurden Stimmen laut, dass die Ausbildungsdauer in der Präklinik viel zu niedrig sei, dies galt ebenfalls für die Ausbildung von Notärztinnen und Notärzten. Im Bereich der nicht-ärztlichen Ausbildungen, den SanitäterInnen, wurden einige Vorschläge zur Novellierung der Ausbildung gemacht und auch Konzepte entwickelt (vgl. Poguntke, 2016: 42f.; Preterebner et al. 2017: 8ff.). Die Wiener Berufsrettung forciert ebenfalls sogenannte Fieldsupervisor (FISU), die eine interne Ausbildung zum „diplomierten Notfallsanitäter“ durchlaufen, was eine mehrjährige interne Weiterbildung der Wiener Berufsrettung (MA70) ist (vgl. Redelsteiner, 2018: 42).

Da zum Zeitpunkt des Forschungsvorhabens aber weder eine Novellierung mit großen Änderungen absehbar noch eine mehrjährige Berufsausbildung geplant war, wurde kein weiteres Profil für einen „Notfallrettungsexperten“ mit mehrjähriger Ausbildung erstellt. Die hier präsentierten Ergebnisse für RS, welcher im BLS Bereich tätig sein soll, und dem NKI, welcher für ALS Rettungsdienst qualifiziert ist, sollen als Grundlagen dafür dienen, den RD in Österreich so weit zu entwickeln, dass eine optimale PatientInnenversorgung auch mit der Ausbildung zum NKI möglich ist. Das Hauptproblem in Österreich ist nämlich nicht die kurze Ausbildungsdauer, sondern das Nicht-Ausbilden von Notfallkompetenzen und auch die fehlende Anwendung vom Potential, das in NFS mit Notfallkompetenzen steckt. Wie aus mehreren Studien bekannt ist, ist ein Großteil der Notarzteinsätze in Österreich nicht indiziert und könnte problemlos von NKI abgehandelt werden (vgl. Prause et al. 2017). Somit würden NKI mehr Praxiserfahrung sammeln und Methodenkompetenzen entwickeln als auch NA entlasten können.

Aus den oben genannten Gründen wurde kein weiteres Profil für einen „Notfallrettungsexperten“ (der Name wurde aus Mangel an Alternativen so gewählt, da etwa ein Paramedic auf Grund der Tatsache, dass in Österreich ein notarztbasiertes System vorherrscht, gewählt) erstellt. Grundsätzlich muss aber festgehalten werden, dass auch SanitäterInnen mit einer dreijährigen Berufsausbildung und einem erweiterten Handlungsrahmen im Vergleich zum derzeitigen Rahmen von NKI in Österreich auch durch das Profil für NKI, welches hier präsentiert wird, abgebildet werden. Dies ist insofern möglich, da die erstellten Anforderungsprofile eine kompetente PatientInnenversorgung in einem notarztbasierten System zum Ziel haben. Ob SanitäterInnen hierbei eine ein oder dreijährige Ausbildung haben, ist eigentlich nicht relevant, es geht darum, welche Kompetenzen sie entwickeln müssen. Wie aus den Ergebnissen des SOLL-IST Vergleiches ersichtlich wird, ist aber speziell im Bereich von NKI bereits eine starke Ausprägung der Kompetenzen gegeben.

Es muss aber auch klar gesagt werden, dass in mehreren HiOrgs und Bundesländern die Verbreitung und der sinnvolle Einsatz von NFS bis NKI nicht gegeben ist und es hier noch einiges an Möglichkeiten und Potential gibt, die bereits im SanG festgeschriebenen Ausbildungsstufen zu etablieren. Dies ist zum derzeitigen Stand nicht nur für hauptberufliches Personal möglich, sondern grundsätzlich auch für freiwillige Mitarbeiter, welche natürlich einen Großteil ihrer Freizeit hierfür opfern müss(t)en. Es darf nicht vergessen werden, dass es im Rettungsdienst, dies gilt wie bereits umfangreich erläutert, auch für die beschriebenen Profile, um eine möglichst kompetente PatientInnenversorgung und nicht um Kostenersparnis oder um Freizeitgestaltung geht.

Ein weiteres Profil für den Ö-RD war zum Zeitpunkt der Forschungsworkshops nicht notwendig, da einerseits der Handlungsrahmen und die Ausbildung von NFS mit Notfallkompetenzen in Österreich bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist, andererseits aber auch die Kompetenzen für ein mehrjähriges Berufsbild mit dem erstellten Anforderungsprofil für NKI abgedeckt sind.

6.9 Die 5 Forschungsworkshops

6.9.1 Austragungsorte

Abbildung 38: Workshop in der Leitstelle Tirol mit Ausblick auf die Nordkette

Die 5 Austragungsorte der Forschungsworkshops befanden sich in 5 unterschiedlichen Orten Österreichs mit unterschiedlicher Topo- und Demographie. Auch das jeweilige Rettungsdienstsystem unterschied sich jeweils von dem der anderen Austragungsorte. Die folgenden Gesichtspunkte wurden bei der Auswahl der Orte berücksichtigt:

- Topographie
- Demographie
- System des Rettungsdienstes
- Ausbildungen im Rettungsdienst



Topographie – die jeweiligen Orte liegen in urbanen, aber auch alpinen Bereichen, was unterschiedliche Strategien der Notfallversorgung zur Folge hat. Hilfsfristen von 10 bis 15

Minuten sind etwa in Wien wesentlich leichter zu bewerkstelligen als in Tirol. Allerdings können auch in Tirol 90 Prozent der Einsatzorte innerhalb von 15 Minuten erreicht werden (vgl. BBTI, 2016). Dies war durch eine Umstrukturierung des Rettungsdienstes im Zuge einer europaweiten Ausschreibung des Rettungsdienstes für Tirol gefordert worden. Aber auch im verglichen zu Tirol relativ flachen Niederösterreich sowie der Steiermark und Kärnten gibt es jeweils eine andere Topographie bei der Notfallversorgung zu beachten.

Demographie – in den jeweiligen Bundesländern gibt es auch unterschiedliche Verteilungen der Altersstrukturen in der Bevölkerung. Auffallend sind unter anderem die Unterschiede in Kärnten und Wien. Während es 2018 in Kärnten (18,3 %) und Wien (19,3 %) ähnliche Prozentwerte von Jugendlichen unter 20 Jahren gab, fanden sich die Unterschiede vor allem bei der Bevölkerung über 65. Während in Kärnten 21,6 % über 65 Jahre alt waren, konnten 2018 in Wien nur 16,4% diesem Intervall zugeordnet werden. Noch drastischer sehen Prognosen der Statistik Austria aus, welche für 2100 24,5 Prozent der Einwohner Wiens über 65 Jahre alt sehen, in Kärnten sogar ein Drittel (vgl. Statistik Austria, 2018a; 2018b). Einhergehend mit dieser Änderung der Altersstruktur ist natürlich mit einem drastischen Anstieg von Krankentransporten und Notfällen zu rechnen.

System des Rettungsdienstes – in den jeweiligen Bundesländern und Orten finden unterschiedliche Arten von Rettungsdienstsystemen Anwendung. Während es in der Steiermark und Kärnten überwiegend ein Verbundsystem gibt, bei dem Fahrzeuge und Personal sowohl für Krankentransporte als auch Notfallrettung eingesetzt werden, (siehe dazu Kapitel 3.5.2.1) gibt es in Tirol und Wien überwiegend eine Trennung von Krankentransporten und Notfallrettung. In allen Bundesländern werden NA für die Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten Personen eingesetzt. Die Dichte der Notarztmittel, sowohl boden- oder luftgebunden, variiert aber sehr stark.

Ausbildungen im Rettungsdienst – Auch die Ausbildungen in den jeweiligen Bundesländern und Hilfsorganisationen unterscheiden sich stark. Während mehrere HiOrgs etwa die Ausbildung und Rezertifizierung von NKI nicht mehr durchführen, forcieren andere HiOrgs diese Ausbildungen sehr. In Kärnten gab es beim größten Anbieter im Rettungswesen (es gibt lediglich 2 Ortsstellen von anderen HiOrgs) bis zum Jahr 2019 keine Ausbildung in den Notfallkompetenzen NKA und NKV. Aus Angst vor dienstlichen Konsequenzen absolvierten aber diverse MitarbeiterInnen diese Ausbildungen im Geheimen.

In Wien hingegen gibt es laut im Dienst stehenden MitarbeiterInnen selten einen Rettungswagen auf dem nicht mindestens ein Mitarbeiter mit mindestens NKV zu finden ist.

Auf Grund dieser Kriterien und Kontaktpersonen, welche eine Durchführung in den jeweiligen Orten möglich machten, wurden dann folgende Orte ausgewählt: Innsbruck (Tirol), Wien (Wien), St.Pölten (Niederösterreich), Graz (Steiermark) und Klagenfurt (Kärnten). Während der Workshops arbeiteten aber auch Stakeholder mit, welche in Bundesländern, in welchen kein Workshop stattgefunden hat, Dienst versehen. Zusätzlich können in den Bundesländern Vorarlberg, Salzburg und Oberösterreich auch einige Parallelen zu den Bundesländern gefunden werden, in welchen die Workshops stattfanden.

Die Orte der Forschungsworkshops

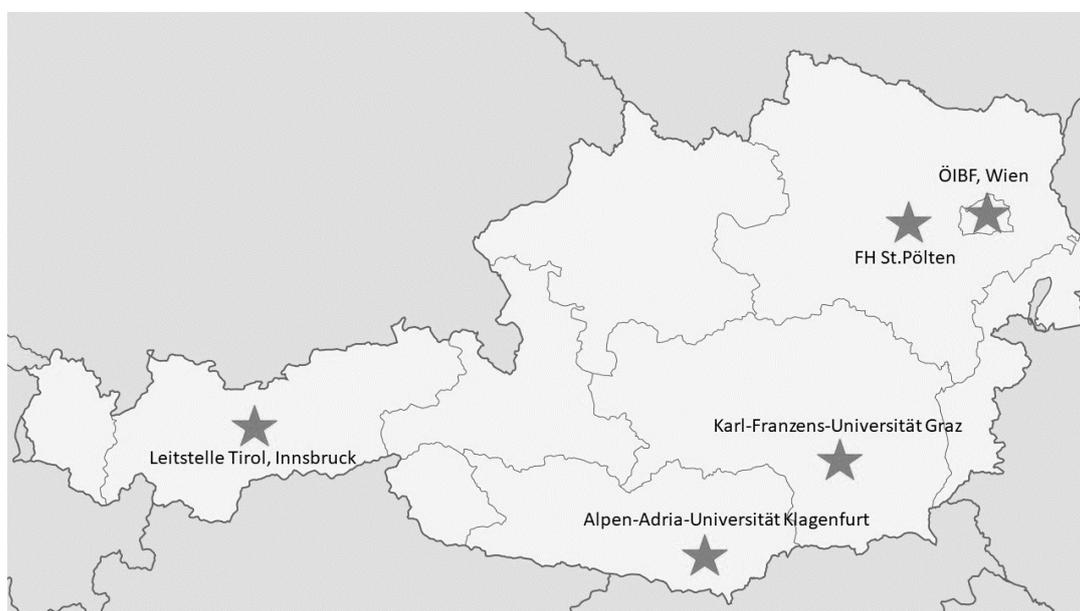


Abbildung 39: Die Orte der Forschungsworkshops - Eigene Illustration auf Grundlage der Austrian Map von Wikicommons

6.9.2 Workshoplocations

Neben der Entscheidung darüber, in welchen Orten und Bundesländern die Forschungsworkshops stattfinden sollten, war auch die Auswahl der Workshop-Lokationen ein wichtiger Teil der Planung. Ein essenzielles Kriterium für die Lokation war die Neutralität. Es war wichtig, dass die Veranstaltungsorte nicht direkten Bezug zu den jeweiligen Hilfsorganisationen hatten. Gründe hierfür waren einerseits, dass Disparitäten zwischen den einzelnen HiOrgs ausgeblendet werden, keine Organisationen bevorzugt werden und die Loslösung vom Status-Quo des vorherrschenden Rettungsdienst-Systems und der HiOrgs erleichtert werden sollten.

Der Fokus der Forschung war es, die kompetente Versorgung von PatientInnen zu beschreiben, ohne jeweilige Eigenheiten, Ausbildungen oder organisatorische Belange von einzelnen Rettungsdienstorganisationen einzubeziehen – PatientInnen standen im Mittelpunkt. Auf diesen Umstand musste auch während der einzelnen Workshops noch mehrmals aufmerksam gemacht werden, da sonst der PatientInnen-Fokus verloren gegangen wäre. Deshalb war es sicherlich dienlich, dass die Seminarräume nicht direkt mit einer Hilfsorganisation in Verbindung in gebracht werden konnten.

Einzig der Seminarraum des Workshops in der Leitstelle Tirol hatte direkten Rettungsdienstbezug. Allerdings sollte die Leitstelle Tirol nicht direkt als klassische Rettungsdienst-Hilfsorganisation gesehen werden, da diese eine Tochtergesellschaft des Landes Tirol ist und Aufträge an den Rettungsdienst disponiert. Allerdings werden nicht nur Aufträge an die Rettungsdienst Tirol GmbH weitergeleitet, sondern auch Polizei, Feuerwehr oder Bergrettung alarmiert. Die geforderte Neutralität war aber dennoch gewährleistet, da alle Tiroler Blaulichtorganisationen gleichermaßen alarmiert werden können und so keine Benachteiligung vorherrschend ist.

Neben der Neutralität war auch die Nähe zur Forschung ein relevantes Kriterium. Ergänzend zur üblichen Ausstattung von Seminarräumen an Forschungseinrichtungen wurde vor allem aber der Bezug zum Interesse an Forschung als wichtig erachtet. Den jeweiligen Stakeholdern sollten schon allein durch den Veranstaltungsort bewusst gemacht werden, dass diese Forschungsworkshops dem Ziel der Forschung und nicht etwa der Belustigung oder Freizeitgestaltung dienen. Die Inhalte wurden dementsprechend auch schon vorher ausgesendet, um eine gezielte Vorbereitung zu ermöglichen.

Mit den tertiären Bildungseinrichtungen in Graz, St.Pölten und Klagenfurt wurde der Wunsch, eine Lokation mit unmittelbarer Nähe zur Forschung zu finden, erfüllt. Auch mit dem Österreichischen Institut für Berufsbildungsforschung in Wien konnte eine geeignete Forschungsstätte gefunden werden, welche gewillt war, als Austragungsort der Workshops zu fungieren. Zusätzlich handelt es sich bei der Erforschung der Kompetenzen von österreichischen SanitäterInnen auch um eine Erforschung von deren Berufen, was die richtige Wahl dieser Lokation noch unterstreicht. Einzig in Innsbruck war es nicht möglich eine Forschungseinrichtung als Austragungsort für die Forschungsworkshops zu gewinnen.

Nichtsdestotrotz stellt auch die Leitstelle Tirol einen Ort dar, welcher sehr für die Durchführung der Workshops geeignet war. Einerseits wurde die relative Neutralität schon erwähnt,

andererseits gibt es Teilnahmen an rettungsdienstspezifischen Forschungstätigkeiten an der Leitstelle Tirol sowie eine ständige Evaluierung der internen Prozesse und Abläufe. Exemplarisch kann hier ein sogenannter N-RTW genannt werden, welcher, besetzt mit einem NKV, welcher ohne NEF zu eigentlich notarztepflichtigen PatientInnen ausrückt und nur bei Bedarf einen NA nachfordert (vgl. AELRD, 2018a). Aus diesen Gründen darf auch die Leitstelle Tirol als geeignete Lokation für den Forschungsworkshop gesehen werden.

Natürlich muss auch den Organisationen gedankt werden, welche weitere Seminarräume unentgeltlich für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt hätten, allerdings erfüllten die oben genannten Orte die Anforderungen am besten. Die Tatsache, dass Seminarräume unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden, ist heutzutage nicht mehr selbstverständlich, auch wenn es sich um Forschungstätigkeiten von Universitäten und StudentInnen handelt. In diesen konkreten Fällen mussten nur die Kosten für Kursverpflegung, Kursunterlagen, Mittagessen der Stakeholder und eigene Anreise vom Forscher übernommen werden.

Workshop Wien 11.05.2017 ÖIBF Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung, Wien

Der erste Forschungsworkshop fand in Wien mit 6 Stakeholdern statt. Die TeilnehmerInnen des Workshops waren allesamt Experten aus dem Rettungsdienst mit unterschiedlichen rettungsdienstlichen Hintergründen. Versucht man sich einen Überblick über den Ö-RD und deren Entwicklungen zu verschaffen, indem man facheinschlägige Berichte und Artikel liest, stößt man unweigerlich auf mehrere der teilnehmenden Stakeholder. Dementsprechend war der rettungsdienstliche Ausbildungsstand mit 3 NKI und einem NA vergleichsweise hoch. Zusätzlich waren auch Personalvertreter und Führungspersonen aus unterschiedlichen rettungsdienstlichen Bereichen an der Erarbeitung der Profile in Wien beteiligt. Leider mussten zwei Stakeholder kurzfristig absagen, wobei einer dieser Stakeholder an der Begutachtungsphase der Profile und bei der Bewertung des IST-Standes des Ö-RD teilnahm.

Eine Besonderheit des Workshops in Wien war die Trennung der 6 TeilnehmerInnen in 2 Gruppen, dies war nötig, da eine Gruppengröße von 5 Personen nicht überschritten werden sollte, um jeden einzelnen Vorschlag berücksichtigen und reflektieren zu können. Diese Praxis stellte sich allerdings als nicht sehr förderlich heraus, da sich so der Forscher selbst als Moderator einbringen musste und die Dokumentation der Ergebnisse erschwert wurde. Bei den kommenden Workshops war die Gruppengröße demnach mit 5 TeilnehmerInnen

begrenzt und der Forscher konnte sich rein auf Forschungstätigkeiten abseits der Moderation konzentrieren.

Besonderer Dank gilt den Stakeholdern des Workshops und Herrn Univ. Prof. Mag. Dr. Peter Schlögl, Leiter des Arbeitsbereiches Erwachsenenbildung und berufliche Bildung an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, welcher zur Zeit des Workshops Leiter des ÖIBF war und den Raum zur Verfügung stellte. Zusätzlich gab er auch Hilfestellungen bei Themen zu Beruf und Kompetenzen und stellte diverses Material, unter anderem aus der Forschungstätigkeit des ÖIBF, zur Verfügung.

Workshop St.Pölten 13.05.2017 FH St.Pölten, St.Pölten

Der zweite Workshop fand geographisch gesehen zwar nicht weit von Wien entfernt statt, das System des Rettungsdienstes in Niederösterreich unterscheidet sich aber in vielen Regionen deutlich von dem in Wien. Auf Grund von Terminkollisionen und der Teilnahme an anderen Veranstaltungsorten, nahmen an diesem Workshop nur 3 Stakeholder statt. Die Gruppe bestand demnach aus 3 unterschiedlichen TeilnehmerInnen vom RS über einen Intensivpfleger bis hin zu NA.

Dank gilt den TeilnehmerInnen und auch Herrn FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc, Studiengangsleiter Soziale Arbeit, welcher federführend bei der Entwicklung des Studiums Präklinische Versorgung und Pflege, bei der die StudentInnen sowohl die Ausbildung zum diplomierten Krankenpfleger mit Bachelorabschluss absolvieren, aber auch die Ausbildung zum Notfallsanitäter erwerben, war. Redelsteiner war selbst an der Entwicklung des SanG beteiligt. Zusätzlich organisierte er die Räumlichkeiten an der FH St.Pölten, wirkte auch bei der Evaluation der Profile für RS und NKI sowie bei der IST-Stand Erhebung der Ausprägung der jeweiligen Kompetenzen mit und stand mit seiner Expertise mit Rat und Tat zur Seite.

Workshop Klagenfurt 10.06.2017 Alpen Adria Universität Klagenfurt, Klagenfurt

Der dritte Workshop fand im südlichsten Bundesland Österreichs, in Kärnten, statt. Der Großteil der Krankentransporte und Notfallrettungseinsätze fanden zu dieser Zeit unter Beteiligung von SanitäterInnen mit der Maximalausbildung NFS statt. In etlichen Fällen waren auf den Notfallwägen, welche im Zuge eines Verbundsystems zu Krankentransporten und Notfallrettungseinsätzen disponiert werden, zwei RS eingesetzt. Notfallkompetenzen für

SanitäterInnen wurden nicht ausgebildet. Einzige Ausnahmen waren zwei Dienststellen von Hilfsorganisationen, welche jeweils nur eine kleine Dienststelle in Kärnten betrieben.

Wegen Ausfällen konnten nur 3 TeilnehmerInnen mit der Ausbildung zum RS am Workshop teilnehmen, wobei 2 eine Ausbildung zum Intensiv- bzw. Anästhesiepfleger absolvierten. Dankenswerterweise nahmen die Stakeholder trotz sommerlicher Temperaturen und unmittelbarer Nähe zum Wörthersee am Workshop teil. Für die Räumlichkeiten muss Univ.-Ass. Dr. Christian Wankmüller Bakk. MSc gedankt werden, der auch selbst Teilnehmer am Workshop in Klagenfurt war.

Workshop Graz 24.06.2017 KF Universität Graz, Graz

Der Workshop in Graz war von tropischen Temperaturen geprägt, welche eine sinnvolle Erarbeitung der Thematik zwar erschwerten, aber nicht behinderten. Mit 5 Stakeholdern war dies zugleich der Workshop mit der größten Einzelgruppe, was sich aber als unproblematisch erwies. Bei den 5 TeilnehmerInnen handelte es sich einerseits um 3 Frauen und 2 Männer, andererseits um 2 RS mit Pflegediplom, 2 NFS mit allgemeinen Notfallkompetenzen und um einen Arzt mit Sanitäter-Hintergrund. Erstaunlicherweise war dies der einzige Workshop mit Frauenbeteiligung, was schade ist, da auch an anderen Veranstaltungsorten versucht wurde, Frauen für die Teilnahme zu gewinnen. Umso erfreulicher ist es also, dass bei diesem Workshop eine höhere Frauen- als Männerquote zu verzeichnen war.

Dank gilt natürlich den hitzebeständigen Stakeholdern für die Teilnahme, aber auch Frau Habersack Sabine, MSc und Frau Univ. Prof. Dr.ⁱⁿ Elke Gruber für die Organisation des Seminarraumes an der Universität in Graz.

Workshop Innsbruck 27.01.2018 Leitstelle Tirol, Innsbruck

Der letzte der 5 Forschungsworkshops fand in Innsbruck statt. Mit atemberaubendem Blick auf die Nordkette wurden die Grundlagen für die Kompetenzprofile für RS und NKI erarbeitet. An den Workshops nahmen 2 Anästhesie- bzw. Intensivpfleger teil, wobei einer der beiden die Ausbildung zum Rettungssanitäter abgeschlossen hatte. Der andere konnte zwar auf keine Ausbildung laut SanG verweisen, war aber sehr wohl federführend in der Aus- und Weiterbildung für unzählige SanitäterInnen. Dies erfolgte nicht für den klassischen Einsatz am RTW oder KTW, sondern vorwiegend für den terrestrischen Bergrettungseinsatz. Da aber auch hier SanitäterInnen zum Einsatz kommen und im weiteren Sinne vom Rettungsdienst bzw. Rettungsorganisation (siehe Kapitel Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich)

gesprächen werden kann, war die Teilnahme eine Bereicherung und Horizonterweiterung gleichermaßen. Seit Herbst 2019, also nach den Workshops, ist er aber auch Kooperationspartner des Roten Kreuzes und schult SanitäterInnen in speziellen Ausbildungskonzepten. Zusätzlich wurde das Team der Innsbrucker Stakeholder noch von 2 NFS mit allgemeinen Notfallkompetenzen ergänzt.

In diesem Zuge muss den TeilnehmerInnen und Frau Mag. Barbara Mayr, MA Ausbildungsleiterin der Leitstelle Tirol für die Bereitstellung des Seminarraums, sowie Herrn Armin Reisinger MBA National-Coordinator von PHTLS Austria, selbst TeilnehmerInnen in Wien, für die Herstellung des Kontaktes gedankt werden.

6.9.3 TeilnehmerInnen an den Workshops

Die große Vielseitigkeit der Stakeholder der 5 Forschungsworkshops spiegelt sich nicht nur in den unterschiedlichen Bereichen des Rettungsdienstes und dessen Schnittstellen, sondern auch in den unterschiedlichen Ausbildungen, die sie abgeschlossen haben, wider.

	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Gesamt
nRD					1	1
RS		2	3	2	1	8
NFS	1					1
NKV	1			2	2	5
NKI	3					3
DGKP		1	2	2	1	6
NA	1	1		1		3
Akadem	4	3	1	3	3	14
Tn	6	3	3	5	4	21

Tabelle 14: TeilnehmerInnen an den Workshops

Bei den 5 Forschungsworkshops in ganz Österreich nahmen 21 Stakeholder teil. Von allen TeilnehmerInnen war nur ein Teilnehmer nicht aktiv im Rettungsdienst tätig. Er ist aber selbst Krankenpfleger und bildet SanitäterInnen und NA in diversen Kurskonzepten fort und aus. Alle restlichen TeilnehmerInnen waren zum Zeitpunkt der Workshops in einer Form im Rettungsdienst und oft auch noch in einer zweiten Position in einer Schnittstelle des Rettungsdienstes aktiv. Der einzige Workshop an dem NKI teilnahmen war jener in Wien, was der Tatsache geschuldet ist, dass in Österreich fast keine NKI mehr ausgebildet und rezertifiziert werden. Allerdings waren in Wien die Hälfte der TeilnehmerInnen NKI. In Wien, Graz und Innsbruck waren aber auch NFS mit allgemeinen Notfallkompetenzen zugegen, die

durch ihre Verwendung auch in das Anforderungsprofil für NKI (ALS) fallen. Bis auf den Workshop in Wien war bei den restlichen Workshops diplomiertes Krankenpflegepersonal vor Ort. In Wien, St. Pölten und Graz zählen auch Ärztinnen und Ärzte zu den Teilnehmern der Workshops. Zwei Drittel aller Stakeholder haben auch einen akademischen Background, der für das Forschungsvorhaben sicherlich dienlich war und auch für das Forschungsinteresse spricht. Allerdings waren auch jene TeilnehmerInnen, die keinen akademischen Hintergrund aufwiesen, aktiv an der Erarbeitung involviert und trugen ebenso zu den Entscheidungen über die Teilkompetenzen der Profile bei.

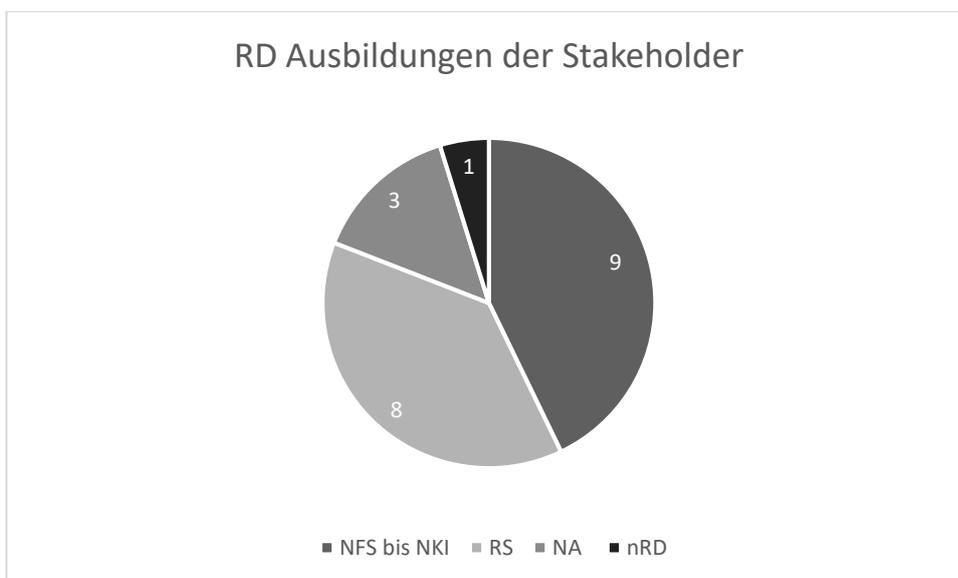


Abbildung 40: RD Ausbildungen der Stakeholder

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass von den 21 Stakeholdern 9 NFS bis NKI waren, 8 RS, 3 NA und eine Person nicht direkt im Regelrettungsdienst involviert. Von diesen 21 Personen waren 6 DKGPs und 14 Personen mit akademischem Hintergrund, wobei Mehrfachnennungen bei diesen beiden Punkten möglich sind.

6.9.4 Ablauf der Workshops

Wie bereits in der Einleitung der Workshops beschrieben, teilte sich der Ablauf der 5 Workshops in 10 einzelne Punkte, 7 dieser Punkte fanden direkt während des Workshops statt und werden hier nochmals kurz skizziert.

Während der Informationsphase stellten sich Forscher und Moderator den Stakeholdern vor und lieferten theoretischen Input zu den Themen RS und NKI, Kompetenzen – Zugang zum Thema Kompetenz(en), Erkenntnisinteresse, Partizipative Forschung, Hypothesen, Forschungsfragen und Ablauf der Workshops. Diese Inputs erfolgten in Form eines

Frontalvortrages durch den Forscher, bei welchem es die Möglichkeit gab, Fragen zu stellen. Dieser Vortrag wurde durch eine PowerPoint Präsentation unterstützt. Hohe Priorität wurde hier auf den Umstand gelegt, die Informationsflut möglichst kurz zu halten und nur die wichtigsten Aspekte der Thematiken zu präsentieren.

Unisono mit der Informationsphase wurde klar darauf hingewiesen, dass die Versorgung von PatientInnen im Mittelpunkt steht und nicht das Interesse von Institutionen oder Organisationen, andernfalls wäre eine Erarbeitung der Thematik in dieser Form nicht möglich gewesen.

Anschließend wurde im Zuge der Ideensuche und Ordnung ein Handlungsfeld Rettungsorganisation erstellt und die Relevanzen der einzelnen 64 Teilkompetenzen, jeweils für RS und NKI, bewertet. Dies erfolgte zuerst individuell, digital als Onlineumfrage und anschließend in Gruppenarbeit. Während der Vertiefung wurden die Teilkompetenzen entweder gestrichen oder beibehalten, um die verbleibenden, relevanten Kompetenzen dann im Zuge der Bewertungs- und Entscheidungsphase den Kategorien +, - und ~ nach ihren Relevanzen zuordnen zu können. Durch diese Bewertungen konnten die Kompetenzen den MUST-DO-Profilen, welche Schlüsselkompetenzen für RS und NKI enthalten und den CAN-DO-Profilen, den erweiterten Kompetenzprofilen für RS und NKI, zugeordnet werden.

Abschließend wurden die Ergebnisse diskutiert sowie die weiteren Schritte der partizipativen Forschung, wie etwa eine Evaluationsphase der Profile, besprochen. Dies zeigt, dass die fünf Forschungsworkshops geplant nach in der Praxis erprobten Phasen durchgeführt werden konnten.

6.9.5 Moderation

6.9.5.1 Wahl des Moderators

Um möglichst valide Ergebnisse zu erhalten, wurden ExpertInnen mit unterschiedlichsten RD-Backgrounds oder Personen mit Bezug zum RD als Stakeholder ausgewählt. Natürlich sollte der Moderator sich auch mit der Thematik identifizieren können und im besten Fall schon einschlägige Erfahrung in der Moderation von Workshops haben. Obwohl eines der Prinzipien für Gruppen Diskussionen die *Nicht-Beeinflussung* ist, wird die Kommunikation zwischen den TeilnehmerInnen durch ModeratorInnen und dessen Verhalten beeinflusst. Es wird daher empfohlen, eine zu den TeilnehmerInnen in etwa hierarchisch gleichgestellte Person zu bestimmen. (vgl. Tausch & Menold, 2015: 7)

Nach Lipp & Will (2008: 168) gibt es 3 Arten von Moderatoren, wobei der Chef als Moderator agieren kann, ein „interner Externer“ die Moderation übernimmt oder der Moderator sich beraten lässt. Für diesen Workshop wurde ein „interner Externer“ ausgewählt.

Werner Kohler fungierte als Moderator, der selbst einige Erfahrung in unterschiedlichen Positionen im Rettungsdienst als auch in der Durchführung von Seminaren und Workshops sehr erfahren war. Zusätzlich hatte er auch schon Erfahrung in Bezug auf die Ausbildung von Praxisanleitern im Rettungsdienst mit einem juristisch geprägten Kompetenzbegriff, der allerdings unterschiedlich zu dem in den Workshop verwendeten Begriff stand. Nach kurzer Diskussion mit dem Forscher wurde der differenzierte Kompetenzbegriff von Autoren wie Heyse (2010), Erpenbeck und von Rosenstiel (2007²), welcher im Kapitel Kompetenzen beschrieben wurde, vom Moderator übernommen und galt also auch für ihn während der Workshops. Da der Moderator aber nicht unmittelbar in die Entscheidung, welche Teilkompetenzen für die KOAP für RS und NKI beschrieben werden sollten, eingebunden war, konnte er mit seiner Expertise die TeilnehmerInnen gekonnt zu den Entscheidungsfindungen führen.

Kohler brachte die für einen Moderator notwendige Erfahrung mit: Er war nicht nur im Umgang mit den Methoden und Werkzeugen vertraut, sondern wies auch ein großes Maß an Flexibilität auf. Aus bisherigen Erfahrungen mit dem Moderator wusste der Forscher auch vom sozialen Fingerspitzengefühl beim Umgang mit Menschen Bescheid. Die Authentizität Kohlers ermöglichte somit eine gelungene Durchführung der Moderation und schlussendlich auch einen erfolgreichen Ablauf der Workshops.

6.9.5.2 Hintergrund des Moderators

Dank der umfangreichen rettungsdienstlichen und didaktischen Erfahrungen des Moderators, Werner Kohler, welcher eine Schlüsselposition bei der Erarbeitung der beiden Kompetenzprofile für RS und NKI innehatte, konnten die 5 Forschungsworkshops erfolgreich durchgeführt werden. Kohler studierte Public Management und arbeitet mittlerweile seit 1987 ehrenamtlich im Rettungsdienst, wobei er 10 Jahre als Notfallsanitäter im Notarzhubschrauber Martin 5 des Innenministeriums seinen Dienst versah. Neben der 12-jährigen Tätigkeit als Bezirksrettungskommandant einer über 500 MitarbeiterInnen umfassenden Dienststelle des Roten Kreuzes in Kärnten, engagierte er sich auch bei der Ausbildung von PraxisanleiterInnen. Zusätzlich leitete er etliche Seminare und Workshops und war zudem in der Führungskräfteausbildung des Roten Kreuzes tätig. Diese

Praxiserfahrung und Vielseitigkeit waren eine gute Grundvoraussetzung, um mit den Stakeholdern auf einer Ebene zu sein. Die große Aufgabe Kohlers bestand allerdings darin, neutral zu agieren und die Gruppen zu einer Entscheidungsfindung hinzuleiten.

6.9.5.3 Besonderheiten bei der Moderation der Workshops

Ohne einen geeigneten Moderator wären die Forschungsworkshops sicherlich nicht möglich gewesen. Durch die Präsenz eines „internen, externen“ Moderators, welcher keine Entscheidungs- oder Mitbestimmungsmacht hatte und die eigene Meinung aus der Thematik heraushielt, entstanden die im Anschluss präsentierten und besprochenen Ergebnisse der Forschungsworkshops sowie in weiterer Folge die KOAP für RS und NKI im Ö-RD.

In den Gruppen gingen viele Streichungen oft vorrangig von einer dominanten Person aus, der Moderator versuchte dann aber immer einen Konsens herzustellen, indem alle beteiligten Stakeholder die Möglichkeit bekamen, ihre Meinung kundzutun. Nachdem die Entscheidungen über die Bewertungen bzw. Streichungen der Teilkompetenzen aber im Gruppenprozess getroffen wurden, fanden diese Einzug in die beiden Anforderungsprofile für RS und NKI.

Ein weiterer relevanter Aspekt bei den Workshops waren die Gruppengrößen. Nur einmal war es notwendig bei einem Workshop 2 Gruppen zu jeweils 3 Personen zu formen, was sich im Nachhinein als suboptimal darstellte, da der Forscher gleichzeitig als Moderator der zweiten Gruppe agieren musste. Zusätzlich zeigte sich, dass es beim Workshop in Graz mit 5 TeilnehmerInnen schwerer war einen Konsens zu finden als bei den anderen Workshops. Dies ist natürlich nachvollziehbar, da jeder zu Wort kommen und die jeweilige Meinung äußern soll.

Obwohl es sich im Grunde um eine ernsthafte Thematik handelt und um Forschungsworkshops, war es für Moderator und Forscher auch wichtig, Spaß in die Workshops einzubringen. Einerseits hatte es in Graz über 30 Grad Celsius, andererseits war es zum Teil auch Wochenende und die Freizeit der TeilnehmerInnen. Unter anderem wurden kurze Bewegungsübungen mit Musik zur Auflockerung durchgeführt. Natürlich waren auch die Pausen und das gemeinsame Essen für einen kollegialen Umgang in der Gruppe zur Auflockerung wichtig.

6.9.6 Besonderheiten bei den Workshops

Neben den Besonderheiten während der Moderation waren auch noch andere Umstände im Zuge der Workshops besonders, welche hier Erwähnung finden.

6.9.6.1 *Gemeinsames Mittagessen*

Ergänzend zum Aspekt der Auflockerung für die Gruppenprozesse während der Workshops, war das gemeinsame Mittagessen auch noch für andere Aspekte relevant. Diese kurze Phase des informellen Austauschs wurde etwa zum Netzwerken genutzt oder um Berichte über Erfahrungen aus unterschiedlichen Berufsgruppen mit variierenden Erfahrungshorizonten zu bekommen. Zusätzlich war es oft auch möglich über Abläufe aus anderen Hilfsorganisationen und verschiedenen Systemen im Ö-RD informiert zu werden. Dies geschah immer auch aus unterschiedlichen Sichtweisen. Die Mittagspausen waren also im Sinne des informellen Lernens ein voller Erfolg.

6.9.6.2 *Unterschiede von WS an Wochenenden und Wochentagen*

Obwohl es Termine an Wochentagen und Wochenenden gab, waren keine großen Unterschiede zwischen den Terminen an Wochenenden und Wochentagen zu bemerken. Einerseits nahmen diverse Stakeholder freiwillig an den Workshops teil und nahmen sich die Zeit, wie auch sonst für ihre freiwilligen Tätigkeiten. Andererseits war es für andere Stakeholder aber auch möglich an Wochenenden in der Dienstzeit zu den Workshops zu kommen. Bei der Durchsicht der Ergebnisse kann kein signifikanter Unterschied zwischen den Ergebnissen gefunden werden, der auf den jeweiligen Wochentag zurückzuführen ist. Katerstimmung herrschte an keinem der Termine.

6.9.6.3 *Punktevergabe und Bewertung*

Der Entscheidung darüber, mit welchem Punktesystem für die Bewertung der Workshops gearbeitet werden sollte, wurde einige Zeit gewidmet. Schlussendlich entschieden sich Forscher und Moderator dafür, jenes System zu verwenden, womit der Moderator schon mehrere positive Erfahrungen in Workshops gesammelt hatte. „+“ stand hierbei für eine sehr bis äußerst relevante Teilkompetenz, „~“ für deutlich bis sehr relevant und „-“ für eine teilweise bis ziemlich relevante Teilkompetenz – die genauen wörtlichen Streichungen

wurden nicht weiter bewertet. Um aber auch „ - “ keine negative Behaftung zu geben, da es sich ja um keine Streichung handelt, wurde in der weiteren Auswertung die neutrale Zahl 0 ausgewählt und nur eine Streichung sollte negativ zu Buche schlagen.

6.9.6.4 Synonymatlas

Einer der wichtigsten Aspekte bei der Bewertung der Teilkompetenzen war die Verwendung des Synonymatlas (vgl. Heyse, 2007: 28ff.). Beispielhaft kann hier die Teilkompetenz Mobilität genannt werden. Als einer der 16 Teilkompetenzen der Aktivitäts- und Handlungskompetenz wurde sie sowohl für RS als auch NKI als eine Teilkompetenz des erweiterten Kompetenzatlas auserkoren. Dies erfolgte aber nur nach genauer Durchsicht der Synonyme, wobei Flexibilität und Improvisationsvermögen als relevant erachtet wurden. Der Begriff Mobilität alleine hätte die Aufgaben von SanitärerInnen nicht beschreiben können. Zusätzlich wurden auch, wenn notwendig, die Definitionen der Teilkompetenzen, (vgl. Heyse et al. 2010) die auch in den beiden Anforderungsprofilen für RS und NKI zu finden sind, laut vorgelesen und diskutiert. Für die Entscheidung, Mobilität als relevante Teilkompetenz für RS und NKI zu bewerten, sprach in diesem Falle etwa, dass Mobilität „ein direkter Ausdruck der individuellen Aktivität, mit neuen Situationen und veränderten Arbeitsaufgaben konstruktiv umzugehen“ (Heyse et al. 2010: 144) ist. Ohne die Existenz und Verwendung des Synonymatlas wären viele Entscheidungen mit Sicherheit schwerer gefallen und hätten viel mehr Zeit in Anspruch genommen.

6.9.6.5 PatientInnenorientierung

Die PatientInnenorientierung stellt neben der Kompetenzorientierung den zentralen Aspekt der Anforderungsprofile, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage entscheidend ist, dar. Im Zuge der Workshops kristallisierte sich heraus, dass es für etliche Stakeholder oft schwierig war, sich an PatientInnen und nicht am gegenwärtigen System oder Hilfsorganisationen zu orientieren.

In den Workshops zeigte sich, dass es für manche TeilnehmerInnen schwer zu sein schien, sich gedanklich von organisationsinternen Abläufen und Strukturen zu lösen. Es wurde auch seitens des Moderators und des Forschers in beinahe allen Workshops darauf verwiesen, PatientInnen in ihren Fokus zu stellen. Bei Bedarf wurde verbal auf die patienten- und nicht organisationszentrierte Sicht des Ö-RD verwiesen.

Betrachtet man das Endergebnis der Profile wird klar ersichtlich, dass die Workshop-Gruppen den Rettungsdienst auch klar von betriebswirtschaftlich orientierten Kompetenzen, wie etwa Akquisitionsstärke, trennten. Diesen Umstand zu verfolgen ist leicht möglich, da diese Teilkompetenz in allen Workshops aus den Profilen gestrichen wurde.

Zusätzlich hatte es auch während den Workshops zum Teil den Anschein, dass durch die immense Bandbreite des Handlungsfeldes Rettungsorganisationen, welche im Zuge der Workshops bearbeitet wurde, der Fokus auf die Patientin/den Patienten aus den Augen verloren wurde. Teilweise wurde extrem versucht auf die Bedürfnisse von Organisationen oder Politik einzugehen. Die Erstellung des Handlungsfeldes Rettungsorganisation war aber notwendig, um das derzeitige System abzustecken und darauf aufbauend, auf die Bedürfnisse von PatientInnen eingehen zu können.

6.9.6.6 Flexibilität bei den Workshops

Eine relevante Teilkompetenz, nicht nur für RS und NKI, ist Mobilität bzw. Flexibilität. Für Forscher und Moderator war dies notwendig, um in den unterschiedlichen Settings und mit den variierenden Gruppen die jeweiligen Workshops durchführen zu können.

Die verschiedenartig, medial gut ausgestatteten Lehrsäle bzw. Seminarräume machten es notwendig, sich auf verschiedene Projektionssysteme einzustellen, so wurde etwa auf Leinwänden, aber auch auf einem großen LCD-TV präsentiert.

Flexibilität war aber auch in der Bearbeitung der Thematiken gefragt, wenn Fragen beantwortet werden mussten oder Probleme, wie etwa während der Internetumfrage, auftraten, als der Server nicht erreichbar war. Diese Punkte folgen nun anschließend.

6.9.6.7 Probleme während der Workshops

Wie schon im Unterkapitel Flexibilität besprochen, kam es auch während der Workshops zu Problemen, welchen dieser Teil gewidmet ist.

Das erste Problem trat am Beginn eines Workshops auf, als eine Rückseite der Unterlagen für die TeilnehmerInnen nicht kopiert war. Dies war insofern kein großes Problem, da auch Ersatzunterlagen mit allen Seiten vorhanden waren und es mehr Unterlagen als TeilnehmerInnen gab. Zusätzlich war es möglich, auf alle Unterlagen mit Hilfe des Cloud-Services Dropbox zuzugreifen und diese auf die Leinwand zu projizieren. Dieses Problem

konnte also schnell behoben werden, zeigte aber wiederum, dass alle Materialien vor ihrem Einsatz kontrolliert werden müssen.

Ein Problem, welches während der Internetumfrage nach der theoretischen Einführung auftrat war die verkürzte bit.ly Adresse. Bei dieser Adresse bestand das Problem darin, sie auf Tablets und Laptops zu übertragen, da sie auf der ausgedruckten Seite mit den Zugangscodes nur klein abgebildet war und auch von den Leinwänden nicht gut abgelesen werden konnte, obwohl im Webbrowser mit starkem Zoom gearbeitet wurde. Im Zuge der Workshops wurde der Link für die Umfrage an die Emailadressen der Stakeholder gesendet, auf welche sie zur Zeit der Workshops Zugang hatten. Das war wichtig, um die Internetumfrage direkt vor Ort und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt beantworten zu können. Manche TeilnehmerInnen verwendeten nämlich auch Emailadressen, auf welche sie nur in ihrer Dienstzeit am Dienort Zugriff haben. Die Methode, eine E-Mail nur an diese Adressen zu schicken, funktionierte schließlich und die Stakeholder mussten dadurch auch keine Zugangscodes mehr eintippen.

In Klagenfurt war der Server von Limesurvey, dem Umfragetool der KF Universität Graz, leider nicht erreichbar, weswegen die Stakeholder des Workshops diese Umfrage im Anschluss beantworten mussten. Ein Teilnehmer erledigte dies aber leider nicht.

Ein weiteres Problem gab es mit der Auswertung der Internetumfrage. Die Daten wurden in falscher Reihenfolge importiert, weswegen die Ergebnisse der Teilkompetenzen für (F) – Fach- und Methodenkompetenz, bzw. (S) Sozial- kommunikative Kompetenz vertauscht waren. Die Ergebnisse der Profile mussten also für die Evaluationsphase und eine Publikation überarbeitet werden. Dies beinhaltete nicht nur etliche Tabellen und Grafiken sowie die Überarbeitung von Formeln in Excel Dateien, sondern auch mehrere Durchläufe und Aufarbeitungen im Statistik Programm SPSS, mit welchem unter anderem der Reliabilitätskoeffizient Cronbachs-Alpha getestet wurde. Alles in allem kostete dieser Fehler beim Import der Daten, bzw. bei der Erstellung der Umfrage, einige Stunden an Arbeit, wurde aber zum Glück entdeckt und bereinigt.

Für die KOAP bedeutete dieser Fehler kleine Änderungen in der Zahl der Teilkompetenzen, eine Teilkompetenz „Pflichtgefühl“ wurde hinzugefügt. Das Profil für RS umfasst demnach nun 32 Teilkompetenzen, wovon 15 Schlüsselkompetenzen und 17 Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas sind. Vor der Änderung waren es 33, bzw. 14 und 19. Das Profil für NKI änderte sich auf 36 Teilkompetenzen, wobei 16 davon Schlüsselkompetenzen sind

und 20 erweiterte Kompetenzen. Davor waren es insgesamt 36, 15 Schlüsselkompetenzen und 19 Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas NKI.

Eines der größten Probleme, für welches es aber keine wirkliche Lösung, aber eine Variante, bei der die wichtigsten Punkte behandelt werden konnten, gab, war der Faktor Zeit. Die genauen Aufschlüsselungen zu den Zeiten der Workshops erfolgten bereits im Kapitel zu den Arbeitsschritten während der Workshops. Allerdings war die Zeit generell sehr knapp bemessen und es blieb keine Zeit mehr, um über die Thematik Quo-Vadis RD zu diskutieren. Da diese Thematik aber unter anderem bei einem Think Tank des BVRD mit unterschiedlichen Stakeholdern aus dem RD diskutiert wurde und der Forscher auch vor Ort war, war es wichtiger auf andere Punkte vermehrtes Augenmerk zu legen. Einer dieser Punkte war die kompetenzorientierte Formulierung der Teilkompetenzen. Natürlich konnten mangels Zeit nicht alle Teilkompetenzen definiert werden, einige Beschreibungen entstanden aber während der Workshops.

Das letzte hier besprochene Problem stellte das Versäumnis der Bewertung der Einzelkompetenzen in einer Gruppe in Wien dar. Diese Bewertung wurde aber anhand der Bewertungen der Wiener Stakeholder im Zuge der individuellen Internetumfrage, bei welcher alle Teilkompetenzen bewertet wurden, bearbeitet.

Wien war der erste und zugleich einzige Workshop, bei dem zwei Gruppen gebildet wurden und so kam es in der Gruppenphase in einer Gruppe zur Nicht-Bewertung von (S)- und (F) Kompetenzen, weswegen die Ergebnisse für diese Teilkompetenzen aus den Bewertungen der Onlineumfrage errechnet und übernommen wurden. Der Median aller Stakeholder wurde errechnet und als Gruppenergebnis für Wien herangezogen. Die Ergebnisse der Bewertungen von 1 bis 12 wurden, wie auch bei den Workshops für die Gruppenphase üblich, in 4 Intervalle geordnet. Diese entsprachen +, ~, - und Streichungen der restlichen Gruppen der Workshops. Die zweite Gruppe in Wien führte die Bewertungen sehr wohl durch. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Ergebnisse ähnlich jener der anderen Workshops sind. Dies wird bei der Diskussion der Ergebnisse der einzelnen Workshops noch ersichtlich. Die Formulierungen für diese Kompetenzen wurden aber sehr wohl im Zuge der Gruppenphase durchgeführt. Durch diesen Fauxpas bestätigte sich die Relevanz der Absicherung der Ergebnisse mittels der Onlineumfrage als Back-Up, worauf im Kapitel der methoden-pluralen Forschung schon eingegangen wurde.

6.9.6.8 Unterscheidung der Aufgaben von RS und NKI

Die Unterscheidung, dass RS für Krankentransport bzw. BLS und NKI für die Notfallrettung eingesetzt werden, war in der Praxis der Workshops schwierig umzusetzen und führte zu einigen Diskussionen. Grund hierfür ist, dass in einigen Bundesländern oft auch RS für die Notfallrettung eingesetzt werden und zeitgleich NFS zu Krankentransporten ausrücken. Dieser Umstand wird meist unter dem vor allem vom Österreichischen Roten Kreuz propagierten Begriff (Rettungs-)Verbundsystem subsummiert (vgl. Jochum, 2017: 12; ÖRK, 2017a). Diese gängige Praxis machte es für manche Stakeholder schwierig, die derzeit vorherrschende Situation außer Acht zu lassen und eine kompetente PatientInnenversorgung ins Auge zu fassen. Im Zuge der Workshops war es wichtig darauf zu bestehen, ein Profil für BLS bzw. in diesem Falle RS und eines für ALS zu erstellen, welches für NFS bis hin zur NKI gelten sollte. Der Verzicht auf die Unterscheidung von RS für Krankentransport und Notfallrettung durch NFS-NKI wird etwa auch durch eine Stellungnahme der ÖGERN (2016) kritisiert und widerspricht dem Zweck des SanG, sowie PatientInnenschutzabwägungen. Aus diesen Gründen wurde auch die Entscheidung für 2 getrennte Profile getroffen.

6.9.6.9 Kategorisierung in BLS und ALS

Im Zuge der Workshops kristallisierte sich noch eine weitere Möglichkeit heraus, wie die Unterscheidung der Profile erfolgen kann. Hierfür wären RS rein für BLS zuständig, wobei NKI sowohl für BLS und ALS eingesetzt würden. ALS steht hierbei aber für kein Paramedic-System, sondern für das vorherrschende notarztbasierte System, in welchem NKI ihre Notfallkompetenzen gezielt anwenden und Wartezeiten auf NA überbrücken, bzw. eigenständig NotfallpatientInnen versorgen, sollten keine NA notwendig sein, oder wie es auch laut Praxiserfahrungen- und Berichten in ganz Österreich vorkommen kann, dass kein Notarztmittel verfügbar ist. Der Punkt der Unterscheidung von BLS und ALS wurde dem Kapitel 3.5.4 hinzugefügt, nachdem diese Unterscheidung durch die jeweiligen Stakeholder der Forschungsworkshops als sinnvoll erachtet wurde.

6.9.6.10 Relevanzen von Teilkompetenzen für Krankentransport und Notfallrettung

Im Zuge der Workshops und anschließend der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich, dass auf Grund der unterschiedlichen Aufgabenbereiche von RS und NKI auch jeweils andere

Teilkompetenzen relevant sind. RS und NKI müssen und sollen, je nachdem ob es sich um Schlüsselkompetenzen (MUST-Dos) oder erweiterte Teilkompetenzen des jeweiligen Kompetenzatlas handelt, andere Kompetenzen entwickeln und diese anwenden können. Auffallend war, dass vor allem in der Notfallrettung mehr Bereiche als wichtig angesehen und weniger Kompetenzen gestrichen wurden als im Krankentransport. Dies hat vermutlich damit zu tun, dass in der Notfallrettung ein größeres Aufgabenspektrum abzudecken ist, und teilweise Krankentransporte durchgeführt werden, da sich nicht alle PatientInnen als NotfallpatientInnen entpuppen. Zusätzlich bedingt dieses breitere Aufgabenspektrum auch einen größeren Rahmen, in welchem selbstständig gehandelt werden kann. NKI müssen demnach eigenverantwortlicher und selbstorganisierter arbeiten und des Öfteren auch NotfallpatientInnen, die als kritisch erkrankt eingestuft sind, eigenständig versorgen.

6.9.6.11 *Anekdoten der Workshops*

Im Zuge der Workshops kam es, wie schon besprochen, zum informellen Austausch von Organisationsbelangen oder auch Anekdoten aus dem Rettungsdienst. Zum Teil handelte es sich um unglaubliche und kuriose Geschichten, die in einem eigenen Buch festgehalten und viele der „österreichischen Lösungen“ im Rettungsdienst beinhalten könnten. „Österreichische Lösung“ steht etwa für den Umstand, dass es in Österreich fast immer möglich ist, ein Schlupfloch für etwas im Rechtssystem zu finden oder zu kreieren. Im Rettungsdienst wäre ein Beispiel dafür die modulare Ausbildung von RS bis NKI. Obwohl RS für Krankentransporte zuständig sein sollen und NFS für die Notfallrettung, wurde dies aus dem Gesetzesentwurf gestrichen, um auch RS in der Notfallrettung einsetzen zu können - vor allem in Form von Freiwilligen. Dass dies aber zur Folge hatte, dass die höheren Stufen bzw. Module nicht oder nur gering ausgebildet werden und so der Gesetzesrahmen nicht voll ausgeschöpft wird, kann als eine solche „Österreichische Lösung“ gesehen werden. In manchen HiOrgs und Bundesländern gibt es aber auch Verordnungen, die eine Mindestbesatzung fordern, dies ist aber bei weitem nicht überall der Fall und meist weit jenseits von NKI als TransportführerInnen, wie es als sinnvoll erachtet werden sollte.

Ein weiteres Beispiel aus den Workshops bzw. in diesem Fall nach den Workshops ereignete sich auf der Heimfahrt von Graz. Der Moderator (Einsatzleiter, Notfallsanitäter), der Forscher (NKI), sowie eine Teilnehmerin (DKGP und Rettungssanitäterin) waren gerade auf dem Weg von Graz nach Kärnten als der Moderator eine Einsatzleiteralarmierung für die Autobahn erhielt und der Forscher eine Bezirksalarmierung der Schnell-Einsatzgruppe (SEG), in

welcher SanitäterInnen, welche schnell in der Dienststelle sein können oder First Responder sind und dadurch Notfallrucksäcke zur Verfügung haben, im Einsatzplan stehen. Die Alarmierung lautete in etwa „Verkehrsunfall-Bus gegen Fahrzeug, mehrere verletzte Kinder“ – ein offensichtliches Horrorszenario auf der Autobahn. Mehrere Notarztmittel, darunter zwei Hubschrauber und etliche Rettungswägen sowie die SEG waren verständigt. Der Moderator übernahm den Einsatz als Einsatzleiter.

Die Unfallstelle war nur wenige Kilometer vor dem Auto, in dem die 3 SanitäterInnen fuhren, allerdings auf der anderen Straßenseite. Zwischen den beiden Fahrspuren der Autobahn konnte kurz vor der Unfallstelle gut und sicher geparkt werden, was den Parkplatz sicher machte und keine eigene Absperrung der Fahrspuren erforderte. Auf der anderen Straßenseite, dem Unfallort, war mittlerweile eine sehr junge RTW Besatzung, beide RS, zugange. Diese hatte die Leiste über die Unfallstelle in Kenntnis darüber gesetzt, dass es mehrere Verletzte gäbe. Die Besatzung des RTW versorgte den schwerverletzten Fahrer des PKWs, kein Sanitäter ging zu den angeblich verletzten Kindern im Bus. Als die 3 Stakeholder eintrafen übernahm der Moderator das Ruder, verschaffte sich einen Überblick über die Situation und blieb vor dem Bus – die Unfallstelle war nach kurzer Zeit abgesperrt und es kam kein nachfolgender Verkehr nach. Der Forscher bahnte sich in dieser Zeit den Weg in den Bus, in dem sich etliche schreiende Kinder befanden. Nach kurzer Sichtung war klar, dass keines der Kinder lebensbedrohlich verletzt und deren Zustand auf den ersten Blick auch nicht als kritisch einzustufen war. Die Kinder wirkten auf Grund des Anpralls des PKWs mit dem Heck des Busses verstört, aber offensichtlich nicht schwer verletzt. Diese Rückmeldung wurde sofort an den Einsatzleiter übergeben, der unverzüglich mehrere Notarztmittel und Rettungswägen stornierte. In der Zwischenzeit beruhigte die Sanitäterin mit anderen Helfern Kinder und Betreuer im Bus, während der Forscher der RTW Besatzung unterstützend mitwirkte und den zweiten Insassen des Fahrzeuges laut Abfrage-Schema beurteilte. Auch hier war keine Vitalgefährdung zu erwarten – eine ambulante Abklärung aber auf Grund der Unfallmechanik auf jeden Fall angebracht. Der schwerverletzte PKW-Insasse wurde vom Hubschrauber in das Krankenhaus geflogen, der zweite Insasse wurde von einem RTW in das Krankenhaus gebracht und die Kinder und deren Betreuer konnten die Fahrt mit einem Ersatzbus fortsetzen.

Warum ist dieses Beispiel relevant? Natürlich kann dieses Einsatzbeispiel in mehrere Phasen eingeteilt, noch weiter reflektiert und weitere Tätigkeiten und Prozesse genauer beschrieben werden. Dies erfolgt hier aber nicht – das Beispiel zeigt nur zu gut, dass auf Grund

mangelnder Erfahrung und Ausbildung oft unnötig Notarzt- und Rettungsmittel gebunden sind, die anderenorts gebraucht werden könnten. Praxiserfahrung und eine fundierte Ausbildung würden nach Meinung des Forschers das Notfallrettungssystem in Österreich stark aufwerten. Das Verbundsystem, wie es derzeit in Österreich herrscht, ist für Quantität sicherlich ein Paradebeispiel, da in kurzer Zeit viele Kräfte vor Ort sein können. Dieser Fall hat aber gezeigt, dass dies oft nicht notwendig ist und wenn doch, können auch KTWs zu Großschadensereignissen hinzugezogen werden, da eine der Aufgaben von RS lebensrettende Sofortmaßnahmen darstellen.

6.10 Ergebnisse der Workshops

Um KOAP für RS und NKI im Ö-RD zu beschreiben, wurden mehrere Workshops und eine Evaluationsphase durchgeführt. Während der Workshops wurden unterschiedliche Aufgaben abgehandelt, weswegen es auch mehrere Teilergebnisse gibt. Darunter fallen das Meinungsbild aller teilnehmenden Stakeholder über den Rettungsdienst (in 3 Sätzen), die Erarbeitung des Handlungsfeldes Rettungsorganisation in Österreich und die Ergebnisse einer individuellen Internetumfrage zur Relevanz der Teilkompetenzen des Kompetenzatlas (vgl. Heyse und Erpenbeck, 2007) für RS und NKI. In der Evaluationsphase wurde der Status-Quo der Ausprägung der Teilkompetenzen erhoben und die Anforderungsprofile überarbeitet. Schlussendlich wurden nach der Evaluationsphase auch die kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI finalisiert und mit Meta- sowie Querschnittskompetenzen ergänzt.

Auf den nächsten Seiten finden sich jeweils die Ergebnisse der Workshops. Die Evaluationsphase wird in einem eigenen Kapitel behandelt.

6.10.1 Der Österreichische Rettungsdienst in 3 Sätzen

Das erste hier vorgestellte Ergebnis stellen die Zitate der Stakeholder zum Österreichischen Rettungsdienst in 3 Sätzen dar. Die TeilnehmerInnen wurden im Zuge der Aussendungen zu den Workshops gebeten, den Rettungsdienst in 3 Sätzen zu beschreiben und diese Definition zu den Workshops mitzubringen. Die folgenden Zitate stellen exemplarisch diese Definitionen dar. Liest man die unterschiedlichen Ausführungen zum Rettungsdienst in Österreich, dürfte klar werden, dass es sich um TeilnehmerInnen mit unterschiedlichsten RD-Backgrounds handelt, welche auch zum Teil sehr differenzierte Interessen im Ö-RD

verfolgen. Dies war aber einer der Kernpunkte der Workshops – es ging darum, unterschiedliche Stakeholder in die Forschung einzubeziehen, um möglichst alle Facetten des RD abbilden zu können.

Die angeführten Zitate und Namen sind nach Genehmigung der TeilnehmerInnen in dieser Arbeit abgebildet. Bei den TeilnehmerInnen wurden der Name und die Beschreibung nach deren eigenen Wünschen hinzugefügt – teilweise mit und ohne Titel, Ausbildungen, Funktionen und Hilfsorganisationen.

6.10.1.1.1 TeilnehmerInnen Wien

Die hier vorgestellten Zitate stammen von den Stakeholdern des ersten Workshops in Wien.

Armin Reisinger, MBA – National Coordinator PHTLS, Notfallsanitäter NKI

„Der Rettungsdienst in Österreich ist durch einen Reformrückstau im Zusammenhang seitens Bund, Länder und Gemeinden, aber auch im Kontext mit der gesamtmedizinischen Versorgung gekennzeichnet. Er kämpft nach wie vor mit dem 60er-Jahre Image der primären Transportleistung mit Erste-Hilfe-Funktion und ist seither primär auf freiwillige Mitarbeiter ausgerichtet und sehr arztlastig.

Der RD in Ö hätte enormes Potential um Problemfelder wie die Primärversorgung zu entlasten, die ganzheitliche Patientenversorgung zu verbessern, einen positiven Benefit von volkswirtschaftlicher Seite herbeizuführen und ein attraktives Berufsbild für eine neue Profession zu schaffen.“

Siegfried Weinert, MSc – Notruf Niederösterreich GmbH

„Rettungsdienst in Österreich:

- Sekundär unstrukturiert (primär = nach außen)
- Vereinstlastig (strukturelastig) – Reibungsverluste
- Unterschiedliche Ausbildungs/Skill-Levels“

Mag. (FH) PhDr. Christoph Holzhacker

„Den Österreichischen Rettungsdienst würde ich als ‚gemischten Salat‘ bezeichnen.

Die Mischung beginnt beim Zusammenspiel zwischen Notfallrettung und Krankentransportdienst, weiter über eine Mischung vom bodengebundenen Notarztdienst und Luftrettung bis hin zur Mischung im Bereich der Qualifikationen (RS, NFS, NKA/V/I, Notärzte unterschiedlicher Fachrichtungen). Erweitert werden diese Mischungen um die unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnisse (HB, EA, ZDL, FSJ) und die Materialressourcen (BKTW, KTW, RTW, NAW, SNAW, NEF, NAH)“

Gert Thomaser, Betriebsratsvorsitzender

„Der Rettungsdienst in Österreich ist ein nicht einheitliches System, welches reformbedürftig ist. Mitarbeiter unfreundliches Umfeld für berufliches und freiwilliges Personal. Keine Nachbesserungen bei höheren Anforderungen.“

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Schreiber

„Rettungsdienst in Österreich:

- Heterogen
- Grundsätzlich funktionierend
- Optimierungspotential“

Erwin Feichtelbauer, Vorsitzender der PV Berufsrettung Wien:

Der Österreichische Rettungsdienst ist:

- „In der gegenständlichen Form nicht mehr zeitgemäß
- Nicht patientenorientiert
- Eine Billiglösung“

6.10.1.1.2 TeilnehmerInnen St.Pölten

Die folgenden Ergebnisse zum Ö-RD in 3 Sätzen stammen von den TeilnehmerInnen in St.Pölten.

Thomas Enzenebner, DGKP, RS

„Die Kompetenzaufteilung im Bereich Rettungsdienst und Krankentransportdienst ist längst überfällig:

- Einheitliche Kompetenzen für Mitarbeiter bundesländerübergreifend
- Mögliche Anerkennung von berufsspezifischen (Fach-)Kompetenzen etwa für Intensivpflegepersonal, welches auch Rettungsdienst versieht.,,

Jochen Haid, RS

- „Der Österreichische Rettungsdienst auf sozialer Ebene ist ein wichtiges Werkzeug, zum einen sozial engagierten Menschen die Möglichkeiten zu bieten sich einzubringen und anderen Menschen zu helfen, zum andren um das Gesamtwohl zu fördern.
- Zeigt das soziale Engagement einer Gesellschaft
- Bietet eine Möglichkeit seine Sozialkompetenzen weiterzuentwickeln.“

Dr. Christian Fohringer, Notruf Niederösterreich GmbH

„Der Rettungsdienst in Österreich ist durch gewachsene, lokale (Vereins-)Strukturen geprägt, aber nicht durch überregionale, bedarfsorientierte Planung. Der einzelne Mitarbeiter hat unterschiedliche Möglichkeiten Qualifikationen und Kompetenzen zu erlangen, ohne auf struktureller Ebene dazu verpflichtet zu sein. Design und Finanzierung sind mehr auf Transport als auf Versorgung ausgelegt.“

6.10.1.1.3 TeilnehmerInnen Klagenfurt

Die folgenden Zitate stammen von den TeilnehmerInnen aus Klagenfurt und spiegeln deren Ansicht zum Ö-RD wieder.

Michael Paulitsch, DGKP

„Der Rettungsdienst in Österreich ist ‚motiviert‘, ‚quantitativ‘ (Masse vor Klasse), aber ‚ausbaufähig‘.“

Mag. Dr. Christian Wankmüller Bsc

„Der Rettungsdienst in Österreich ist:

- Nicht standardisiert
- Nicht übermäßig professionell
- Trotzdem funktionsfähig“

Patrick Patscheider, DGKP

„Der Österreichische Rettungsdienst ist großteils schlechter als sein Ruf. Der gesetzliche Rahmen wird selten ausgeschöpft und es gibt große Qualitätsprobleme im Generellen. Das Leitsymptom ist: ‚Quantität vor Qualität!‘“

6.10.1.1.4 TeilnehmerInnen Graz

Die folgenden Ausführungen zum Ö-RD stammen von den TeilnehmerInnen in Graz.

Natalie Inkret:

„Rettungsdienst in Österreich basiert auf Freiwilligkeit. Dies hat große wirtschaftliche und gesellschaftliche Bedeutung, aber das Qualitätsniveau (vor allem in Bezug auf Ausbildung) leidet darunter.“

Es gibt einiges zu verbessern, sei es die Versorgung am Notfallort oder die Qualitätskriterien bei der Auswahl von neuen MitarbeiterInnen.“

Stefan Friedacher, ÖRK LV Steiermark

„Der Rettungsdienst in Österreich. Durch 9 Landesrettungsdienstgesetze bedingte teils große strukturelle Unterschiede.“

Großes ehrenamtliches Engagement als Hauptmotivation bei vielen.“

Anna W.:

„Rettungsdienst in Österreich:

- Die freiwilligen Mitarbeiter – als auch First Responder sind ein sehr wichtiger Bestandteil, um schnelle Hilfe zu leisten, vor allem in ländlichen/abgelegenen Gebieten, wo ein Notarztmittel nicht schnell verfügbar ist und oft 30 Minuten benötigt.“

Mag. Petra Pöllinger, Rotes Kreuz Landesverband Steiermark

„Der Rettungsdienst hat die Aufgabe, erkrankten, sowie verletzten Personen, rund um die Uhr, durch qualifiziertes Rettungspersonal und Rettungsmittel zu helfen. RettungssanitäterInnen müssen über spezifisches Wissen verfügen, um vor Ort unter Stressbedingungen richtig, ruhig und professionell zu arbeiten.“

Dr. Ewald Kolesnik – Assistenzarzt klinische Abteilung für Kardiologie / Medizinische Universität Graz

„Rettungsdienst ist in Österreich:

- Allumfassend vom Routinetransport zum schweren Notfall
- Unterstützung vor allem sozial schwacher Schichten
- Bis jetzt überraschenderweise – meistens ‚gut‘ gegangen“
-

6.10.1.1.5 TeilnehmerInnen Innsbruck

Die letzten Zitate bezüglich des Ö-RD stammen von den TeilnehmerInnen des Workshops in Innsbruck.

Daniel Schwaiger:

„Der Rettungsdienst in Österreich:

- Die Ausbildung im Österreichischen Rettungsdienst im Vergleich zu anderen Ländern, wie Deutschland oder Schweiz, ist mehr als mangelhaft.
- Das System basiert auf einem Freiwilligensystem d.h. viele NotfallpatientInnen werden von zum Teil unerfahrenen SanitäterInnen versorgt, die auch keine Routine vorweisen können.
- Tirol: Zivildienst am Beifahrersitz der Notfallrettung... einfach ein NO GO.“

Tobias Abfalter:

„Der Rettungsdienst in Österreich ist sehr freiwilligenorientiert. Dadurch ist es schwer, auf allen Notfallrettungsmitteln Mitarbeiter mit entsprechender Qualifikation und Routine einzusetzen. Um langfristig eine gewisse Qualität im Rettungsdienst sicherzustellen müssen die derzeitigen Ausbildungen sicherlich vertieft und erweitert werden, auch was die eigenverantwortliche Anwendung von Kompetenzen betrifft.“

Markus Isser:

„Altgedientes Kriegsschiff – das in die Tage gekommen ist – schwerfällig in der Steuerung. Die Besatzung selbst mit vielen hohen Offizieren + freiwilligen Rekruten. Zukunft: Eine schnelle, wendige Fregatte mit professioneller Besatzung – schlank geführt.“

Walter Knauder:

„Der Österreichische Rettungsdienst ist ausbaufähig. Er ist wichtig, um die präklinische Versorgung zu gewährleisten und sollte diese durchwegs qualitativ hochwertig gewährleisten können. Er genießt ein hohes Ansehen in der Bevölkerung.“

6.10.1.1.6 *Rettungsdienst in 3 Sätzen: Rückblick*

So vielfältig wie die Stakeholder der Workshops waren auch die Ansichten zum Ö-RD. Grundsätzlich konnte aber eine negative Grundstimmung bezüglich des vorherrschenden Systems erkannt werden, wobei die Stakeholder sehr an einer Entwicklung dieses Systems interessiert sind. Dies dürfte auch sicherlich einer der Hauptgründe für viele Stakeholder gewesen sein, bei diesen Workshops mitzumachen und die im Zuge dieser Arbeit präsentierten Anforderungsprofile zu erarbeiten. Partizipation wird scheinbar im Ö-RD großgeschrieben. Grundsätzlich wird aber sicher großes Entwicklungspotential im Ö-RD gesehen, weswegen die Motivation der MitarbeiterInnen des Ö-RD hoch zu sein scheint.

6.10.2 Handlungsfeld Rettungsdienst / Rettungsorganisation

Um möglichst zeitsparend Anforderungsprofile für den Ö-RD beschreiben zu können, war es vorerst notwendig zu besprechen, was die einzelnen TeilnehmerInnen unter Rettungsdienst verstehen. Im Zuge der Bearbeitung dieser Thematik wurde klar, dass das Verständnis für den Umfang des Begriffes oft sehr weit gestreut ist. Im Zuge der Workshops wurde das Handlungsfeld Rettungsdienst durch den Begriff Handlungsfeld Rettungsorganisation ersetzt. Dies wurde in den 5 durchgeführten Workshops besprochen und in jeweils ein Handlungsfeld pro Workshop umgesetzt. Dieser Umstand führte allerdings zu keiner Änderung in der Forschungsfrage bzw. dem Vorhaben, da der Umfang des eigentlichen Rettungsdienstes zwar erweitert wurde, der Auftrag die Anforderungen von RS und NKI zu beschreiben davon aber nicht beeinflusst wurde. Es wurden hauptsächlich unterschiedliche Bereiche und Akteure, welche an der Rettungsorganisation in Österreich beteiligt sind, integriert, dies ändert aber nichts an den Aufgabenbereichen von SanitäterInnen. Zusätzlich wurde auch noch vereinbart, dass es sich hierbei um eine Erstellung eines Handlungsfeldes für den alltäglichen Rettungsdienst handelt, der nicht notwendigerweise alle Eventualitäten und Extremsituationen abbilden muss. Exemplarisch kann etwa ein Atomkrieg genannt werden, von dem zum derzeitigen Stand nicht ausgegangen wird, weswegen nur Elemente im Handlungsfeld beschrieben sind, welche unmittelbaren Bezug zu Ergebnissen, welche in Österreich häufiger vorkommen, Erwähnung finden.

6.10.2.1.1 Handlungsfeld Rettungsdienst – Vorlage

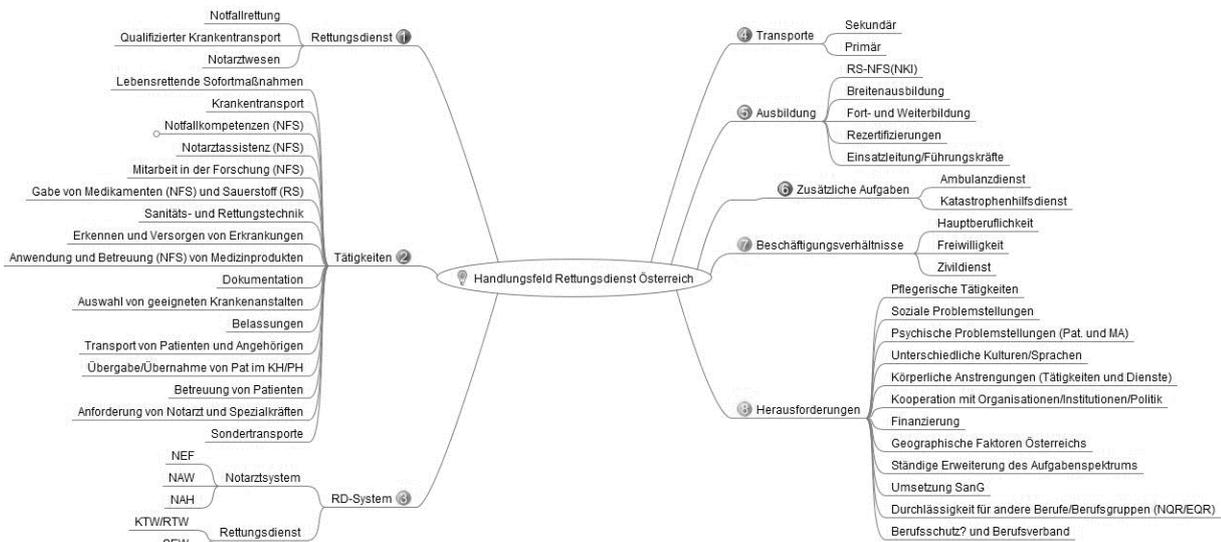


Abbildung 41: Handlungsfeld Rettungsdienst - Vorlage

Wie bereits erwähnt, wurde vorab, sprich vor den 5 Forschungsworkshops, ein Handlungsfeld für den Ö-RD durch den Forscher erstellt. Dieses Handlungsfeld wurde unter Einbezug aktueller Literatur erstellt und sollte ein möglichst breites Spektrum des Rettungsdienstes in Österreich umfassen. Neben Quellen aus der Literatur wurden auch diverse im Rettungsdienst-Betrieb aktive MitarbeiterInnen nach Vorschlägen für das Handlungsfeld gefragt. Hauptintention der Erstellung eines Basis-Handlungsfeldes durch den Forscher war vor allem Zeitersparnis, da es sich hierbei nicht um den Kern der Forschung, sondern lediglich um eine Basis für die Forschung handelte. Eine unreflektierte Beeinflussung der TeilnehmerInnen kann aber insofern ausgeschlossen werden, da es zu etlichen Ergänzungen und Streichungen während der Workshops kam und sich das finale Handlungsfeld weitaus umfassender darstellt als das Basis-Handlungsfeld.

Das jeweilige Handlungsfeld der letzten Workshops wurde den TeilnehmerInnen am jeweiligen Workshop präsentiert und kurz besprochen. Im Zuge der 5 Workshops kam es dann zu etlichen Ergänzungen und nur wenigen Streichungen. Aus 8 Hauptkategorien entstanden dann schließlich 10. Die Erstellung des Handlungsfeldes diente aber auch genau diesem Zweck – möglichst alles, was den Ö-RD ausmacht, in einem Handlungsfeld abzubilden. Die große Bandbreite an Elementen konnte hauptsächlich durch die unterschiedlichen Hintergründe und Erfahrungen der TeilnehmerInnen erzielt werden. Diese biografischen Unterschiede der TeilnehmerInnen waren des Weiteren nicht nur für das

Handlungsfeld förderlich, sondern auch für den gesamten Forschungsprozess inklusive der Anforderungsprofile für RS und NKI.

6.10.2.1.2 Handlungsfeld Rettungsorganisation Wien

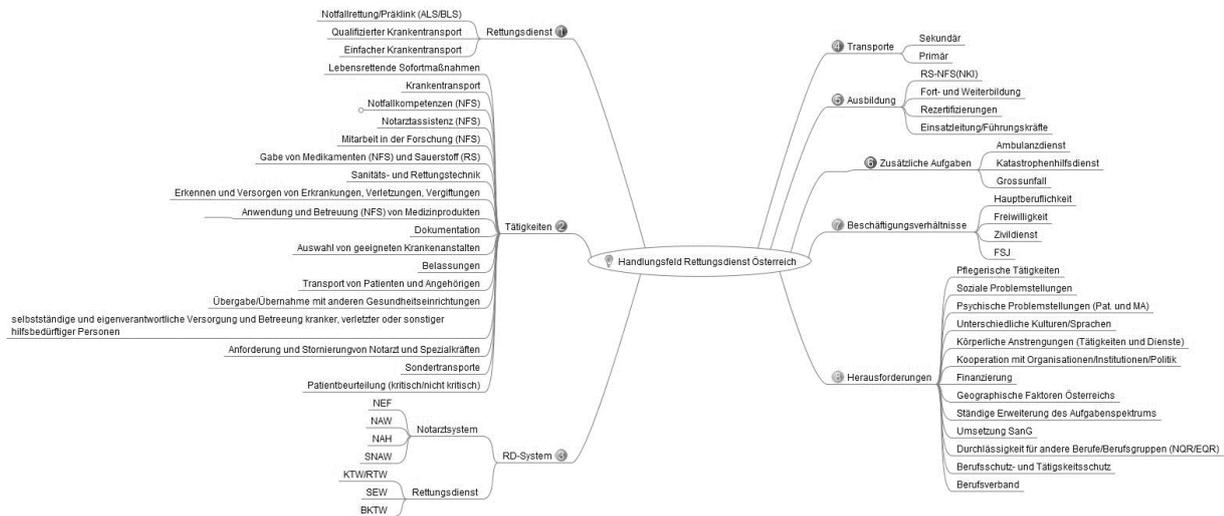


Abbildung 42: Handlungsfeld Rettungsorganisation Wien

In Wien wurde das vom Autor beschriebene Handlungsfeld Rettungsdienst zum ersten Mal erweitert. Es wurden hier etliche für den Rettungsdienst relevante Punkte ergänzt. Bereits bei diesem Workshop begann eine Diskussion bezüglich des Terminus Rettungsdienst. Es wurde die Idee vertreten, dass es eventuell eine Umbenennung des Handlungsfeldes in Rettungsorganisation geben sollte, dies wurde allerdings auf Grund des allgemein gebräuchlichen Terminus Rettungsdienst nicht in die Grafik übertragen, obwohl es hier zu einer breiten Zustimmung unter den TeilnehmerInnen kam. Die Diskussion wurde aber auch in weiteren Workshops weitergeführt, wodurch sich der Titel des endgültigen Handlungsfeldes dann in Rettungsorganisation änderte.

Bei den Tätigkeiten, welche der Rettungsdienst umfasst, wurde eine Definition weg von der Patientin/dem Patienten vorgenommen unter Einbezug des SanG, in dem es sich um – "selbstständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter oder sonstiger hilfsbedürftiger Personen" (RIS, 2020a) – handelt und nicht um PatientInnen.

Bei Diskussionen zum Bereich 1 kam es zur Debatte, ob der KTP auch mit beschrieben werden sollte. Man einigte sich darauf, dass sowohl der qualifizierte und der einfache Krankentransport (BKTW) Erwähnung finden sollten, da diese auch von Hilfsorganisationen in Österreich durchgeführt wird.

Weitere Punkte, die zu den Tätigkeiten im Rettungsdienst hinzugefügt wurden, waren die Anforderung und Stornierung von NA und Spezialkräften, die Übergabe/Übernahme mit anderen Gesundheitseinrichtungen und Erkennung von Erkrankung, Verletzung und Vergiftung (PatientInnen- und Situationsbeurteilung). Ebenso wurde die PatientInnenbeurteilung in kritisch und nicht kritisch als Tätigkeit aufgenommen. Großschadensereignisse/Großunfälle waren ebenfalls ein relevanter Punkt, welcher den zusätzlichen Aufgaben des RD zugeordnet wurde.

Erste Hilfe/Breitenausbildung wurde als nicht unmittelbar relevant für den Rettungsdienst interpretiert und daher gestrichen. Viele HiOrgs nehmen diese Tätigkeit zwar wahr, was aber nicht gleichbedeutend damit ist, dass dies ein Teil des Ö-RD ist. Obwohl First Responder als relevant für den RD erachtet werden, wurden sie nicht in das Handlungsfeld einbezogen.

2 weitere Bereiche, welche einbezogen wurden, war das freiwillige soziale Jahr (FSJ), welches seit einiger Zeit im Rettungsdienst Anwendung findet und im Zuge dessen viele junge Leute ein Jahr im Rettungsdienst tätig sind. Ein weiterer Begriff, der hinzugefügt wurde, ist der sogenannte SNAW, ein Notarztwagen für Sekundärtransporte, also Verlegungsfahrten. Diese Art von Rettungsmittel ist in mehreren Bundesländern bereits fest im System des Rettungsdienstes verankert.

Ein Terminus, der im Zuge der Diskussion geändert wurde, war Notarztwesen in Notfallrettung – Präklinik und die Ergänzung um BLS und ALS. Der Begriff Notarztwesen war zu sehr auf NA fokussiert. Diese sind aber in der neuen Definition natürlich enthalten.

Ein Teil der Diskussionen drehte sich auch um den Berufs- und Tätigkeitsschutz von SanitäterInnen, sowie die Einbindung des Rettungsdienstes in die gesamtmedizinische Versorgung.

6.10.2.1.3 Handlungsfeld Rettungsdienst St.Pölten

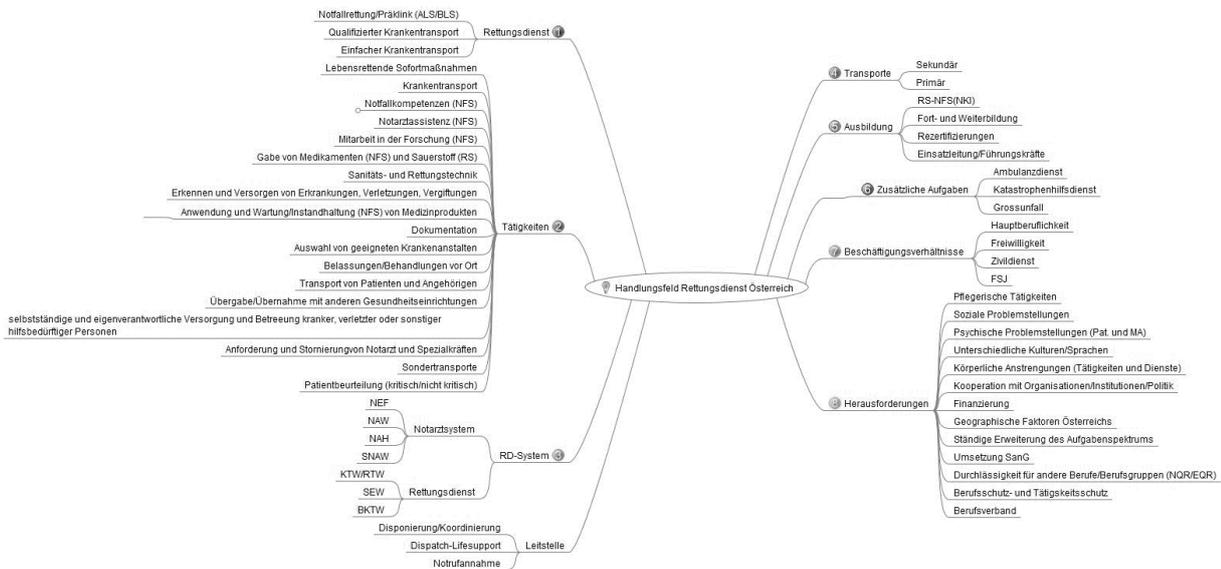


Abbildung 43: Handlungsfeld Rettungsdienst St.Pölten

Aufbauend auf das Handlungsfeld des Forschers und die Bearbeitung in Wien wurde in St.Pölten weiter am Handlungsfeld gearbeitet. Beim vorangegangenen Workshop ganz außer Acht gelassen wurde die Leitstelle. Da sich in diesem Workshop ebenfalls ein MA einer Leitstelle unter den TeilnehmerInnen befand, wurde dies dann umgehend ergänzt und als essenziell für den Rettungsdienst interpretiert. Zum Hauptpunkt Leitstelle wurden die Unterpunkte Disponierung und Koordinierung, Dispatch-Life-Support und Notrufannahme hinzugefügt.

Der Punkt Erste-Hilfe Breitenausbildung wurde, wie schon in Wien, gestrichen, da es nicht als Kernaufgabe des Rettungsdienstes gesehen wurde.

Bezüglich mehrerer Wortlaute gab es Unstimmigkeiten, wodurch über mehrere Punkte diskutiert und diese auch zum Teil geändert wurden. So wurde aus Betreuung von Medizingeräten die Wartung und Instandhaltung von Medizinprodukten.

Bei den TeilnehmerInnen stellte sich auch die Frage, ob es einen besseren Terminus für Sondertransporte gibt. Mangels Alternativen entschied man sich dann dafür, Sondertransporte weiterhin zu verwenden. Die reine Belassung von PatientInnen war den TeilnehmerInnen nicht aussagekräftig genug und wurde um Behandlung vor Ort ergänzt.

Der Terminus Pflegerische Tätigkeiten wurde auch hinterfragt, woraufhin es eine kurze Einführung zu Pflegestufen nach Benner (vgl. Benner et a. 2000; Menche, 2007⁴) durch den Forscher gab. Man einigte sich daraufhin beim Begriff Pflegerische Tätigkeiten zu bleiben.

Zudem gab es auch Diskussionen darüber, ob Fahrzeugdefinitionen nach EN1789 miteinbezogen werden sollten, wodurch in manchen Österreichischen Bundesländern dann etwa keine RTW mehr im Dienst stünden. Deswegen und auf Grund der Tatsache, dass die Größe der Fahrzeuge nicht unbedingt im Handlungsfeld abgebildet werden muss, wurde dies weggelassen.

6.10.2.1.4 Handlungsfeld Rettungsorganisation Klagenfurt

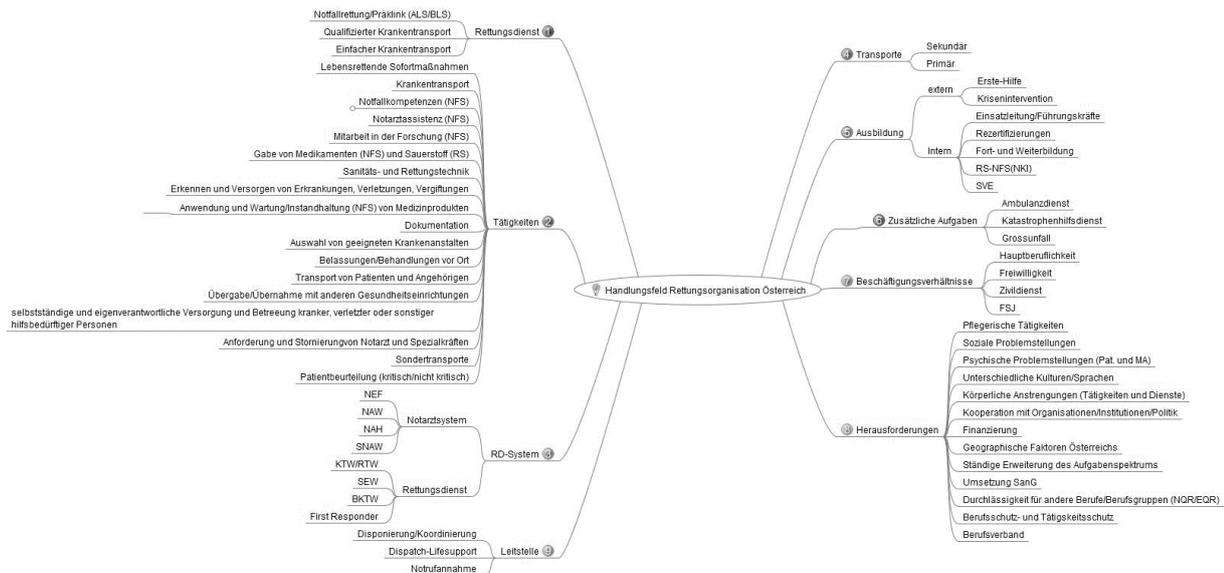


Abbildung 44: Handlungsfeld Rettungsorganisation Klagenfurt

In Klagenfurt wiederum entschied man sich dazu die Ausbildung in intern und extern aufzuteilen, da auch EH Breitenausbildung und KI, Krisenintervention, ein Teil des Rettungsdienstes sind. Als Beleg für die immense Wichtigkeit der ErsthelferInnen wurde auch angeführt, dass es unter Strafe steht, nicht Erste Hilfe zu leisten. Zumindest ein Notruf muss Teil der Rettungskette sein. Auch die Qualität einer Wiederbelebung beispielsweise hängt davon ab, ob ErsthelferInnen eine adäquate bzw. überhaupt eine Wiederbelebung durchführen. Da in Österreich ErsthelferInnen auch oft SanitäterInnen sind, entschied man sich First Responder direkt in den Bereich Rettungsdienst im RD-System zu verankern.

Auch in Klagenfurt beschloss man, sich auf Grund des breiten Aufgabenspektrums, nicht von Rettungsdienst, sondern von Rettungsorganisation zu sprechen.

6.10.2.1.5 Handlungsfeld Rettungsorganisation Graz

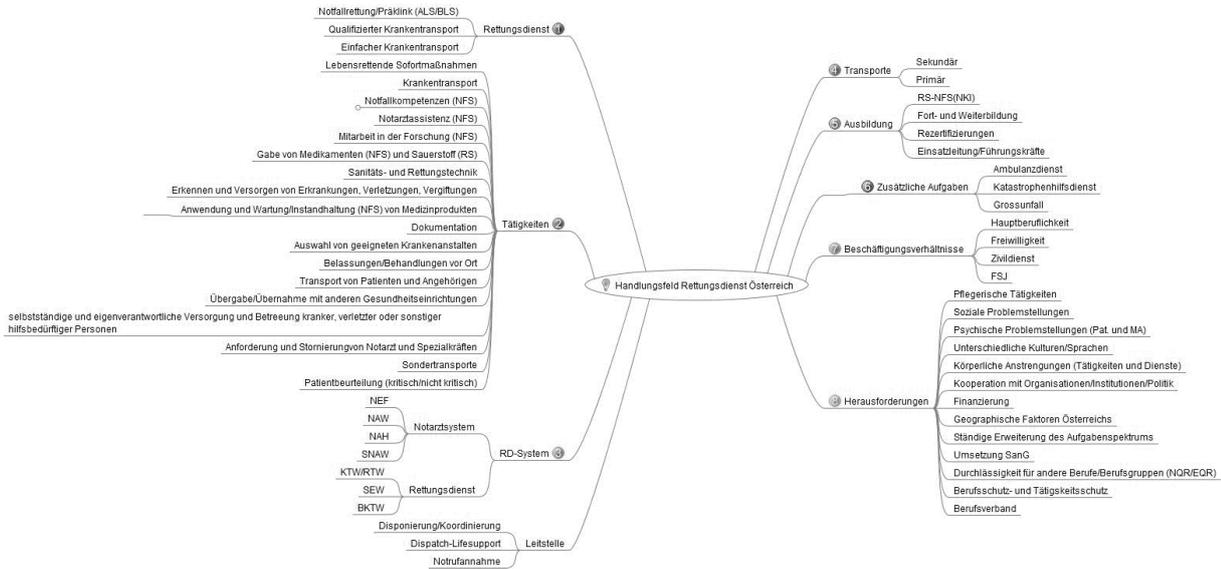


Abbildung 45: Handlungsfeld Rettungsorganisation Graz

Auch in Graz wurde, wie auch bei anderen Workshops, die Änderung des Titels in Rettungsorganisation Österreich vorgenommen. First Responder wurden ebenfalls aus dem RD gestrichen, da Ersthelfer, First Responder und z.B. RK-Jugend nicht direkt als Rettungsdienst gesehen wurden. Dies galt auch für die EH Breitenausbildung.

6.10.2.1.6 Handlungsfeld Rettungsorganisation Innsbruck

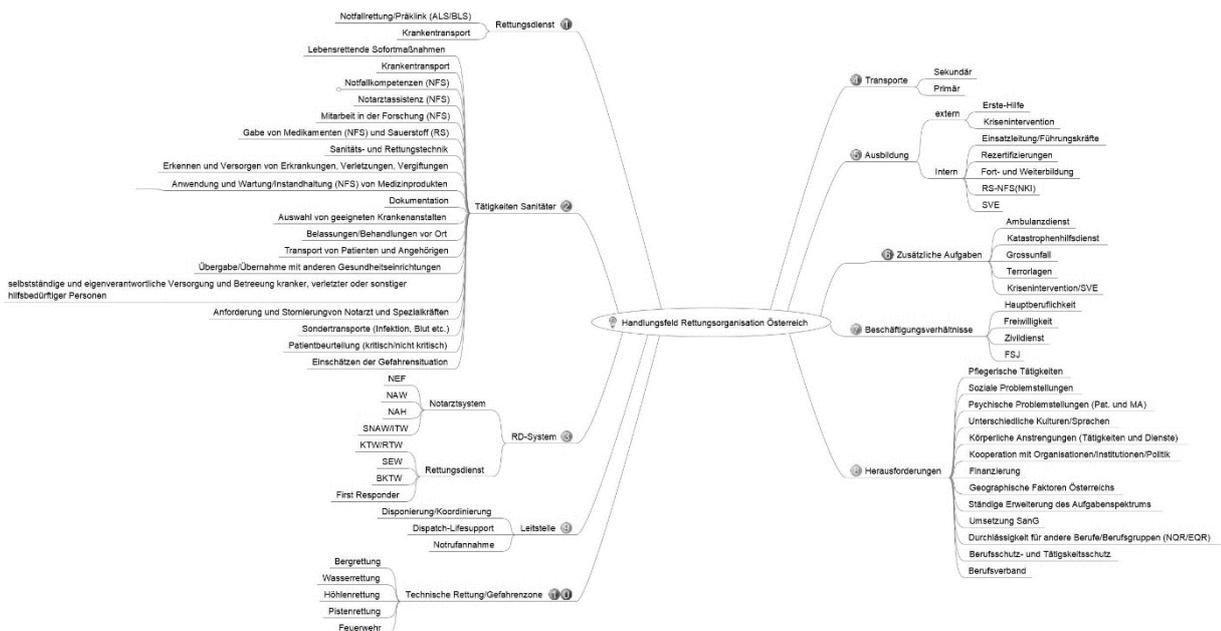


Abbildung 46: Handlungsfeld Rettungsorganisation Innsbruck

Auch in Innsbruck gab es Diskussionen bezüglich der Begriffe Rettungsdienst und Rettungsorganisation. Die Entscheidung fiel schließlich auf Rettungsorganisation, da es sich bei etlichen Elementen des Handlungsfeldes nicht um definitionsgemäßen Rettungsdienst handelt.

Im Zuge des Workshops erfolgte auch ein Einbezug von Gefahrenzone und Technischer Rettung. Dies geschah, indem Technische Rettung/Gefahrenzone ein neu geschaffener Bereich wurde und Akteure wie Bergrettung, Wasserrettung, Höhlenrettung, Pistenrettung und Feuerwehr hinzugefügt wurden, um das gesamte Spektrum des Handlungsfeldes Rettungsorganisation Österreich abzudecken. Die Erklärung hierfür lieferte der Paragraf 3 des SanG, (vgl. RIS, 2020a) in welchem diese Organisationen angeführt werden. Im SanG ist nicht alles umfasst, deswegen müssen im Handlungsfeld Rettungsorganisation auch andere, bis dahin nicht genannte Hilfsorganisationen tätig werden.

Des Weiteren entschied sich die Gruppe, Krisenintervention als Teil der Rettungsorganisation anzuführen sowie den Umgang mit Terrorlagen zu thematisieren.

Im Gegenzug wurde aber beschlossen den einfachen Krankentransport wegzulassen, da etwa Behindertentransport oder Taxi kein Teil des Rettungsdienstes sind. Beim Krankentransport sollte es hier keine weitere Unterscheidung, ob qualifiziert oder einfach, geben.

SNAW und ITW wurden zu den Fahrzeugen hinzugefügt, da diese auch in Teilen Österreichs in der Rettungsdienstlandschaft in Gebrauch sind.

6.10.2.1.7 Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich Gesamt

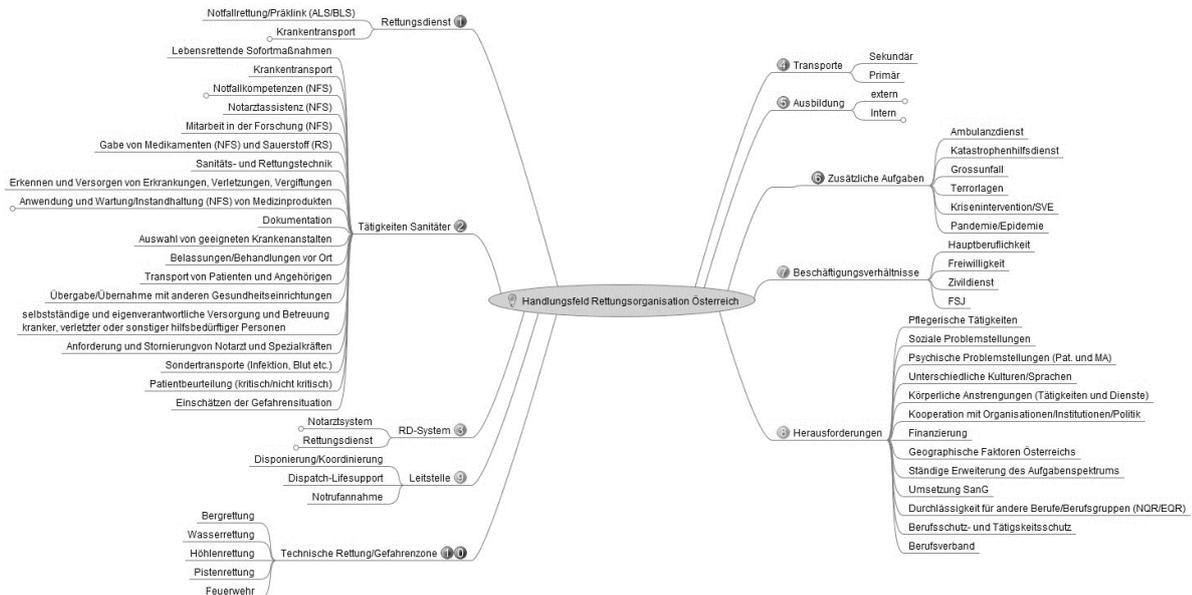


Abbildung 47: Handlungsfeld Rettungsorganisation Gesamt

Basierend auf den Ergebnissen aller durchgeführten Workshops stellt diese Mindmap die endgültige Fassung des Handlungsfeldes Rettungsorganisation Österreich dar. Wie bereits ausführlich beschrieben, änderte sich der ursprüngliche Titel auf Grund des breiten Aufgabenspektrums von Rettungsdienst zu Rettungsorganisation Österreich.

Während bei manchen Workshops Unterpunkte und keine Kategorien gestrichen wurden, musste hier keine Kategorie entfernt werden. Diffiziler stellt sich die Situation allerdings bei den Unterpunkten dar. Jene Kategorien, die im Zuge der Workshops hinzugefügt wurden, wurden ebenfalls belassen, da es auch hier, sofern möglich, zu keinen Streichungen kam.

Obwohl es bei den Unterpunkten „Qualifizierter und Einfacher Krankentransport“ Streichungen gab, wurden diese im Handlungsfeld beibehalten, da es sich um eine Status Quo Erhebung handelt, welche der Abbildung des gesamten Leistungsspektrums dient. Hätte bei den Workshops eine Beibehaltung des Terminus „Rettungsdienst“ stattgefunden, wären diese Unterpunkte sicherlich gestrichen worden.

Dieser Umstand ist auch für die Ausbildung von Ersthelfern relevant. Während diese Unterpunkte nicht zu den Kernaufgaben des Rettungsdienstes zählen, bilden Österreichische HiOrgs ErsthelferInnen, in vielen Fällen handelt es sich nicht um SanitäterInnen, aus. Gleichermäßen wurden auch First Responder, ErsthelferInnen welche oft vor NA- oder

Rettungsteam am Einsatzort sind und auch in überwiegenden Teilen selbst SanitäterInnen sind, in das Handlungsfeld aufgenommen.

Ähnliches gilt auch für die Krisenintervention. Sicherlich ist dies keine Kernaufgabe des RD, sehr wohl gibt es aber auch HiOrgs, welche in der Krisenintervention tätig sind oder mit Organisationen der Krisenintervention kooperieren. Aus diesen Gründen wurden auch EH und Krisenintervention in das Handlungsfeld aufgenommen.

Bedingt durch die auch für den Ö-RD prägende und auch in einer SanG-Änderung resultierende, COVID-19 Pandemie, wurde vom Forscher 2020 noch der Unterpunkt durch Pandemie/Epidemie im Bereich der zusätzlichen Aufgaben hinzugefügt. Die Durchführung von Intensivtransporten konnte bislang schon in den Tätigkeiten gefunden werden.

6.10.3 Ergebnisse der Internetumfrage „Teilkompetenzen von RettungssanitäterInnen und NotfallsanitäterInnen NKI“

Die Internetumfrage mit dem Titel „Teilkompetenzen von RettungssanitäterInnen und NotfallsanitäterInnen NKI“ diente der Bewertung der Relevanzen der 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas nach Heyse und Erpenbeck (2007). Ziel der Umfrage war einerseits die Kontrolle der Ergebnisse im Gruppenprozess in Hinblick auf grobe Unterschiede zu untersuchen, andererseits diente diese auch als Ergänzung der Ergebnisse der Workshops und zur endgültigen Entscheidungsfindung, welche Kompetenzen schlussendlich Schlüsselkompetenzen sind und welche im erweiterten Kompetenzatlas zu finden sein würden. Die Unterschiede der Ergebnisse der Internetumfrage und der Gruppenphase in den Workshops werden später im Kapitel tabellarisch aufgeführt und mit den jeweiligen Gründen für die Unterschiede unterlegt.

Der Plan, diese Umfrage als Backup durchzuführen, stellte sich als richtig heraus, da beim ersten Workshop in einer der beiden Gruppen zwar Beschreibungen und Streichungen (weniger relevant, 0 Punkte) durchgeführt wurden, nicht aber die genauen Unterteilungen in + (sehr bis äußerst relevant, 3 Punkte) ,~ (deutlich bis sehr relevant, 2 Punkte) und – (teilweise relevant bis ziemlich relevant, 1 Punkt). Die Ergebnisse für Wien wurden dann mit den Ergebnissen der Beschreibungen und den Ergebnissen der Internetumfrage der TeilnehmerInnen in Wien ergänzt. Da die Prioritäten auf den Schlüsselkompetenzen und den Kompetenzen für den erweiterten Kompetenzatlas lagen, und diese beim Workshop

beschrieben wurden, stellte dies aber kein schwerwiegendes Problem dar. Dies zeigte aber wiederum, dass es immer wichtig ist, einen Plan B zu haben und genügend Zeit einzuplanen.

6.10.3.1 Auswertung der Internetumfrage

Die TeilnehmerInnen der 5 Workshops füllten die Onlinefragebögen jeweils nach der Einleitung zur Thematik und der Erklärung des Forschers mit den eigens mitgebrachten Laptops und Tablets aus. Die 64 Teilkompetenzen wurden jeweils mit 1, weniger relevant, bis 12, äußerst relevant, bewertet. Um die Ergebnisse mit den 4 Kategorien der Gruppenphase – Streichung, -, ~ und + vergleichen zu können, wurden 4 gleich große Intervalle gebildet. Da als Mittelwert generell der Median gewählt wurde, wurde im Anschluss auch der Median der Internetumfrage berechnet und mit den Werten der Gruppe verglichen.

Die 12 Werte von 1, weniger relevant, bis 12, äußerst relevant, wurden in 4 Intervalle zu je 3 Ausprägungen unterteilt. Die Zahlen 10, 11 und 12 entsprachen hierbei "+". 9,8 und 7 standen für "~". 6, 5 und 4 wurden als "-" ausgewertet und die Werte 3,2,1 gestrichen. Wie auch in der Gruppenphase entsprach "+" 3 Punkten, "~" 2 Punkten, "-" einem Punkt und Streichung bedeutete 0 Punkte für die Auswertung. Die Punkte der Internetumfrage wurden einerseits zum Vergleich mit den Ergebnissen der Gruppenphase verwendet, andererseits als Hilfe zur Entscheidungsfindung, welche Kompetenzen als Schlüsselkompetenzen in Frage kamen und welche in den erweiterten Kompetenzatlas aufgenommen werden sollten. Dies war nur in wenigen Fällen nötig. Die jeweiligen Ergebnisse werden in diesem Kapitel vorgestellt.

6.10.3.2 Besonderheiten der Internetumfrage

Um einen gewissen Grad an Anonymität zu wahren, wurde die Umfrage zu der Relevanz der Teilkompetenzen anonym durchgeführt. Für den Forscher war es allerdings möglich die TeilnehmerInnen den einzelnen Workshops zuzuordnen, nicht aber den Personen. Im Falle des Workshops in Wien wurden die Ergebnisse verwendet, um die Ergebnisse der Gruppenphase einer Gruppe zu vervollständigen.

In den meisten Fällen reichte der ausgedruckte Zugangscode zur Internetumfrage. Wenn es aber nötig war, da es Probleme mit dem Zugangscode gab, wurde zusätzlich auch eine Einladung zur Onlineumfrage per Email verschickt. Logischerweise bedeutete dies allerdings, dass die Anonymität der TeilnehmerInnen nicht gewahrt werden konnte. Die Ergebnisse sind aber nur dem Forscher zugänglich, weshalb dies kein weiteres Problem

darstellen sollte. In Klagenfurt etwa war dies der Fall, da der Server von LimeSurvey anscheinend nicht verfügbar war und so die Umfrage nachgeholt werden musste. Die Einladung per Email wurde aber bewusst nicht standardmäßig ausgesendet, da die Umfrage nicht vorab zu Hause ausgefüllt werden sollte, um Unklarheiten zur Thematik im bei der theoretischen Einführung am Anfang des Workshops beseitigen zu können.

6.10.3.3 Bewertungsskala der Internetumfrage

Die 12 Stufen der Bewertungsskala der Internetumfrage von weniger relevant (1) bis übermäßig relevant (12) (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2007: 115ff.) dienen dazu, die Relevanz der 64 Teilkompetenzen in einem Kompetenz-Soll-Korridor bewerten zu können. Man könnte daher mit KODE®X, einem Kompetenzdiagnosetool das in Kapitel 4.14.1.1 beschrieben wird, arbeiten (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2007: 113). Dies würde weiterführende Arbeiten mit den KOAP für den Ö-RD immens erleichtern.

Auf Grund der Tatsache, dass diese Anforderungsprofile für RS und NKI als Grundlagenforschung für weitere Forschung im Bereich des Ö-RD ausgelegt sind und als Vorbereitung für weitere Forschungsprozesse dienen sollen, müssen auch die Ergebnisse bei Bedarf übernommen werden können, was zur 12-stufigen Skala zur Bewertung der Relevanz der einzelnen Kompetenzen führte und auch in anderen Beschreibungen von Kompetenzprofilen in Kombination mit dem Kompetenzatlas Anwendung findet (vgl. Buhr & Ortmann, 2007: 167ff.).

Die Bewertung der einzelnen Teilkompetenzen erfolgte nach 12 Ausprägungen:

Wert der Ausprägung	Beschreibung der Ausprägung	MUST-Do	CAN-Do
1	Weniger relevant	1	1
2	Weniger relevant	2	2
3	Teilweise relevant	3	3
4	Teilweise relevant	4	4
5	Ziemlich relevant	5	5
6	Ziemlich relevant	6	6
7	Deutlich relevant	7	7
8	Deutlich relevant	8	8
9	Sehr relevant	9	9
10	Sehr relevant	10	10
11	Äußerst relevant	11	11
12	Äußerst relevant	12	12

Tabelle 15: Relevanzen der MUST-Do und CAN-Do Kompetenzen

Wie aus Tab. 15 ersichtlich, müssen die Schlüsselkompetenzen für RS und NKI (MUST-Dos) viel mehr Relevanz für den Rettungsdienst aufweisen als Teilkompetenzen aus dem erweiterten Kompetenzatlas RS und NKI (CAN-Dos). Diese Bewertung ist in weiterer Folge vor allem für die IST-Stand Erhebung in der Evaluationsphase nach den Workshops relevant.

Neben den Gruppenergebnissen aus den Workshops, bei denen die einzelnen Teilkompetenzen bewertet wurden, wurde auch der Median der Internetumfrage aller Stakeholder der Workshops und die Summe aller Stakeholder pro Teilkompetenz als Kriterium zur Aufnahme der Teilkompetenzen als MUST-Do und CAN-Do herangezogen. Dies erfolgte, um zu gewährleisten, dass zwar der Gruppenentscheid die größte Entscheidungskraft innehatte, aber trotzdem jede einzelne Meinung zur Entscheidung über die Auswahl von Schlüsselkompetenzen beitrug. Es zeigte sich hier auch, dass die Ergebnisse der Einzelbewertung und der Gruppenbewertungen ähnlich waren. Eine genaue Betrachtung der Ergebnisse aus der Gruppenphase im Vergleich zu den Ergebnissen der Internetumfrage erfolgt später in diesem Kapitel.

6.10.3.4 *Erkenntnisse der Umfrage*

Blickt man auf die Ergebnisse der Umfrage fällt eines sofort auf - betriebswirtschaftliche Aspekte sind in der Internetumfrage eingegliedert. Als Beispiel wäre hier *Mitarbeiterförderung* zu nennen. Während dies im Rahmen der Internetumfrage 2 Punkte verbuchte, wurde es im Zuge der Gruppenphase gestrichen. Dies ist insofern nicht verwunderlich, da auch in der Gruppenphase immer wieder betont werden musste, dass organisationsinterne und betriebswirtschaftliche Aspekte für PatientInnen nicht relevant sind. Natürlich sind die Ausstattung eines Fahrzeuges, die Rettungsdienstinfrastruktur oder ähnliches für PatientInnen indirekt relevant, haben aber mit den Kompetenzen von SanitäterInnen bei der Versorgung von PatientInnen keine Relevanz. Wäre nicht mehrmals darauf hingewiesen worden, wären auch mehrere wirtschaftlich orientierte Kompetenzen in der Gruppenphase mit stärkerer Ausprägung bewertet worden.

Obwohl auch in der theoretischen Einführung, bevor die Internetumfrage durchgeführt wurde, darauf hingewiesen wurde, fand dies bei den Bewertungen im Zuge der Internetumfrage wenig Beachtung. Gründe hierfür sind, dass es für viele im Dienst stehende, dies gilt vor allem für Repräsentanten von HiOrgs, oft schwierig ist, sich über das Dienstgeschehen und den Arbeitsgeber hinweg zu denken und von einem Idealbild der PatientInnenversorgung zu sprechen, wenn die Realität doch anders aussieht.

6.10.3.5 *Reliabilität der Internetumfrage*

Um die Reliabilität der Internetumfrage zu validieren, wurden auch jeweils der Reliabilitätskoeffizient mittels Cronbachs Alpha ermittelt, wie es etwa auch in der Sozialwissenschaft oft praktiziert wird. Dieser Wert (α) liegt in einem Wertebereich von größer 0 bis ≤ 1 . In fachlich einschlägiger Literatur werden α -Werte ab 0,7 bis 0,8 angestrebt (vgl. Bortz & Döring, 2006: 708; Schmitt, 1996 in Schecker, 2014: 5). Diese Werte bestätigten demnach eine intern konsistente Skala (vgl. ebd.: 5).

Die Alpha-Faktorenanalyse ermöglicht es, gültige Faktoren zu erhalten, indem Interne-Konsistenz-Bestimmungen oder auch Reliabilitätsbestimmungen mit Hilfe des Alpha-Koeffizienten durchgeführt werden. In diesem Zuge wird die Reliabilität der Summen aller Items geschätzt und alle Items separat für alle Merkmale überprüft (vgl. Bortz & Schuster, 2010⁷:429).

Diese Untersuchung erfolgte für die Ergebnisse der Internetumfrage für RS und gleichermaßen für NKI. Mit den Werten RS- $\alpha = 0,971$ und NKI- $\alpha = 0,972$ bestätigt sich die interne Konsistenz der individuellen Internetumfrage. Dies ist natürlich auf den in der Praxis erprobten Kompetenzatlas zurückzuführen und bestätigt somit die Reliabilität der Internetumfrage. Gleichermäßen wurde auch die Reliabilität der Ergebnisse der Gruppenphasen überprüft. Mit einem RS- α von 0,919 und NKI- α von 0,864 bestätigt sich die interne Konsistenz der Gruppenergebnisse.

6.10.3.6 *Weitere statistisch ermittelte Werte*

Diese Berechnung des Reliabilitätskoeffizienten war natürlich nicht der einzige statistische Vorgang im Zuge der Forschungsworkshops. Mit Hilfe von SPSS wurden auch die Standardabweichungen ermittelt, welche allerdings in diesem Rahmen nicht relevant sind. Ein Maß des Mittelwertes, welches aber für alle Gruppenergebnisse, die Internetumfrage und die Status-Quo Erhebung im Anschluss an die Workshops verwendet wurde, war der Median. Dieser wurde zur weiteren Verwendung für die Entscheidung, welche Teilkompetenzen in die Anforderungsprofile aufgenommen, da er eine gebräuchliche Methode ist, um statistische Mittelwerte zu berechnen. Mithilfe des Medians haben Ausreißer nur wenig Einfluss auf das Ergebnis (vgl. Bortz & Schuster, 2010⁷:28). Deshalb wurde der Median auch jeweils bei allen

Ergebnissen hinzugefügt und spiegelt die jeweiligen Ergebnisse der einzelnen Schritte gut wider.

6.10.3.7 *Ergebnisse der Internetumfrage*

Folgend werden die Ergebnisse der Internetumfrage, aufgeteilt in die Bereiche RS und NKI auf Basis der 4 Grundkompetenzen: (P) – Personale Kompetenzen, (A) – Aktivitäts- und Handlungskompetenz, (S) – Sozial- kommunikative Kompetenz, sowie (F) – Fach- und Methodenkompetenz besprochen. Die 3 in den Tabellen angeführten Bereiche der Bewertung beziehen sich auf den Median der Gruppenbewertung aller 5 Workshops, den Median aller Ergebnisse der Stakeholder im Zuge der individuellen Internetumfrage und die Summe der Punkte der Internetumfrage von allen Stakeholdern. Der Begriff Median U-Intervall kommt daher, dass es sich bei der Darstellung nicht um die Bewertung von 1-12 handelt, sondern diese zwölf möglichen Werte in die 4 Intervalle 1-4 unterteilt wurden, um eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Gruppenphase herstellen zu können. Jene Felder in grün bedeuten, dass die Bewertungen der Gruppenphase und der Internetumfrage gleich waren. Wird ein Feld gelb dargestellt, beträgt der Unterschied maximal ein Intervall. Im Falle, dass es sich um einen größeren Unterschied handelt, wird das Feld rot codiert.

6.10.3.7.1 *RettungssanitäterIn*

Für RS wurden die 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas nach deren Relevanz bewertet. Bei 30 von 64 Teilkompetenzen stimmten die Ergebnisse des Medians der Gruppenphase und der Internetumfrage genau überein. Mit 231 Punkten bei der Internetumfrage war *Zuverlässigkeit* die Teilkompetenz mit der höchsten Relevanz, gefolgt von *Teamfähigkeit* mit 230. 25 Teilkompetenzen unterschieden sich nur gering bei der Zuordnung der Relevanz. Dies war im Großteil der Fälle bei den Einzelbewertungen der Fall, da diverse Details, wie etwa die PatientInnenorientierung mehrmals wiederholt werden musste und die Ergebnisse der Einzelbewertungen im Zuge der erfolgten Bewertungen der Teilkompetenzen tendenziell höher sind als jene der Gruppenphase. Dies ist sicherlich auch auf den regen Austausch der Gruppenphase und auf die Definition des Handlungsfeldes Rettungsorganisation Österreich zurückzuführen. Bei 9 Kompetenzen unterschied sich das Ergebnis der Gruppenphase stark vom Untersuchungsintervall der einzelnen Stakeholder. Diese Kompetenzen stammten aber überwiegend aus den Bereichen von Organisationsbelangen, Betriebswirtschaft oder

Führungskräften. Mit 99 Punkten war *Marktkennntnis* die am wenigsten relevante Teilkompetenz und ist sicherlich betriebswirtschaftlichen Belangen zuzuordnen.

(P): Personale Kompetenz (RS)

P - Personale Kompetenz	Median Gruppe	Median U-Intervall	Summe Umfrage
Loyalität	1	2	172
Normativ-ethische Einstellung	3	2	199
Glaubwürdigkeit	3	3	208
Eigenverantwortung	2	3	191
Einsatzbereitschaft	2	3	214
Selbstmanagement	3	2	193
Schöpferische Fähigkeit	1	1	123
Offenheit für Veränderungen	2	2	183
Humor	2	2	140
Hilfsbereitschaft	3	3	217
Mitarbeiterförderung	0	2	151
Delegieren	2	2	135
Lernbereitschaft	2	3	208
Ganzheitliches Denken	2	3	191
Disziplin	3	3	200
Zuverlässigkeit	3	3	231

Tabelle 16: Ergebnisse der Internetumfrage Personale Kompetenz (RS)

Im Bereich der Personalen Kompetenz wurden 8 Teilkompetenzen, was der Hälfte aller Kompetenzen dieses Bereichs der Grundkompetenzen entspricht, bei der Internetumfrage und im Zuge der Gruppenphase bei den Workshops gleich bewertet. 7 Teilkompetenzen wurden geringfügig anders bewertet. Dies erfolgte meistens durch eine generell höhere Bewertung der Einzelbewertungen. Die 3 bzw. im Falle der Personalen Kompetenzen 4, Teilkompetenzen mit der höchsten Summe der Einzelbewertungen waren *Zuverlässigkeit* (231 Punkte), *Hilfsbereitschaft* (217) und *Glaubwürdigkeit* sowie *Lernbereitschaft* mit jeweils 208. Die Teilkompetenzen mit den niedrigsten Summen waren *Schöpferische Fähigkeit* (123), *Delegieren* (135) und *Humor* (140). *Mitarbeiterförderung*, welche 151 Punkte bei der individuellen Internetumfrage erhielt, wurde dort als relevant für RS eingestuft, bei den Gruppenphasen aber überwiegend gestrichen. Dies ist, wie schon mehrfach besprochen, hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass der Fokus der PatientInnenorientierung bei der Internetumfrage zu sehr vernachlässigt wurde.

(A): Aktivitäts- und Handlungskompetenz (RS)

A - Aktivitäts- und Handlungskompetenz	Median Gruppe	Median U-Intervall	Summe Umfrage
Entscheidungsfähigkeit	2	2	197
Gestaltungswille	1	2	155
Innovationsfreudigkeit	0	2	157
Belastbarkeit	3	3	219
Tatkraft	2	2	191
Mobilität	2	2	187
Ausführungsbereitschaft	2	3	205
Initiative	2	2	190
Optimismus	2	2	176
Soziales Engagement	3	3	221
Impulsgeben	1	2	146
Schlagfertigkeit	1	2	144
Ergebnisorientiertes Handeln	3	3	199
Zielorientiertes Führen	0	2	165
Beharrlichkeit	1	2	156
Konsequenz	2	2	164

Tabelle 17: Ergebnisse der Internetumfrage Aktivitäts- und Handlungskompetenz (RS)

Bei mehr als der Hälfte der Aktivitäts- und Handlungskompetenzen, bei 9 von 16, entsprach das Bewertungsintervall zur Relevanz der jeweiligen Kompetenzen bei der Internetumfrage exakt dem der Gruppenphase. Bei 5 von 16 Teilkompetenzen gab es geringfügige Unterschiede. Diese Unterschiede waren durchwegs auf eine Höherbewertung der Einzelergebnisse der Stakeholder der Workshops zurückzuführen. Bei 2 der 16 Teilkompetenzen wurde die Teilkompetenz im Zuge der individuellen Internetumfrage als relevant für RS bewertet, in der Gruppenphase aber gestrichen. *Innovationsfreudigkeit* und *Zielorientiertes Führen* wurden als betriebswirtschaftlich orientierte Kompetenzen gesehen, die für eine kompetente PatientInnenversorgung keinerlei Relevanz besitzen. Die Top-Scores der (A)-Kompetenzen erzielten *Soziales Engagement* mit 221, *Belastbarkeit* mit 219 und *Ausführungsbereitschaft* (205). Die niedrigsten Summen der Stakeholder konnten bei *Schlagfertigkeit* (144), *Impulsgeben* (146) und *Gestaltungswille* (155) verzeichnet werden. Diese Kompetenzen sind eher für Führungspersönlichkeiten relevant als für RS im KTP-Bereich.

(S): Sozial- kommunikative Kompetenz (RS)

S - Sozial- kommunikative Kompetenz	Median Gruppe	Median U-Intervall	Summe Umfrage
Konfliktlösungsfähigkeit	2	2	196
Integrationsfähigkeit	3	3	201
Teamfähigkeit	3	3	230
Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	2	3	211
Akquisitionsstärke	0	1	99
Problemlösungsfähigkeit	2	2	193
Experimentierfreude	0	1	111
Beratungsfähigkeit	0	2	151
Kommunikationsfähigkeit	3	3	205
Kooperationsfähigkeit	3	3	205
Beziehungsmanagement	1	2	166
Anpassungsfähigkeit	2	3	192
Sprachgewandtheit	0	2	154
Verständnisbereitschaft	2	3	187
Pflichtgefühl	2	3	216
Gewissenhaftigkeit	3	3	228

Tabelle 18: Ergebnisse der Internetumfrage Sozial- kommunikative Kompetenz (RS)

Beinahe die Hälfte der (S)-Teilkompetenzen von RS, 7 von 16, wurden bei den Gruppenarbeiten gleich bewertet, wie bei der individuellen Internetumfrage. Ebenfalls 7 Teilkompetenzen wurden im Zuge der individuellen Internetumfrage jeweils höher bewertet als in der Gruppenphase, da bei der Internetumfrage der PatientInnenfokus oft nicht entsprechend beachtet wurde. Bei 2 der 16 Teilkompetenzen wurde die Teilkompetenz im Zuge der individuellen Internetumfrage als relevant für RS bewertet, in der Gruppenphase aber gestrichen. Sprachgewandtheit wurde durch andere Kompetenzen abgedeckt und als nicht sehr relevant für RS interpretiert. Unter *Beratungsfähigkeit* wurde eine betriebswirtschaftlich orientierte Kompetenz gesehen, welche für RS nicht von Bedeutung ist. Die höchst-bewerteten Teilkompetenzen der (A)-Grundkompetenz waren *Teamfähigkeit* mit 230 Punkten, *Gewissenhaftigkeit* (228) und *Pflichtgefühl* (216). Die niedrigsten Scores wiesen *Akquisitionsstärke* mit 99, *Experimentierfreude* (111) und *Beratungsfähigkeit* (151) auf.

(F): Fach- und Methodenkompetenz (RS)

F Fach- und Methodenkompetenz	Median Gruppe	Median U-Intervall	Summe Umfrage
Wissensorientierung	1	2	177
Analytische Fähigkeiten	2	2	160
Sachlichkeit	2	2	185
Beurteilungsvermögen	3	3	203
Konzeptionsstärke	0	1	124
Organisationsfähigkeit	0	2	163
Fleiss	1	2	176
Systematisch-methodisches Vorgehen	2	2	173
Projektmanagement	0	1	101
Folgebewusstsein	2	2	166
Lehrfähigkeit	0	2	147
Fachliche Anerkennung	0	2	152
Fachwissen	3	3	192
Marktkennntnis	0	1	99
Planungsverhalten	2	1	115
Fachübergreifende Kenntnisse	1	2	166

Tabelle 19: Ergebnisse der Internetumfrage Fach- und Methodenkompetenz (RS)

Bei den (F)-Teilkompetenzen von RS wurden nur 6 von 16 Teilkompetenzen bei den Gruppenbewertungen gleich wie bei der individuellen Internetumfrage bewertet. 7 Teilkompetenzen unterschieden sich zum Teil, wobei bis auf die Teilkompetenz *Planungsverhalten*, die Ergebnisse der Internetumfrage jeweils höher waren. *Planungsverhalten* wurde aber von der Gruppe als relevant für möglichst patientInnenfreundliche Krankentransporte angesehen und deswegen als relevanter erachtet als im Zuge der Internetumfrage. 3 Kompetenzen wurden in der Gruppenphase gestrichen, bei der Internetumfrage aber als bedeutsam erachtet. Bei *Organisationsfähigkeit*, *Lehrfähigkeit* und *Fachlicher Anerkennung* unterscheiden sich die Ergebnisse also stark. Die beiden erstgenannten Teilkompetenzen sind nicht unmittelbar für RS im Krankentransport relevant, wenn keine weiteren Funktionen bekleidet werden. Dies ist aber nicht Gegenstand der Arbeit. *Fachliche Anerkennung* wurde gestrichen, da RS im Bereich der Gesundheitsberufe bedingt durch das wenig umfassende Tätigkeitsfeld und die kurze Ausbildungsdauer wenig *fachliche Anerkennung* zu erwarten haben. Die (F)-Teilkompetenzen von RS mit den höchsten Summen bei der Internetumfrage waren *Beurteilungsvermögen* (203), *Fachwissen* (192) und *Sachlichkeit* mit 185.

6.10.3.7.2 NotfallsanitäterIn NKI

Auch für NKI wurden die 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas nach deren Relevanz bewertet. Bei 36 von 64 Teilkompetenzen stimmten die Ergebnisse des Medians der Gruppenphase und der Internetumfrage genau überein. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass das Tätigkeitsfeld von NKI als sehr umfangreich interpretiert wurde und die Teilkompetenzen generell mit hoher Relevanz bewertet wurden. Mit jeweils 240 Punkten waren, wie auch beim RS, *Zuverlässigkeit* und *Teamfähigkeit* jene Teilkompetenzen mit der höchsten Ausprägung der Relevanz. Hierbei sollte klar werden, dass diese beiden Kompetenzen auf jeden Fall Schlüsselkompetenzen jedes NKI sind. Nur 12 Teilkompetenzen unterschieden sich geringfügig bei den Bewertungen der Relevanz welche in der Gruppenphase und der Internetumfrage durchgeführt wurden. Bei ebenfalls 16 Kompetenzen unterschied sich das Ergebnis der Gruppenphase stark vom Untersuchungsintervall der einzelnen Stakeholder. Diese Kompetenzen stammten aber überwiegend aus dem Bereich von Organisationsbelangen, Betriebswirtschaft oder Führungskräften. Dies zeigte sich auch darin, dass 13 dieser 16 Kompetenzen in der Gruppenphase gestrichen wurden. Mit 123 Punkten war *Akquisitionsstärke* die am wenigsten relevante Teilkompetenz und ist etwa sicherlich betriebswirtschaftlichen Belangen zuzuordnen, denn NotfallpatientInnen etwa sollen nur im Falle eines Notfalles den Rettungsdienst verständigen und nicht zum Nutzen von Organisationen.

(P): Personale Kompetenz (NKI)

P - Personale Kompetenz	Median Gruppe	Median U-Intervall	Summe Umfrage
Loyalität	1	3	193
Normativ-ethische Einstellung	3	3	203
Glaubwürdigkeit	3	3	210
Eigenverantwortung	3	3	231
Einsatzbereitschaft	3	3	228
Selbstmanagement	3	3	223
Schöpferische Fähigkeit	2	2	145
Offenheit für Veränderungen	2	3	194
Humor	2	1	134
Hilfsbereitschaft	3	3	212
Mitarbeiterförderung	0	3	181
Delegieren	3	3	227
Lernbereitschaft	3	3	233
Ganzheitliches Denken	3	3	212
Disziplin	3	3	223
Zuverlässigkeit	3	3	240

Tabelle 20: Ergebnisse der Internetumfrage Personale Kompetenz (NKI)

Von den 16 Teilkompetenzen der Grundkompetenz der Personalen Kompetenz wurden 12 Teilkompetenzen, was dem Viertel aller Kompetenzen dieses Bereichs entspricht, bei der Internetumfrage und im Zuge der Gruppenphase bei den Workshops gleich bewertet. Dies bedeutet, dass die Bewertungen der (P)-Kompetenzen zwischen den Bewertungen in der Gruppe und den Einzelbewertungen sehr homogen waren. Nur zwei Teilkompetenzen wurden geringfügig anders bewertet. Zwei Kompetenzen wurden stark unterschiedlich bewertet: *MitarbeiterInnenförderung* und *Loyalität*. *Mitarbeiterförderung* wurde als Aufgabe von Führungskräften identifiziert und war für RS NKI im Dienstbetrieb nicht relevant. *Loyalität* wurde in der Gruppenphase als keine Schlüsselkompetenz interpretiert, da sich diese eher auf den Arbeitgeber als auf die jeweiligen PatientInnen bezog. Die 3 Personalen Kompetenzen mit der höchsten Summe der Einzelbewertungen waren *Zuverlässigkeit* (240 Punkte), *Lernbereitschaft* (233) und *Eigenverantwortung* (231). Die Teilkompetenzen mit den niedrigsten Summen waren *Humor* (134), *Schöpferische Fähigkeiten* (145) und *Mitarbeiterförderung* (181). *Mitarbeiterförderung* etwa wurde im Zuge der Internetumfrage als relevant für NKI, wie ebenfalls schon für RS, eingestuft, bei den Gruppenphasen aber überwiegend gestrichen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Fokus der PatientInnenorientierung erst in den Gruppenphasen für jeden Stakeholder nachvollziehbar wurde.

(A): Aktivitäts- und Handlungskompetenz (NKI)

A - Aktivitäts- und Handlungskompetenz	Median Gruppe	Median U-Intervall	Summe Umfrage
Entscheidungsfähigkeit	3	3	225
Gestaltungswille	2	2	178
Innovationsfreudigkeit	0	2	169
Belastbarkeit	3	3	228
Tatkraft	2	3	211
Mobilität	3	3	182
Ausführungsbereitschaft	3	3	218
Initiative	3	3	219
Optimismus	1	3	188
Soziales Engagement	2	3	199
Impulsgeben	2	2	176
Schlagfertigkeit	2	2	166
Ergebnisorientiertes Handeln	3	3	220
Zielorientiertes Führen	3	3	221
Beharrlichkeit	2	2	178
Konsequenz	2	3	215

Tabelle 21: Ergebnisse der Internetumfrage Aktivitäts- und Handlungskompetenz (NKI)

Wie schon bei den (P)-Teilkompetenzen, wurde auch ein Großteil, 11 von 16, der (A)-Teilkompetenzen in der Gruppenphase und bei der individuellen Internetumfrage als gleich

relevant eingestuft. Bei 3 von 16 Teilkompetenzen gab es geringfügige Unterschiede. Diese kamen durch eine Höherbewertung der Einzelergebnisse der Stakeholder der Workshops zustande. 2 der Teilkompetenzen wurden stark unterschiedlich bewertet. *Innovationsfreudigkeit* etwa wurde in den Gruppenphasen gestrichen, da das Potential innovativ agieren zu können für NKI nicht sehr groß zu sein scheint. *Optimismus* wurde ebenfalls unterschiedlich bewertet, in den Gruppenphasen erhielt es nur einen Punkt, wohingegen es im Zuge der Internetumfrage mit der Maximalbewertung von 3 interpretiert wurde. Die Stakeholder sprachen sich aber dafür aus realistisch zu sein, um vor frustranen Ereignissen besser geschützt zu sein, wonach *Optimismus* nicht unbedingt notwendig für NKI ist. Die Top-Scores der (A)-Kompetenzen erzielten *Belastbarkeit* (228), *Entscheidungsfähigkeit* (225) und *zielorientiertes Führen* mit 221. Hierbei wird ersichtlich, dass NKI auch in der Lage sein müssen Führungstätigkeiten im Team zu übernehmen. Die niedrigsten Summen der Stakeholder konnten bei *Schlagfertigkeit* (166), *Innovationsfreudigkeit* (169) und *Impulsgeben* (176) gefunden werden. Diese Kompetenzen sind eher für Personen in Führungspositionen relevant, als für NKI in der Notfallrettung.

(S): Sozial- kommunikative Kompetenz (NKI)

S - Sozial- kommunikative Kompetenz	Median Gruppe	Median U-Intervall	Summe Umfrage
Konfliktlösungsfähigkeit	2	3	212
Integrationsfähigkeit	3	3	191
Teamfähigkeit	3	3	240
Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	2	3	186
Akquisitionsstärke	0	2	123
Problemlösungsfähigkeit	3	3	218
Experimentierfreude	0	2	159
Beratungsfähigkeit	0	2	180
Kommunikationsfähigkeit	3	2	211
Kooperationsfähigkeit	3	3	212
Beziehungsmanagement	1	3	170
Anpassungsfähigkeit	3	3	194
Sprachgewandtheit	0	3	175
Verständnisbereitschaft	2	2	178
Pflichtgefühl	2	2	225
Gewissenhaftigkeit	3	3	233

Tabelle 22: Ergebnisse der Internetumfrage Sozial- kommunikative Kompetenz (NKI)

Die Hälfte der 16 (S)-Teilkompetenzen wurden bei den Gruppenarbeiten gleich bewertet, wie bei der individuellen Internetumfrage. Drei Teilkompetenzen wurden geringfügig unterschiedlich bewertet, wobei *Kommunikationsfähigkeit* in der Gruppenphase sogar als sehr relevant eingestuft wurde. Bei 4 der 5 Teilkompetenzen deren Ergebnisse sich stark

unterscheiden, waren dies Streichungen in der Gruppenphase. Nur *Beziehungsmanagement* wurde nicht gänzlich gestrichen, da es in der Notfallrettung mitunter auch relevant sein kann, Beziehungen mit anderen Akteuren oder PatientInnen zu pflegen. Die höchst-bewerteten Teilkompetenzen der (S)-Grundkompetenz waren *Teamfähigkeit* mit 240 Punkten, *Gewissenhaftigkeit* (233) und *Pflichtgefühl* mit 225. Am schlechtesten schnitten *Akquisitionsstärke* (121), *Experimentierfreude* (159) und *Beziehungsmanagement* (170) ab.

(F): Fach- und Methodenkompetenz (NKI)

F Fach- und Methodenkompetenz	Median Gruppe	Median U-Intervall	Summe Umfrage
Wissensorientierung	3	3	219
Analytische Fähigkeiten	3	3	199
Sachlichkeit	2	3	207
Beurteilungsvermögen	3	3	236
Konzeptionsstärke	0	2	168
Organisationsfähigkeit	0	3	208
Fleiss	1	2	192
Systematisch-methodisches Vorgehen	3	2	195
Projektmanagement	0	2	140
Folgebewusstsein	3	3	201
Lehrfähigkeit	0	3	199
Fachliche Anerkennung	0	3	206
Fachwissen	3	3	234
Marktkennntnis	0	2	132
Planungsverhalten	0	2	169
Fachübergreifende Kenntnisse	2	3	211

Tabelle 23: Ergebnisse der Internetumfrage Fach- und Methodenkompetenz (NKI)

Bei den (F)-Teilkompetenzen von NKI zeigte sich stark, dass in der Internetumfrage der PatientInnenfokus noch nicht sehr stark beachtet wurde und erst durch die Diskussionen in der Gruppenphase und das wiederholte Anmerken der PatientInnenorientierung, der Fokus weg von Organisations- und Systeminteressen hin zu PatientInnen, gelegt wurde. Demnach wurden nur 5 von 16 Teilkompetenzen gleich bewertet. Weitere 4 Teilkompetenzen wurden nur geringfügig different bewertet. Die restlichen 7 Teilkompetenzen unterschieden sich stark in den Ergebnissen der Gruppenphasen und der individuellen Internetumfrage. Dieser große Unterschied kam aber bei all diesen Teilkompetenzen zu Stande, weil sie im Zuge der Gruppenphase gestrichen wurden. Der PatientInnenfokus wurde bei diesen Kompetenzen nicht ausfindig gemacht, weswegen sie in der Gruppenphase gänzlich gestrichen wurden. Die höchsten Werte der Internetumfrage erzielten *Beurteilungsvermögen* (236), *Wissensorientierung* (219) und *Fachübergreifende Kenntnisse* mit 211. Am schlechtesten

schnitten *Marktkennntnis* mit 132 Punkten, *Projektmanagement* (140) und *Konzeptionsstärke* (168) ab.

6.10.3.8 *Vergleich der Ergebnisse für RS und NKI*

Die Ergebnisse der Internetumfrage zeigen deutlich, dass viele Stakeholder Teilkompetenzen als wichtig erachteten, welche wenig bis keine Relevanz für eine kompetente PatientInnenversorgung, wie in der Forschungsfrage gefordert, hatten. Durch Diskussionen in der Gruppenphase und wiederholte Anmerkungen des Forschers während der Workshops konnten aber trotzdem PatientInnen als das zentrale, zu versorgende Element einer kompetenten Versorgung durch RS und NKI ausgemacht werden.

Die Ergebnisse der Internetumfrage zeigten deutlich, dass die Ergebnisse von NKI bedeutend über jenen von RS lagen. Dies kann bei den minimalen und maximalen Summen, bei RS von 99 bis 231 Punkten, zum NKI mit 123 bis zu 240 Punkten, der Teilkompetenzen gefunden werden, wobei diese aber nicht sehr aussagekräftig sind. Deswegen wurde der Median der Ergebnisse aller Stakeholder gebildet und intervallskaliert - in die auch bei den Gruppenphasen verwendeten Intervalle. 0 Punkte entsprach einer Streichung, ein Punkt stand für „-“, 2 Punkte bedeutete „~“ und 3 Punkte „+“.

Während bei NKI 45 Teilkompetenzen mit 3 Punkten, was einer Relevanz von sehr bis äußerst entsprach, waren es bei RS nur 23 von insgesamt 64 Teilkompetenzen. Prozentual bedeutet dies, dass bei NKI 70 Prozent der Teilkompetenzen als sehr bis äußerst relevant interpretiert wurden und bei RS nur etwa 36 Prozent. Dies zeigt einerseits, dass das Tätigkeitsfeld, wie auch das Aufgabenspektrum von NKI weit umfangreicher zu sein scheint, als jenes von RS. Andererseits zeigt dies aber auch wie notwendig es ist, die von NKI zu entwickelnden Kompetenzen anhand eines Profils darstellen zu können und NKI, wie auch RS, zielgerichtet, im Sinne von PatientInnen, einsetzen zu können. Im derzeitigen System werden oft RS und NKI unisono für die gleichen Tätigkeiten in der Notfallrettung bzw. im Krankentransport eingesetzt. Die hier vorliegenden Ergebnisse der Internetumfrage zeigen schon ein erstes Bild, welches nicht zielführend ist.

Eine detaillierte Aufschlüsselung der Ergebnisse der individuellen Internetumfrage, welche mit den Ergebnissen der Gruppenphase während den einzelnen Workshops gegenübergestellt und in die vier Grundkompetenzen aufgeschlüsselt wird, erfolgt gesondert im Kapitel 6.10.3.

6.10.3.9 *Ergebnisse der Anforderungsprofile*

Im Zuge der Workshops wurden Schlüsselkompetenzen (MUST-Dos) und weitere Kompetenzen für den erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI (CAN-Dos) definiert. Als Schlüsselkompetenzen wurde festgelegt, dass für RS bzw. NKI 12-16 Kompetenzen ausgewählt werden, wie es auch bei der Erstellung von Profilen für die Humanmedizin (vgl. Heyse & Schircks, 2012) abgehandelt und von Heyse und Erpenbeck (2007:105) für den Kompetenzatlas empfohlen wurde. Grund sei, dass eine zu geringe Anzahl an Schlüsselkompetenzen ein zu undifferenziertes Ergebnis zur Folge hätten und zu viele das Wesentliche verdecken würden.

Zusätzlich wurde noch die Möglichkeit geboten, weitere Kompetenzen für den erweiterten Kompetenzatlas für SanitäterInnen zu beschreiben, um ein möglichst breites Spektrum der Anforderungen abzubilden. Diese Kompetenzen wurden durch sogenannte Meta- und Querschnittskompetenzen ergänzt, welche im Kapitel Kompetenzen genauer beschrieben und durch den Forscher bereitgestellt wurden. Diese übergeordneten Kompetenzen sind für sämtliche artverwandte Berufe allgemein gültig, mussten also nicht extra besprochen werden.

Den ersten Teil der Anforderungsprofile für RS und NKI stellen jeweils die Schlüsselkompetenzen, sogenannte MUST-Dos dar. Diese müssen von RS bzw. NKI beherrscht werden. Es werden hier jeweils 4 relevante Gesichtspunkte der Schlüsselkompetenzen beschrieben. Zuallererst werden Synonyme für die jeweilige Kompetenz aus dem für den Kompetenzatlas praktikablen Synonymatlas angeführt (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2007: 28ff.). An zweiter Stelle folgt eine Begriffsbestimmung der Termini, welche aus dem Kompetenzatlas (vgl. Erpenbeck und Heyse, 2007) stammen, die Definitionen aber aus der aktualisierten Version von 2009 zitiert wurden.. (vgl. Heyse, 2010a: 122ff.). Darauf folgt eine kurze Erläuterung zur Bedeutsamkeit der Begriffe für den Krankentransport, dies entspricht dem Profil der RS, und für die Notfallrettung, welches für NKI gilt. Diese Formulierungen entstammen zu einem großen Teil der Gruppenphase während den Workshops. Der andere Teil wurde anschließend vom Forscher auf Basis der Diskussionen während der Workshops formuliert. Um diese Formulierungen zu validieren, wurden die vorläufigen Profile den Stakeholdern in einer Evaluationsphase vorgelegt, um etwaige Änderungen vornehmen zu können. Als vierter Teil der Anforderungsprofile dienen Beispiele dazu, die jeweiligen Kompetenzen anschaulich zu beschreiben.

Den zweiten Teil der Anforderungsprofile stellen die Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI dar. Es handelt sich hierbei um sogenannte CAN-DOs, Kompetenzen, die von RS bzw. NKI beherrscht werden sollen. Beide Teile beinhalten die folgenden 4 Gesichtspunkte:

Die 4 Gesichtspunkte der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI sind:

1. Synonyme aus dem Synonymatlas (Heyse & Erpenbeck, 2007: 28ff.)
2. Lexikalische Erläuterungen (Heyse, 2010a: 122ff.)
3. Untersetzung des Kompetenzbegriffes mit Relevanz für RS und NKI und Bedeutung für RS (KTP) und NKI (NFR) im Österreichischen Rettungsdienst
4. Beispiele aus dem Rettungsdienst-Alltag

Diese vier Gesichtspunkte wurden sowohl für die Schlüsselkompetenzen, als auch für den erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI beschrieben.

6.10.4 Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RettungssanitäterInnen in Österreich

In Summe beinhaltet das KOAP für RS in Österreich 15 Schlüsselkompetenzen, sogenannte MUST-Dos, welche zwingend für eine kompetente PatientInnenversorgung beherrscht werden müssen. Zusätzlich umfassen die Anforderungsprofile auch noch den erweiterten Kompetenzatlas für RS, in welchem 17 CAN-Dos, Kompetenzen, welche für eine kompetente PatientInnenversorgung gekannt werden sollen, beschrieben werden. Insgesamt umfasst das KOAP für RS in Österreich also 32 Teilkompetenzen aus dem 64 Kompetenzen

	Summe
Schlüsselkompetenzen RS (n)	15
Erweiterter Kompetenzatlas RS (n)	17
Kompetenzen im Profil für RS (n)	32
Teilkompetenzen RS (n)	64
Nicht relevant RS (n)	32

umfassenden Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007).

Tabelle 24: Übersicht Anzahl der Kompetenzen im Profil für RS

32 Kompetenzen, also genau die Hälfte aller möglichen Teilkompetenzen, wurden demnach gestrichen oder als nicht dermaßen relevant erachtet, als dass diese in den Anforderungsprofilen beschrieben werden mussten. Zu den 32 Teilkompetenzen für RS müssen aber auch noch bereits zuvor definierte Metakompetenzen und Querschnittskompetenzen von RS beherrscht werden, siehe Kapitel 9.2.3 und 9.2.4.

Als nächster Schritt werden die 32 Teilkompetenzen, 15 MUST-Dos und 17 CAN-Dos, den vier Grund- oder Basiskompetenzen zugeordnet und gesondert besprochen. Es wird kurz

darauf eingegangen, aus welchen Gründen die StakeholderInnen der Workshops sich für die einzelnen Kompetenzen entschieden haben. Es erfolgt allerdings keine detaillierte Beschreibung für die einzelnen Workshops oder StakeholderInnen, sondern lediglich eine kurze Zusammenfassung pro Kompetenz. Grund hierfür ist, dass die Profile auch Beispiele aus dem RD Alltag und Kompetenzbeschreibungen enthalten, die den Entscheidungsprozess gut widerspiegeln. In diesem Schritt wird auch kurz darauf eingegangen, warum die restlichen Kompetenzen nicht in das Kompetenzprofil für RS aufgenommen wurden.

Die einzelnen Teilkompetenzen werden jeweils pro Grundkompetenz mit allen 16 Teilkompetenzen abgebildet. Grau unterlegte Felder, die eine Teilkompetenz enthalten, bedeuten, dass diese Kompetenz als nicht relevant für das Profil interpretiert wurde. Grüne Felder mit enthaltener Teilkompetenz bedeuten, dass es sich hierbei um eine Schlüsselkompetenz (MUST-Do) für das Profil handelt. Handelt es sich um ein gelbes Feld, so ist die Teilkompetenz Teil des erweiterten Kompetenzatlas für RS. Unter den Feldern in grau, grün und gelb können noch jeweils fünf weitere Kästchen in grün, gelb, rot oder schwarz gefunden werden. Grün bedeutet, dass dieses Kästchen beim jeweiligen Workshop mit „+“ bewertet und als sehr relevant eingestuft wurde. Ein gelbes Kästchen weist darauf hin, dass die Teilkompetenz beim jeweiligen Workshop mit „~“ bewertet wurde. Dies bedeutet, dass die jeweilige Teilkompetenz für RS bedeutsam war. Ein rotes Kästchen verweist darauf, dass die Teilkompetenz beim Workshop als weniger relevant interpretiert wurde. Ein schwarzes Kästchen zeigt auf, dass diese Teilkompetenz gestrichen und für irrelevant für die PatientInnenversorgung von RS erachtet wurde.

6.10.4.1.1 (P) – Personale Kompetenz RS

Fünf der Teilkompetenzen des Kompetenzatlas aus den 16 möglichen Teilkompetenzen der Personalen Kompetenz wurden als Schlüsselkompetenzen für das KOAP für RS ausgewählt. Normativ-ethische Einstellung, Glaubwürdigkeit, Hilfsbereitschaft, Disziplin und Zuverlässigkeit wurden demnach in den Workshops als Schlüsselkompetenzen für RS interpretiert. 6 weitere Teilkompetenzen wurden dem erweiterten Kompetenzatlas für RS zugeschrieben: Einsatzbereitschaft, Selbstmanagement, Eigenverantwortung, Humor, Lernbereitschaft und Ganzheitliches Denken. Mit 11 von 16 möglichen Teilkompetenzen, welche dem Anforderungsprofil für RS zugeordnet wurden, stellen die Personalen Kompetenzen jene Grundkompetenz mit den meisten Teilkompetenzen im

Anforderungsprofil für RS dar. Die restlichen Teilkompetenzen wurden als nicht relevant für das Anforderungsprofil von RS betrachtet. Folgend werden Gründe für die Auswahl oder Streichung der Teilkompetenzen für das KOAP für RS in Ö genannt.

P Personale Kompetenz - Rettungssanitäter															
Loyalität				Normativ-ethische Einstellung				Einsatzbereitschaft				Selbstmanagement			
P				P/A				P/A				P/A			
Glaubwürdigkeit				Eigenverantwortung				Schöpferische Fähigkeit				Offenheit für Veränderung			
Humor				Hilfsbereitschaft				Lernbereitschaft				Ganzheitliches Denken			
P/S				P/S				P/F				P/F			
Mitarbeiterförderung				Delegieren				Disziplin				Zuverlässigkeit			

Abbildung 48: Personale Kompetenzen RS

(P) – Schlüsselkompetenzen für RS

Normativ-ethische Einstellungen wurden als essenziell für RS interpretiert, da PatientInnen gemäß der gesellschaftlichen- und medizinischen Vorgaben versorgt werden müssen und jeweils als Individuum gesehen und respektiert werden müssen.

Ohne *Glaubwürdigkeit* würden PatientInnen keine Vertrauensbasis zu RS aufbauen können und die Abhandlung von Krankentransporten würde darunter leiden.

RS müssen über eine solidarische und soziale Grundhaltung verfügen, welche sich oft als *Hilfsbereitschaft* PatientInnen und Angehörigen gegenüber äußert.

Korrektheit im Umgang mit PatientInnen ist für den Krankentransport überaus relevant, deshalb wurde *Disziplin* auch als Schlüsselkompetenz auserkoren.

RS welchen ein hohes Maß an *Zuverlässigkeit* fehlt, können im Dienstbetrieb nicht bestehen, da unterschiedliche Aufgaben übernommen und teilweise selbstorganisiert abgehandelt werden müssen.

(P) – Erweiterter Kompetenzatlas für RS

<p><i>Einsatzbereitschaft</i> sollte für RS im Dienst stets gegeben sein, um Transporte und auftretende Akutsituationen mit einem gewissen Maß an Willen und Motivation abhandeln zu wollen.</p>
<p>Ohne selbst Verantwortung übernehmen zu müssen und Teile des jeweiligen Dienstes und Einsatzgebietes mitgestalten zu können, wären viele Krankentransporte undenkbar. Aus diesem Grund ist <i>Selbstmanagement</i> für RS als wichtig einzustufen.</p>
<p>Ein gewisses Maß an Eigenständigkeit und <i>Eigenverantwortung</i> an den Tag legen zu dürfen, soll einem RS im RD ermöglicht werden, um PatientInnen kompetent zu versorgen und nicht nur transportieren zu können.</p>
<p>Ohne <i>Humor</i> und Freundlichkeit wären viele Transporte für PatientInnen noch viel belastender, da viele von ihnen ohnehin durch schwere Krankheiten belastet sind.</p>
<p>Wissen zu vertiefen soll auch für RS zur persönlichen Einstellungen gehören, weswegen <i>Lernbereitschaft</i> für eine möglichst kompetente und aktuelle PatientInnenversorgung relevant ist.</p>
<p>RS sollten in der Lage sein die medizinischen, ökonomischen, juristischen, ethischen, politischen und ästhetischen Aspekte ihrer Arbeit in den RD Alltag einzubeziehen, weswegen <i>ganzheitliches Denken</i> für RS relevant ist.</p>

(P) – Streichungen Anforderungsprofil für RS

<p><i>Loyalität</i> bezieht sich in der Interpretation mehr auf den Arbeitsgeber, bzw. die jeweilige HiOrg, was für die Forschungsfrage – einer kompetenten PatientInnenversorgung gänzlich irrelevant ist. Aspekte, welche Loyalität nahekommen und sich auf PatientInnen beziehen, wurden in anderen Kompetenzen aufgegriffen.</p>
<p>RS müssen, wie erwähnt, zwar eigenständig tätig werden, der Rahmen, in dem die Entwicklung <i>schöpferischer Fähigkeiten</i> für eine kompetente PatientInnenversorgung im Basic Life Support (BLS) Bereich aber möglich ist, ist allerdings sehr begrenzt. Deshalb wurden diese Kompetenz zugunsten der Aufnahme von anderen Teilkompetenzen in das Anforderungsprofil verworfen.</p>

Offenheit für Veränderung wurde auf Grund der Nähe zur Einsatzbereitschaft und dem geringen Rahmen der selbstorganisierten Veränderungen nicht ins Profil aufgenommen.

Mitarbeiterförderung ist ein betriebswirtschaftlicher Terminus, welcher für RS zur PatientInnenversorgung gänzlich irrelevant ist.

Delegieren wurde für RS als wenig relevant eingestuft, da vor allem in interdisziplinären Teams RS wenige Möglichkeiten haben Tätigkeiten zu delegieren und im Bereich des Krankentransportes meistens nicht Zeit das oberste Gebot darstellt, Tätigkeiten zu delegieren. Diese Maßnahmen können innerhalb des KTW Teams kurz abgesprochen und danach gemeinsam durchgeführt werden.

6.10.4.1.2 (A)-Aktivitäts- und Handlungskompetenz RS

3 der Teilkompetenzen des Kompetenzatlas aus den 16 möglichen Teilkompetenzen der Aktivitäts- und Handlungskompetenz konnten als Schlüsselkompetenzen für das KOAP für RS ausgewählt werden. Belastbarkeit, Soziales Engagement und Ergebnisorientiertes Handeln wurden als Schlüsselkompetenzen für RS definiert. 4 weitere Teilkompetenzen wurden dem erweiterten Kompetenzatlas für RS zugeschrieben: Mobilität, Ausführungsbereitschaft, Initiative und Konsequenz. Mit 7 von 16 möglichen Teilkompetenzen wurde beinahe die Hälfte der Aktivitäts- und Handlungskompetenzen des Kompetenzatlas als relevant für RS interpretiert. Im Anschluss an die Übersichtsgrafik werden Gründe für die Auswahl- oder Streichung der Teilkompetenzen für das KOAP für RS in Österreich genannt.

A Aktivitäts- und Handlungskompetenz - Rettungsanitäter			
Entscheidungsfähigkeit	Gestaltungswille	Tatkraft	Mobilität
A/P		A	
Innovationsfreudigkeit	Belastbarkeit	Ausführungsbereitschaft	Initiative
Optimismus	Soziales Engagement	Ergebnisorientiertes Handeln	Zielorientiertes Führen
A/S		A/F	
Impulsgeben	Schlagfertigkeit	Beharrlichkeit	Konsequenz

Abbildung 49: Aktivitäts- und Handlungskompetenzen RS

(A) – Schlüsselkompetenzen für RS

Im Rettungsdienst lernen viele RS ihre körperlichen und psychischen Grenzen kennen, weswegen *Belastbarkeit* unabdingbar ist.

Für Personal im Krankentransport ist *Soziales Engagement* essenziell. Im Vergleich zur Notfallrettung ist es eher möglich das soziale Umfeld von PatientInnen positiv zu beeinflussen, da mitunter DauerpatientInnen transportiert werden.

Jegliche Handlung im Rettungsdienst ist auf das Ziel der kompetenten PatientInnenversorgung ausgerichtet, was auch einen angenehmen Krankentransport bedeuten kann. Aus diesem Grund ist *Ergebnisorientiertes Handeln* wesentlich für RS.

(A) – Erweiterter Kompetenzatlas für RS

Ein RS soll in jeglichen Situationen des RD Alltages flexibel agieren können, womit *Mobilität* eine wichtige Teilkompetenz für RS darstellt.

Ohne ein gewisses Maß an *Ausführungsbereitschaft* wäre es schwer möglich Krankentransporte patientInnengerecht abwickeln zu können, da mitunter Versorgungsrichtlinien und Lehrmeinungen in die Abwicklung einbezogen werden müssen.

RS sollen innerhalb einer kurzen Zeit Entscheidungen zum Wohle von PatientInnen treffen können, weswegen *Initiative* zu zeigen eine Anforderung an RS darstellt.

Im Dienstalltag werden an RS auch schwierige Aufgaben gestellt, welche mit einem gewissen Maß an *Konsequenz* gelöst werden sollen.

(A) – Streichungen Anforderungsprofil für RS

Entscheidungsfähigkeit für RS überschneidet sich zum Teil mit anderen Begriffen und der Rahmen, in dem Entscheidungen getroffen werden müssen, ist eher gering, weswegen diese Teilkompetenz aus dem Anforderungsprofil gestrichen wurde.

Für RS ist es relativ schwierig Situationen für PatientInnen zu gestalten. Die Kompetenz Situationen positiv zu beeinflussen, vor allem aus sozialer Sicht, wurde bereits mit dem Sozialen Engagement in das Anforderungsprofil aufgenommen und *Gestaltungswille* gestrichen.

Durchsetzungsfähigkeiten sind für RS nicht von großer Bedeutung, obwohl auch PatientInnen von einer Lagerung oder von der Notwendigkeit für einen Transport überzeugt werden sollen. Aspekte dieser Kompetenz können aber auch in anderen Teilkompetenzen gefunden werden, weswegen *Tatkraft* für RS nicht in das Anforderungsprofil aufgenommen wurde.

Die Möglichkeiten für RS Innovationen bei der Versorgung von PatientInnen einführen zu können, sind sehr beschränkt, weswegen *Innovationsfreudigkeit* nicht für alle RS von Bedeutung ist.

Ziel-orientiertes Führen bezieht sich eher auf Führungskräfte als auf RS im RD, weswegen auf diese Teilkompetenz nicht Bezug genommen wurde.

Optimismus kann zwar als Stütze einer positiven Einstellung zum Leben gesehen werden, im Dienstbetrieb gibt es allerdings des Öfteren frustrane Erlebnisse, von denen man sich nicht negativ beeinflussen lassen darf, aber realistisch bleiben sollte. Diese Teilkompetenz wurde daher für RS gestrichen.

Handlungsanregungen zu geben bzw. *Impulsgeben* ist für Führungskräfte, LehrsanitäterInnen oder PraxisanleiterInnen von Relevanz, für RS im Krankentransportdienst aber nicht unmittelbar eine Anforderung.

Während Humor in das Anforderungsprofil aufgenommen wurde, wurde *Schlagfertigkeit* nicht als relevant für RS erachtet. Sprachliche Grundkompetenzen

sind aber natürlich weiterhin eine Grundvoraussetzung für die Arbeit mit PatientInnen, RS müssen aber nicht über die Maßen hinaus eloquent sein.

Beharrlichkeit wurde nicht als Teilkompetenz in das Anforderungsprofil für RS aufgenommen, da die benötigten Aspekte der Kompetenz schon im Zuge von Belastbarkeit abgedeckt wurden.

6.10.4.1.3 (S)- Sozial-kommunikative Kompetenz RS

5 der 16 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas der Sozial-kommunikativen Kompetenz wurden als Schlüsselkompetenzen für das KOAP für RS selektiert. Integrationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit und Gewissenhaftigkeit wurden als Schlüsselkompetenzen für RS festgelegt. 4 sozial-kommunikative Teilkompetenzen wurden dem erweiterten Kompetenzatlas für RS zugeschrieben: Dialogfähigkeit/Kundenorientierung, Verständnisbereitschaft, Anpassungsfähigkeit und Pflichtgefühl. Mit 9 von 16 möglichen Teilkompetenzen sind mehr als die Hälfte aller möglichen sozial-kommunikativen Kompetenzen für RS relevant. Im Folgenden werden, wie schon für die beiden Kompetenzbereiche zuvor, Gründe für die Auswahl- oder Streichung der Teilkompetenzen für das KOAP für RS in Ö beschrieben.

S Sozial-kommunikative Kompetenz - Rettungssanitäter															
Konfliktlösungs-fähigkeit				Integrations-fähigkeit				Akquisitionsstärke				Problemlösungs-fähigkeit			
S/P				S/A											
Teamfähigkeit				Dialogfähigkeit, Kunden-orientierung				Experimentier-freude				Beratungsfähigkeit			
Kommunikations-fähigkeit				Kooperations-fähigkeit				Sprachgewandtheit				Verständnis-bereitschaft			
S				S/F											
Beziehungs-management				Anpassungs-fähigkeit				Pflichtgefühl				Gewissenhaftigkeit			

Abbildung 50: Sozial- kommunikative Kompetenzen RS

(S) – Schlüsselkompetenzen für RS

RS müssen sich in Sanitäts- sowie auch Interdisziplinären Teams einbinden können und ihre Aufgaben kennen. Aus diesen Gründen ist *Integrationsfähigkeit* essenziell für RS im Ö-RD.

Teamfähigkeit ist vor allem im Bezug auf die Besatzung, etwa eines KTW, von größter Bedeutung. Entscheidungen können somit im Team getroffen und Einsätze zusammen abgewickelt werden.

Um Abläufe im RD, wie etwa Behandlungsvorgänge oder Transporte, zu optimieren, ist es notwendig mit PatientInnen, KollegInnen oder anderen AkteurInnen kommunizieren zu können, weswegen *Kommunikationsfähigkeit* eine relevante sozial-kommunikative Teilkompetenz darstellt.

PatientInnen in den Transportverlauf einzubinden oder Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im RD sind wichtige Komponenten im RD, weswegen *Kooperationsfähigkeit* für RS unentbehrlich ist.

Sorgfalt und *Gewissenhaftigkeit* im Umgang mit PatientInnen, Material, Einsatzmitteln oder der Abhandlung von Einsätzen sind für RS unabdingbar.

(S) – Erweiterter Kompetenzatlas für RS

PatientInnen sind auch Kunden, weswegen RS im Zuge von Krankentransporten eine möglichst für PatientInnen angenehme Dienstleistung erbringen sollen und auch die notwendigen Unterlagen für eine Übergabe in eine Krankenanstalt vorbereitet und kontrolliert werden müssen, um eine schnelle und gezielte Aufnahme oder Behandlung von PatientInnen zu ermöglichen. *Dialogfähigkeit und Kundenorientierung* sind deshalb für RS relevant.

PatientInnen befinden sich oft in sozialen, psychischen oder physischen Ausnahmesituationen. RS sollen daher *Verständnisbereitschaft* zeigen, ihre Position bei Bedarf aber auch kommunizieren können.

Durch ständig wechselnde Situationen im RD ist es notwendig, ein gewisses Maß an *Anpassungsfähigkeit* mit in den RD-Alltag zu bringen.

Pflichtgefühl, wurde trotz Nähe zu *Gewissenhaftigkeit* als Teilkompetenz in den erweiterten Kompetenzatlas RS aufgenommen, da auch Normen und Werte der Gesellschaft, sowie deren Einhaltung für RS relevant sind.

(S) – Streichungen Anforderungsprofil für RS

<p>Diplomatie und <i>Konfliktlösungsfähigkeit</i> sind zwar Kompetenzen, welche für jeden, nicht nur Personal im RD relevant sein können, wurden aber auf Grund der vielen anderen Kompetenzen für RS nicht ins Profil aufgenommen.</p>
<p><i>Akquisitionsstärke</i> zählt definitiv nicht zu den Aufgaben eines RS in der PatientInnenversorgung. PatientInnen sind zwar KundenInnen, fordern aber nur bei Bedarf SanitäterInnen an – müssen also nicht angeworben werden.</p>
<p>Probleme zu lösen stellt zwar eine wichtige Aufgabe vieler Einsatzsituationen dar, für RS steht aber die PatientInnenversorgung im Vordergrund, was durch mehrere anderen Teilkompetenzen bereits abgebildet wird. Eine Eingliederung von <i>Problemlösungsfähigkeit</i> in das Anforderungsprofil für RS ist daher nicht notwendig.</p>
<p><i>Experimentierfreude</i> ist für RS keine relevante Teilkompetenz, da bei der PatientInnenversorgung Leitlinien, Lehrmeinungen, SOPs und auch Erfahrungen aus der Praxis relevant sind. Bei der PatientInnenversorgung zu experimentieren ist daher grundsätzlich nicht zielführend – Flexibilität, als Mobilität im Anforderungsprofil abgebildet, wie bereits besprochen, kann mitunter in vielen Einsatzsituationen aber hilfreich sein.</p>
<p>Beratungsfähigkeit ist eher für Personalführung in Firmen oder bei Entscheidungsfindungen zur Behandlung von PatientInnen im Krankenhaus relevant, als für den Einsatz im RD.</p>
<p>Ähnlich wie Schlagfertigkeit ist <i>Sprachgewandtheit</i> keine Teilkompetenz, die unbedingt von RS beherrscht werden muss. Daher wurde dies nicht in das Anforderungsprofil für RS aufgenommen. Sprachliche Grundkompetenzen und rettungsdienstlicher Wortschatz sind trotzdem, natürlich auch für SanitäterInnen, relevant – Kommunikation mit PatientInnen und anderen Personen in und rund um den RD muss natürlich gewährleistet sein.</p>
<p><i>Beziehungsmanagement</i> stellt zwar eine wichtige Komponente im Alltagsleben dar, ist aber für die PatientInnenversorgung unmittelbar nicht sehrbedeutsam. Handelt es sich dabei um DauerpatientInnen kann diese Kompetenz schon von größerer Relevanz sein, wurde aber auf Grund der Beschränktheit des Einsatzes für RS nicht in das Anforderungsprofil aufgenommen.</p>

6.10.4.1.4 (F)- Fach- und Methodenkompetenz RS

Vor allem Fachkompetenzen werden in medizinischen Disziplinen als oberstes Ziel interpretiert. Mittlerweile hat sich aber herausgestellt, dass diese zwar wichtig sind, aber nicht alleine ausreichen, um PatientInnen kompetent versorgen zu können. Im Anforderungsprofil für RS wurden nur 2 Teilkompetenzen der Fach- und Methodenkompetenzen als Schlüsselkompetenzen interpretiert: Beurteilungsvermögen und Fachwissen.

3 Teilkompetenzen der Fach- und Methodenkompetenz wurden dem erweiterten Kompetenzatlas für RS zugeschrieben: Sachlichkeit, Folgebewusstsein und systematisch-methodisches Vorgehen. Das bedeutet, dass innerhalb dieser Grundkompetenz lediglich 5 von 16 möglichen Teilkompetenzen als relevant für das Anforderungsprofil für RS eingestuft wurden. Die Anzahl der Teilkompetenzen pro Grundkompetenz ist damit die geringste aller 4 Grundkompetenzen. Dies bedeutet aber nicht, dass Fach- und Methodenkompetenzen deswegen weniger wichtig sind. Die Anzahl der relevanten Kompetenzen ist geringer, die jeweiligen Kompetenzen stellen aber nach wie vor Schlüsselkompetenzen bzw. Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS dar. Die Gründe für die 11 gestrichelten Teilkompetenzen werden folgend beschrieben, wie auch jene für die Aufnahme der Kompetenzen in das Anforderungsprofil für RS.

F Fach- und Methodenkompetenz - Rettungsanitäter															
Wissens-orientierung				Analytische Fähigkeiten				Konzeptionsstärke				Organisations-fähigkeit			
F/P				F/A											
Sachlichkeit				Beurteilungs-vermögen				Fleiß				Systematisch-methodisches Vorgehen			
Projektmanagement				Folgebewusstsein				Fachwissen				Marktkennntnis			
F/S				F											
Lehrfähigkeit				Fachliche Anerkennung				Planungsverhalten				Fachübergreifende Kenntnisse			

Abbildung 51: Fach- und Methodenkompetenzen RS

(F) – Schlüsselkompetenzen für RS

Erfahrung und Urteilsvermögen tragen dazu bei den jeweiligen PatientInnenkontakt gekonnt einschätzen zu können, um eine kompetente Versorgung durchführen zu können bzw. bei Bedarf Hilfe anzufordern. Aus diesen Gründen stellt das *Beurteilungsvermögen* eine wichtige Kompetenz aller RS dar.

Ohne *Fachwissen* wäre es undenkbar Krankentransporte und andere Einsätze im RD gekonnt abwickeln zu können. Wissen über relevante Themen, Lehrmeinungen, Algorithmen, SOPs und Berufserfahrung sind für RS unbedingt notwendig.

(F) – Erweiterter Kompetenzatlas für RS

RS dürfen sich in heiklen Situationen des RD Alltages nicht von Emotionen leiten lassen, sondern sollen die jeweilige Situation mit einem hohen Maß an *Sachlichkeit* abhandeln können.

Jegliche PatientInnenversorgung und Abwicklung von Einsätzen soll strukturiert erfolgen, weswegen *systematisch-methodisches Vorgehen* für RS relevant ist.

Ohne die Existenz einer Problemkenntnis im Einsatz würden RS die Auswirkungen ihrer Tätigkeiten nicht einschätzen können, was negative Auswirkungen auf PatientInnen mit sich bringen könnte. Aus diesem Grund sollte *Folgebewusstsein* bei RS ausgeprägt sein.

(F) – Streichungen Anforderungsprofil für RS

Wissensorientierung wurde für RS gestrichen, da dies als Allgemeinbildung interpretiert werden kann und in den Metakompetenzen enthalten ist, welche für RS notwendig sind.

Analytische Fähigkeiten sind für RS grundsätzlich relevant, daher sind auch Querschnitte zu anderen Kompetenzen des Anforderungsprofiles klar erkennbar. Synonyme wie Exaktheit oder Präzision ist für RS im RD Alltag allerdings nicht sehr oft von Relevanz, weswegen *Analytische Fähigkeiten* für RS gestrichen wurden.

Konzeptionsstärke ist für RS insofern nicht relevant, da im Krankentransportwesen keine Programme oder Projekte durch RS im Dienst konzeptioniert werden müssen. Dies erfolgt eher in der Führungsinstanz.

<p>Auch <i>Organisationsfähigkeit</i> ist eher eine Kompetenz, die Führungskräften zugeschrieben werden sollte und nicht von RS zur PatientInnenversorgung verlangt wird. Flexibilität etwa, welches Parallelen aufweist, ist aber weiterhin von RS gefordert und wird auch durch andere Kompetenzen des Anforderungsprofils abgedeckt.</p>
<p>Grundsätzlich stellt <i>Fleiß</i> eine Kompetenz dar, die für den Arbeitgeber sicherlich wertvoll ist. Ob PatientInnen unmittelbar vom Fleiß des RS profitieren, wurde im Zuge der Workshops aber angezweifelt, weswegen diese Kompetenz als nicht relevant für das Anforderungsprofil erachtet wurde.</p>
<p><i>Projektmanagement</i> ist definitiv keine Kompetenz, die für RS für die PatientInnenversorgung notwendig ist.</p>
<p><i>Marktkennntnis</i> ist eine weitere Teilkompetenz, die zwar für marktwirtschaftliche Interessen von Belang sein kann, nicht aber für RS im RD, deren Kernaufgabe eine kompetente PatientInnenversorgung ist.</p>
<p><i>Lehrfähigkeit</i> ist auch im Rettungsdienst relevant. Dies gilt aber weniger für RS, die sich im normalen Dienstbetrieb befinden. LehrsanitäterInnen oder PraxisanleiterInnen müssen sehr wohl über Lehrfähigkeit verfügen.</p>
<p>Die Möglichkeit als RS <i>fachliche Anerkennung</i> zu bekommen, ist auf Grund des überschaubaren Aufgabenspektrums relativ gering. Deswegen wurde diese Teilkompetenz nicht als relevant erachtet.</p>
<p>Controlling, Planung oder Kalkulationen sind für RS im Dienstbetrieb nicht relevant, weshalb <i>Planungsverhalten</i> auch nicht in das Anforderungsprofil für RS aufgenommen wurde.</p>
<p>Obwohl die Komplexität mancher Tätigkeiten im RD Wissen erfordert, welches über das Maß von sanitätsdienstlichen Tätigkeiten hinausgeht und unter anderem auch soziale oder politische Aspekte miteinbezieht, muss dieses Wissen im Krankentransport nicht sehr häufig eingesetzt werden. Für RS sind <i>fachübergreifende Kenntnisse</i> daher wenig relevant.</p>

Im Anschluss an die vorhergehenden Erklärungen findet sich noch eine Übersicht über die 4 Grundkompetenzen und jeweiligen Schlüsselkompetenzen bzw. Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS sowie die Anzahl der gestrichenen Teilkompetenzen.

RettungssanitäterIn			
P: Personale Kompetenz		A: Aktivitäts- und Handlungskompetenz	
Teilkompetenz	Profil	Teilkompetenz	Profil
Normativ-ethische Einstellung	MUST-Do	Belastbarkeit	MUST-Do
Glaubwürdigkeit	MUST-Do	Soziales Engagement	MUST-Do
Hilfsbereitschaft	MUST-Do	Ergebnisorientiertes Handeln	MUST-Do
Disziplin	MUST-Do	Mobilität	Can-Do
Zuverlässigkeit	MUST-Do	Ausführungsbereitschaft	Can-Do
Einsatzbereitschaft	Can-Do	Initiative	Can-Do
Selbstmanagement	Can-Do	Konsequenz	Can-Do
Eigenverantwortung	Can-Do		
Humor	Can-Do		
Lernbereitschaft	Can-Do		
Ganzheitliches Denken	Can-Do		
Schlüsselkompetenzen P RS (n)	5	Schlüsselkompetenzen A RS (n)	3
Erweiterter Kompetenzatlas P RS (n)	6	Erweiterter Kompetenzatlas A RS (n)	4
Teilkompetenzen P RS (n)	16	Teilkompetenzen A RS (n)	16
Nicht relevant P RS (n)	5	Nicht relevant A RS (n)	9

RettungssanitäterIn			
S: Sozial-kommunikative Kompetenz		F: Fach- und Methodenkompetenz	
Teilkompetenz	Profil	Teilkompetenz	Profil
Integrationsfähigkeit	MUST-Do	Beurteilungsvermögen	MUST-Do
Teamfähigkeit	MUST-Do	Fachwissen	MUST-Do
Kommunikationsfähigkeit	MUST-Do	Sachlichkeit	Can-Do
Kooperationsfähigkeit	MUST-Do	Systematisch-methodisches Vorgehen	Can-Do
Gewissenhaftigkeit	MUST-Do	Folgebewusstsein	Can-Do
Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	Can-Do		
Verständnisbereitschaft	Can-Do		
Pflichtgefühl	Can-Do		
Anpassungsfähigkeit	Can-Do		
Schlüsselkompetenzen S RS (n)	5	Schlüsselkompetenzen F RS (n)	2
Erweiterter Kompetenzatlas S RS (n)	4	Erweiterter Kompetenzatlas F RS (n)	3
Teilkompetenzen S RS (n)	16	Teilkompetenzen F RS (n)	16
Nicht relevant S RS (n)	7	Nicht relevant F RS (n)	11

Tabelle 25: Übersicht der Kompetenzen von RS

Das Anforderungsprofil für RS im Ö-RD beinhaltet 15 Schlüsselkompetenzen und 17 weitere Teilkompetenzen im erweiterten Kompetenzatlas für RS. Vor allem die Anzahl der Schlüsselkompetenzen der Personal- und Sozial-kommunikativen Kompetenzen ist bemerkenswert hoch. Einige Teilkompetenzen aus den beiden Grundkompetenzen sind demnach sehr relevant für RS. Im erweiterten Kompetenzatlas wurden Fach- und Methodenkompetenzen in geringerer Anzahl in das Anforderungsprofil für RS aufgenommen, was aber nicht bedeutet, dass die Wichtigkeit dieser Kompetenzen geringer ist. Einzig die

Anzahl der Teilkompetenzen dieser Grundkompetenz ist nicht so zahlreich im Anforderungsprofil für RS.

6.10.5 Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NotfallsanitäterInnen NKI in Österreich

Während für das KOAP für RS 32 Teilkompetenzen beschrieben wurden, sind es beim Profil für NKI 36. Der Unterschied umfasst eine Schlüsselkompetenz und 3 Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas. Die Kompetenzen sind aber zum Teil recht unterschiedlich, was später noch beschrieben wird.

In Summe gesehen umfasst das KOAP für NKI in Österreich 16 Schlüsselkompetenzen, sogenannte MUST-Dos, welche essenziell für eine kompetente PatientInnenversorgung in der Notfallrettung sind und beherrscht werden müssen. Zusätzlich umfassen die Anforderungsprofile für NKI auch noch den erweiterten Kompetenzatlas, in welchem 20 CAN-Dos, Kompetenzen, welche für eine kompetente PatientInnenversorgung im Notfallrettungsdienst gekannt werden sollen, beschrieben werden. Insgesamt besteht das

	Summe
Schlüsselkompetenzen NKI (n)	16
Erweiterter Kompetenzatlas NKI (n)	20
Kompetenzen im Profil für RS (n)	36
Teilkompetenzen NKI (n)	64
Nicht relevant NKI (n)	28

KOAP für NKI in Österreich also aus 36 Teilkompetenzen aus dem 64 Kompetenzen umfassenden Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007).

Tabelle 26: Übersicht Anzahl der Kompetenzen im Profil für NKI

28 Kompetenzen wurden demzufolge gestrichen oder als weniger bzw. nicht relevant für NKI erachtet. Zu den 36 für NKI relevanten Teilkompetenzen müssen aber auch noch bereits zuvor definierte Metakompetenzen und Querschnittskompetenzen beherrscht werden, siehe dazu Kapitel 9.1.3 und 9.1.4.

Als nächster Schritt werden die 36 Teilkompetenzen, 16 MUST-Dos und 20 CAN-Dos, den 4 Grund- oder Basiskompetenzen zugeordnet und gesondert besprochen. Anschließend erfolgt eine kurze Erklärung dazu, warum die Stakeholder der Workshops sich für die einzelnen Kompetenzen entschieden haben. Eine detaillierte Beschreibung zu den einzelnen Workshops erfolgt nicht, es wird lediglich eine kurze Zusammenfassung pro Kompetenz beschrieben, da die jeweiligen Anforderungsprofile Beispiele und Kompetenzbeschreibungen beinhalten, die den Entscheidungsprozess, warum eine Kompetenz als relevant erachtet wurde, beschreiben. Anschließend werden jene Gründe,

welche dafür ausschlaggebend waren, warum gewisse Teilkompetenzen nicht im Anforderungsprofil für NKI enthalten sind, genannt.

Die einzelnen Teilkompetenzen werden jeweils pro Grundkompetenz mit allen 16 Teilkompetenzen in einem Rechteck abgebildet. Grau unterlegte Felder, die eine Teilkompetenz enthalten, bedeuten, dass diese Kompetenz als nicht relevant für das Profil für NKI interpretiert wurde. Grüne Felder mit enthaltener Teilkompetenz bedeuten, dass es sich hierbei um eine Schlüsselkompetenz (MUST-Do) für das Profil handelt. Handelt es sich um ein gelbes Feld, so ist die Teilkompetenz Teil des erweiterten Kompetenzatlas für NKI. Unter den Feldern mit den jeweiligen Teilkompetenzen in grau, grün und gelb können noch jeweils 5 weitere Kästchen in grün, gelb, rot oder schwarz gefunden werden. Grün bedeutet, dass diese Teilkompetenz beim jeweiligen Workshop mit „+“ bewertet und als sehr relevant eingestuft wurde. Ein gelbes Kästchen weist darauf hin, dass die Teilkompetenz beim jeweiligen Workshop mit „~“ bewertet wurde. Dies bedeutet, dass die jeweilige Teilkompetenz für NKI durchaus bedeutsam war. Ein rotes Kästchen verweist darauf, dass die Teilkompetenz beim Workshop als weniger relevant interpretiert wurde. Ein schwarzes Kästchen deutet darauf hin, dass diese Teilkompetenz gestrichen und als irrelevant für die PatientInnenversorgung von RS erachtet wurde.

6.10.5.1.1 (P) – Personale Kompetenz NKI

Personale Kompetenzen stellen einen zentralen Teil des KOAP für NKI dar. 7 der möglichen 16 (P)-Teilkompetenzen des Kompetenzatlas wurden als Schlüsselkompetenzen für das KOAP für NKI ausgewählt. Selbstmanagement, Glaubwürdigkeit, Eigenverantwortung, Lernbereitschaft, Ganzheitliches Denken, Delegieren und Zuverlässigkeit wurden in den Workshops als Schlüsselkompetenzen für NKI beschrieben. 5 Teilkompetenzen wurden dem erweiterten Kompetenzatlas für NKI zugeschrieben: Normativ-ethische Einstellung, Einsatzbereitschaft, Offenheit für Veränderung, Hilfsbereitschaft und Disziplin. Mit 12 von 16 möglichen Teilkompetenzen, welche dem Anforderungsprofil für NKI zugeordnet wurden, beinhaltet das Anforderungsprofil für NKI drei Viertel aller möglichen Personal Kompetenzen. 4 Teilkompetenzen wurden als nicht oder weniger relevant für das Anforderungsprofil von NKI betrachtet. Im Folgenden werden Gründe für die Auswahl- oder Streichung der Teilkompetenzen für das KOAP für NKI in Ö beschrieben.

P Personale Kompetenz - Notfallsanitäter NKI			
Loyalität	Normativ-ethische Einstellung	Einsatzbereitschaft	Selbstmanagement
	P	P/A	
Glaubwürdigkeit	Eigenverantwortung	Schöpferische Fähigkeit	Offenheit für Veränderung
Humor	Hilfsbereitschaft	Lernbereitschaft	Ganzheitliches Denken
	P/S	P/F	
Mitarbeiterförderung	Delegieren	Disziplin	Zuverlässigkeit

Abbildung 52: Personale Kompetenzen NKI

(P) – Schlüsselkompetenzen für NKI

NKI müssen in der Lage sein, die eigens gesetzten Tätigkeiten und Maßnahmen im Zuge der PatientInnenversorgung zu reflektieren, zu bewerten und dadurch sichere, kompetente Versorgung in Notfallsituationen zu garantieren. Aus diesem Grund ist *Selbstmanagement* für NKI als wichtig einzustufen.

Ohne *Glaubwürdigkeit* und Authentizität wäre eine effiziente PatientInnenversorgung in vielen Situationen schwer möglich, da PatientInnen keine Vertrauensbasis zu NKI aufbauen könnten und dadurch weniger Akzeptanz für von NKI vorgeschlagene Maßnahmen gezeigt werden würde.

In der Notfallrettung ist *Eigenverantwortung* für NKI notwendig, da Maßnahmen häufig selbstorganisiert und im Handlungsspielraum des NKI zu tätigen sind, ohne dabei notwendigerweise auf Hilfe von NA angewiesen zu sein.

Immer auf dem neuesten Stand der Notfallmedizinischen Forschung zu bleiben und PatientInnen state-of-the-art und kompetent versorgen zu können, sollte im Interesse aller NKI liegen, weswegen *Lernbereitschaft* für sie essenziell ist.

NKI müssen in der Lage sein, die medizinischen, ökonomischen, juristischen, ethischen, politischen und ästhetischen Aspekte ihrer Arbeit in die Notfallrettung einzubeziehen, weswegen *ganzheitliches Denken* für NKI unabdingbar ist.

Als potenzielle Teamleader oder Mitglieder von Advanced Life Support (ALS) Teams oder in der Zusammenarbeit mit anderen HiORgs in der Notfallrettung zählt auch *Delegieren* zu den Aufgaben von NKI.

NKI müssen zuverlässig qualitativ hochwertige, kompetente PatientInnenversorgung performen können. *Zuverlässigkeit* ist daher ein außerordentlich wichtiger Kompetenzbereich für NKI.

(P) – Erweiterter Kompetenzatlas für NKI

PatientInnen sollen gemäß der gesellschaftlichen Werte, Normen und Gesetze versorgt werden. Mitunter kann es aber nötig sein, medizinische Belange über gesellschaftliche Werte zu stellen, um PatientInnen in lebensbedrohlichen Situationen versorgen zu können. *Normativ-ethische Einstellungen* wurden daher als CAN-DO für NKI interpretiert.

Einsatzbereitschaft sollte für NKI im Dienst stets gegeben sein, um NotfallpatientInnen mit einem gewissen Maß an Willen und Motivation versorgen zu können.

Der stetige medizinische Fortschritt macht auch vor dem Rettungsdienst nicht halt, weswegen NKI *Offenheit für Veränderung* entwickeln müssen, um PatientInnen stets nach aktuellen Richtlinien und Leitlinien versorgen zu können, auch wenn dies oft mit davor geltenden Standards nicht konform war.

NKI sollen über eine solidarische und soziale Grundhaltung verfügen, welche sich oft als *Hilfsbereitschaft* PatientInnen und Angehörigen gegenüber äußert.

Korrektheit im persönlichen Umgang mit NotfallpatientInnen ist für NKI in der Notfallrettung relevant, wengleich die Versorgung von PatientInnen nicht darunter leiden darf, indem lebensnotwendige Zeit vergeht ohne dass eine notwendige Intervention zur Besserung des PatientInnenzustandes erfolgt. *Disziplin* ist als wichtig für NKI zu erachten.

(P) – Streichungen Anforderungsprofil für NKI

Loyalität bezieht sich in der Interpretation mehr auf den Arbeitsgeber, bzw. die jeweilige HiOrg, was für die Forschungsfrage – einer kompetenten PatientInnenversorgung gänzlich irrelevant ist. Aspekte, welche Loyalität

nahekommen und sich auf PatientInnen beziehen, wurden in anderen Kompetenzen aufgegriffen.

NKI müssen im Vergleich zur RS zwar öfters eigenständig tätig werden, der Rahmen, in dem die Entwicklung *schöpferischer Fähigkeiten* für eine kompetente PatientInnenversorgung im Notfallrettungsdienst für NKI aber möglich ist, ist sehr begrenzt. Darum wurde diese Kompetenz zugunsten der Aufnahme von anderen Teilkompetenzen in das Anforderungsprofil verworfen.

Humor ist für NKI sicherlich ein Nice-to-have, sollten PatientInnen stabil und nicht lebensbedrohlich erkrankt sein. Die Transportzeiten können somit angenehm gestaltet werden. Für die eigentliche Notfallrettung ist Humor aber nicht notwendig.

Mitarbeiterförderung ist ein betriebswirtschaftlicher Terminus, welcher für NKI zur PatientInnenversorgung gänzlich irrelevant ist.

6.10.5.1.2 (A) – Aktivitäts- und Handlungskompetenz NKI

2 der 16 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas der Aktivitäts- und Handlungskompetenz wurden als Schlüsselkompetenzen für das KOAP für NKI selektiert: Entscheidungsfähigkeit und Belastbarkeit. 6 weitere Teilkompetenzen der Aktivitäts- und Handlungskompetenz wurden dem erweiterten Kompetenzatlas für NKI zugeschrieben: Mobilität, Ausführungsbereitschaft, Initiative, Ergebnis-orientiertes Handeln, Ziel-orientiertes Führen und Konsequenz. Mit 8 von 16 möglichen Teilkompetenzen sind die Hälfte aller möglichen (A)-Kompetenzen für NKI relevant. Gleichermaßen bedeutet dies auch, dass die zweite Hälfte der Teilkompetenzen für NKI nicht oder nur wenig relevant ist. Im Folgenden werden, wie schon für den Kompetenzbereich zuvor, Gründe für die Auswahl- oder Streichung der Teilkompetenzen für das KOAP für NKI in Ö beschrieben.

A Aktivitäts- und Handlungskompetenz - Notfallsanitäter NKI			
Entscheidungsfähigkeit	Gestaltungswille	Tatkraft	Mobilität
A/P		A	
Innovationsfreudigkeit	Belastbarkeit	Ausführungsbereitschaft	Initiative
Optimismus	Soziales Engagement	Ergebnisorientiertes Handeln	Zielorientiertes Führen
A/S		A/F	
Impulsgeben	Schlagfertigkeit	Beharrlichkeit	Konsequenz

Abbildung 53: Aktivitäts- und Handlungskompetenzen NKI

(A) – Schlüsselkompetenzen für NKI

Entscheidung zu Gunsten von NotfallpatientInnen zu treffen und die jeweiligen Maßnahmen umzusetzen zählt zu den wichtigsten Aufgaben für NKI. *Entscheidungsfähigkeit* ist daher für NKI notwendig.

In der Notfallrettung müssen viele NKI ihre körperlichen und psychischen Grenzen erfahren und lernen, damit umzugehen. *Belastbarkeit* und die Weiterentwicklung in dieser Kompetenz sind daher unabdingbar.

(A) – Erweiterter Kompetenzatlas für NKI

Ein NKI soll in jeglichen Situationen der Notfallrettung flexibel agieren können, womit *Mobilität* eine wichtige Teilkompetenz für NKI darstellt.

Versorgungsrichtlinien und Lehrmeinungen sollen durch NKI in der Versorgung von NotfallpatientInnen miteinbezogen werden – ein Maß an Flexibilität soll dennoch gewahrt bleiben. Ausführungsbereitschaft ist aber in jedem Fall eine Kompetenz, die für NKI wichtig ist.

NKI müssen innerhalb kürzester Zeit Entscheidungen, welche über Leben und Tod von NotfallpatientInnen entscheiden können, treffen, weswegen <i>Initiative</i> zu zeigen eine überaus relevante Anforderung an NKI darstellt.
Jegliche Handlung in der Notfallrettung ist auf das Ziel der kompetenten PatientInnenversorgung ausgerichtet. Aus diesem Grund ist <i>Ergebnisorientiertes Handeln</i> wichtig für NKI. Kausal dafür, warum dies keine Schlüsselkompetenz darstellt, ist die Überschneidung mit artverwandten Kompetenzen.
Prioritäten in Notfallsituationen zu setzen und andere Einsatzkräfte hin zum Ziel einer kompetenten PatientInnenversorgung zu führen, ist der Grund, warum <i>Zielorientiertes Führen</i> für RS durchaus relevant ist.
Im Dienstalltag stehen NKI oft vor schwierigen Aufgaben und Entscheidungen, welche mit einem gewissen Maß an <i>Konsequenz</i> gelöst werden sollen.

(A) – Streichungen Anforderungsprofil für NKI

Die Situation von PatientInnen zu gestalten stellt keine Aufgabe an NKI dar, da eine kompetente möglichst rasche und effektive PatientInnenversorgung das Ziel in der Notfallrettung ist. <i>Gestaltungswille</i> wurde daher gestrichen.
Durchsetzungsfähigkeiten können zwar für NKI relevant sein, wenn es darum geht PatientInnen von der Transport- oder Behandlungsbedürftigkeit zu überzeugen, im Großen und Ganzen ist <i>Tatkraft</i> und Aktivität aber nicht so relevant, als dass sie in das Anforderungsprofil für NKI aufgenommen wurde. Zusätzlich können auch Aspekte dieser Kompetenz in anderen Teilkompetenzen gefunden werden.
Die Möglichkeiten für NKI Innovationen bei der Versorgung von PatientInnen einführen zu können, sind sehr beschränkt. NKI sollen aber Innovationen anregen und versuchen, die zuständigen Stellen für diese zu begeistern. Aufgrund der organisatorischen Komponente, welche nicht unmittelbar der PatientInnenversorgung dient, wurde <i>Innovationsfreudigkeit</i> gestrichen.
Hoffnungsfreude kann zwar in etlichen frustranen Situationen helfen, für NKI ist aber die Orientierung am Ziel und Fakten wichtiger, weswegen <i>Optimismus</i> gestrichen wurde.
Im Krankentransport, vor allem beim Umgang mit DauerpatientInnen und PatientInnen mit geistigen oder körperlichen Einschränkungen ist <i>Soziales</i>

Engagement wichtig. Für NKI in der Notfallrettung rückt diese Kompetenz allerdings sehr in den Hintergrund.

Handlungsanregungen zu geben bzw. *Impulsgeben* ist für Führungskräfte, LehrsanitäterInnen oder PraxisanleiterInnen von Relevanz, für NKI in der Notfallrettung aber nicht unmittelbar eine Anforderung.

Schlagfertigkeit wurde nicht direkt als relevant für NKI erachtet. Sprachliche Grundkompetenzen sind aber natürlich weiterhin eine Grundvoraussetzung für die Arbeit mit PatientInnen, NKI müssen aber nicht über die Maßen hinaus eloquent sein.

Beharrlichkeit wurde nicht als Teilkompetenz in das Anforderungsprofil für NKI aufgenommen, da die benötigten Aspekte der Kompetenz schon im Zuge von Belastbarkeit abgedeckt wurden.

6.10.5.1.3 (S) – Sozial-kommunikative Kompetenz NKI

3 der 16 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas der Sozial-kommunikativen Kompetenz wurden als Schlüsselkompetenzen für das KOAP für NKI selektiert. Problemlösungsfähigkeit, Teamfähigkeit und Gewissenhaftigkeit wurden im Zuge der Workshops als Schlüsselkompetenzen für NKI festgesetzt. 5 sozial-kommunikative Teilkompetenzen wurden dem erweiterten Kompetenzatlas für NKI zugeschrieben: Integrationsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit und Pflichtgefühl. Mit 8 von 16 möglichen Teilkompetenzen sind die Hälfte aller möglichen sozial-kommunikativen Kompetenzen für NKI relevant und umfassen exakt gleich viele Teilkompetenzen wie (A) und (F)-Kompetenzen im Anforderungsprofil für NKI. Im Folgenden werden, wie schon für die beiden Kompetenzbereiche zuvor, Gründe für die Auswahl- oder Streichung der Teilkompetenzen für das KOAP für NKI in Ö beschrieben.

S Sozial-kommunikative Kompetenz - Notfallsanitäter NKI			
Konfliktlösungs-fähigkeit	Integrations-fähigkeit	Akquisitionsstärke	Problemlösungs-fähigkeit
	S/P		S/A
Teamfähigkeit	Dialogfähigkeit, Kunden-orientierung	Experimentier-freude	Beratungsfähigkeit
Kommunikations-fähigkeit	Kooperations-fähigkeit	Sprachgewandtheit	Verständnis-bereitschaft
	S		S/F
Beziehungs-management	Anpassungs-fähigkeit	Pflichtgefühl	Gewissenhaftigkeit

Abbildung 54: Sozial- Kommunikative Kompetenzen NKI

(S) – Schlüsselkompetenzen für NKI

NKI müssen in Problemsituationen flexibel und mintunter interdisziplinär denken und handeln können, um diese Situationen kompetent zu lösen. *Problemlösungsfähigkeit* ist daher für NKI überaus relevant.

In Notfallsituationen müssen oft Entscheidungen getroffen werden, welche über Leben und Tod entscheiden können. Deshalb müssen diese Entscheidungen oft im Team getroffen werden und die Fähigkeiten aller Beteiligten bestmöglich eingebracht werden. *Teamfähigkeit* ist in der Notfallrettung also essenziell.

Sorgfalt und *Gewissenhaftigkeit* im Umgang mit PatientInnen, Material, Einsatzmitteln oder der Abhandlung von Einsätzen sind für NKI unabdingbar.

(S) – Erweiterter Kompetenzatlas für NKI

NKI müssen sich in Notfall- sowie auch Interdisziplinären Teams einbinden können, ihre Aufgaben kennen und Maßnahmen dementsprechend setzen oder auch delegieren. Aus diesen Gründen ist *Integrationsfähigkeit* essenziell für NKI.

Um Abläufe in der Notfallrettung, wie etwa Behandlungsvorgänge bei Notfällen zu optimieren, ist es notwendig, mit PatientInnen, KollegInnen oder anderen AkteurInnen mit angemessenen Umgangsformen kommunizieren zu können,

weswegen <i>Kommunikationsfähigkeit</i> eine relevante sozial-kommunikative Teilkompetenz für NKI darstellt.
PatientInnen, Mitglieder des eigenen Teams, Mitarbeiter von anderen HiOrgs oder auch Krankenanstalten sowie Angehörige sollen bei Bedarf in den Einsatzablauf bestmöglich miteingebunden werden, wobei es für NKI wichtig ist, gekonnt zu interagieren, um diese Kooperationen bestmöglich nützen zu können. <i>Kooperationsfähigkeit</i> stellt daher eine Teilkompetenz des erweiterten Kompetenzatlas für NKI dar.
Durch ständig wechselnde Situationen, die man mit unterschiedlichen Akteuren des Rettungsdienstes und dessen Schnittstellen zu bewältigen hat und bei denen die jeweilige Rolle und Wichtigkeit von NKI stark variieren kann, ist es notwendig, ein gewisses Maß an <i>Anpassungsfähigkeit</i> mit in den RD-Alltag zu bringen.
<i>Pflichtgefühl</i> , wurde trotz Nähe zu Gewissenhaftigkeit als Teilkompetenz in den erweiterten Kompetenzatlas NKI aufgenommen, da auch Normen und Werte der Gesellschaft, sowie deren Einhaltung für Personal in der Notfallrettung relevant sind.

(S) – Streichungen Anforderungsprofil für NKI

Diplomatie und <i>Konfliktlösungsfähigkeit</i> sind zwar Kompetenzen, welche für jeden, nicht nur für Personal im RD relevant sein können, wurden aber auf Grund der vielen anderen artverwandten Kompetenzen für RS nicht ins Profil aufgenommen. Zusätzlich beschäftigen sich vorrangig andere Professionen mit dem Lösen von Konflikten.
<i>Akquisitionsstärke</i> zählt definitiv nicht zu den Aufgaben eines NKI in der PatientInnenversorgung. NotfallpatientInnen sind zwar KundenInnen, fordern aber nur bei Bedarf SanitäterInnen an – müssen also nicht angeworben werden.
Obwohl NotfallpatientInnen auch KundInnen sind, gilt es vor vorrangig das Leben dieser Personen zu schützen. Das große Ziel von NKI bleibt eine kompetente (Notfall-)PatientInnenversorgung, wirtschaftliche Aspekte sollten bei dieser Versorgung allerdings nur eine untergeordnete Rolle spielen. <i>Dialogfähigkeit/ Kundenorientierung</i> wurde daher gestrichen.
Probleme zu lösen stellt zwar eine wichtige Aufgabe vieler Einsatzsituationen dar, für RS steht aber die PatientInnenversorgung im Vordergrund, was durch mehrere

andere Teilkompetenzen bereits abgebildet wird. Eine Eingliederung von *Problemlösungsfähigkeit* in das Anforderungsprofil für RS ist daher nicht notwendig.

Experimentierfreude ist für NKI keine relevante Teilkompetenz, da bei der Versorgung von NotfallpatientInnen Leitlinien, Lehrmeinungen, SOPs und auch Erfahrungen aus der Praxis relevant sind. Bei der PatientInnenversorgung in Notfallsituationen zu experimentieren ist daher grundsätzlich nicht zielführend – Flexibilität, wie bereits erwähnt, kann mitunter in vielen Einsatzsituationen aber hilfreich sein.

Beratungsfähigkeit ist eher für Personalführung in Firmen oder bei Entscheidungsfindungen zur Behandlung von PatientInnen im Krankenhaus relevant, als für den Einsatz im RD.

Ähnlich wie Schlagfertigkeit ist *Sprachgewandtheit* keine Teilkompetenz, die unbedingt von NKI beherrscht werden muss und wurde daher nicht in das Anforderungsprofil für NKI aufgenommen. Sprachliche Grundkompetenzen und rettungsdienstlicher Wortschatz sind nichtsdestotrotz natürlich auch für SanitäterInnen relevant – Kommunikation mit PatientInnen und anderen Personen in und rund um den RD muss natürlich gewährleistet sein – das bedeutet, dass auch Maßnahmen im notwendigen Maße erklärt werden müssen und auch Einwilligungen zur Behandlung der PatientInnen eingeholt werden.

NKI in der Notfallrettung müssen nicht in dem Maße kompromissbereit sein wie SanitäterInnen im Krankentransport. Oft muss zugunsten lebensrettender Maßnahmen Einfühlungsvermögen reduziert werden, um diese Maßnahmen zeitgerecht durchführen zu können. In einem nicht unbeträchtlichen Teil der Einsätze ist dies aber trotzdem möglich und NKI sollen auch für Kompromisse zugänglich sein. Verständnisbereitschaft wurde aber auf Grund der Artverwandtheit zu anderen Teilkompetenzen nicht in das Anforderungsprofil für NKI aufgenommen.

Beziehungsmanagement stellt zwar generell eine wichtige Komponente im Alltagsleben dar, ist aber für die unmittelbare PatientInnenversorgung nicht sehr relevant, da der Fokus auf der Versorgung der PatientInnen liegt und nicht darauf, eine über die Versorgung hinausgehende Beziehung aufzubauen.

6.10.5.1.4 (F) – Fach- und Methodenkompetenz NKI

Fachkompetenzen werden in medizinischen Disziplinen oft als Grundlage aller Maßnahmen gesehen, ohne die die PatientInnenversorgung nicht möglich wäre. Auch im Anforderungsprofil für NKI finden sich daher Fach- und Methodenkompetenzen, nicht aber als wichtigste Kompetenzen, wie oft dargestellt, sondern als eine der 4 Grundkompetenzen.

Im Anforderungsprofil für NKI wurden 4 Teilkompetenzen der Fach- und Methodenkompetenzen als Schlüsselkompetenzen interpretiert: Analytische Fähigkeiten, Beurteilungsvermögen, Folgebewusstsein und Fachwissen. 4 Teilkompetenzen der 16 Fach- und Methodenkompetenzen wurden dem erweiterten Kompetenzatlas für NKI zugeschrieben. Die Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas NKI sind: Wissensorientierung, Sachlichkeit, Systematisch-methodisches Vorgehen und Fachübergreifende Kenntnisse. Das bedeutet, dass innerhalb dieser Grundkompetenz die Hälfte der Teilkompetenzen als relevant für das Anforderungsprofil für NKI eingestuft wurde. Diese Tatsache unterstreicht somit die Wichtigkeit der Fach- und Methodenkompetenzen für NKI. Die Gründe für die 8 gestrichelten Teilkompetenzen werden folgend beschrieben, wie auch jene für die Auswahl der Teilkompetenzen für das Anforderungsprofil für NKI.

F Fach- und Methodenkompetenz - Notfallsanitäter NKI															
Wissensorientierung				Analytische Fähigkeiten				Konzeptionsstärke				Organisationsfähigkeit			
F/P				F/A											
Sachlichkeit				Beurteilungsvermögen				Fleiß				Systematisch-methodisches Vorgehen			
Projektmanagement				Folgebewusstsein				Fachwissen				Marktkennntnis			
F/S				F											
Lehrfähigkeit				Fachliche Anerkennung				Planungsverhalten				Fachübergreifende Kenntnisse			

Abbildung 55: Fach- und Methodenkompetenzen NKI

(F) – Schlüsselkompetenzen für NKI

PatientInnensituationen einzuschätzen und notwendige Maßnahmen der Notfallversorgung abzuwägen, um diese danach durchzuführen, ist für NKI notwendig. *Analytische Fähigkeiten* stellen daher ein wichtiges Element der PatientInnenversorgung durch NKI dar.

Erfahrung und Urteilsvermögen tragen dazu bei, den jeweiligen PatientInnenzustand und die jeweilige Situation gekonnt einschätzen zu können, um eine kompetente, schnelle Versorgung durchführen zu können. Bei Bedarf müssen NKI auch Notärzte oder andere Spezialkräfte alarmieren, wenn es die Situation erfordert. Aus diesen Gründen stellt das *Beurteilungsvermögen* eine wichtige Kompetenz aller NKI in Ö dar.

Ohne die Existenz einer Problemkenntnis im Notfalleinsatz würden NKI die Auswirkungen ihrer Tätigkeiten nicht einschätzen können, was negative Auswirkungen auf PatientInnen mit sich bringen könnte. Aus diesem Grund muss *Folgebewusstsein* bei NKI ausgeprägt sein.

Ohne *Fachwissen* wäre es undenkbar Notfälle im RD gekonnt abwickeln zu können. Wissen über relevante Themen, Lehrmeinungen, Algorithmen, SOPs und Berufserfahrung sind für NKI unbedingt notwendig und stellen eine wichtige Basis kompetenter Versorgung von PatientInnen dar.

(F) – Erweiterter Kompetenzatlas für NKI

Wissensorientierung wurde für NKI hauptsächlich auf die Orientierung am Fachwissen in diversen Notfallsituationen interpretiert und weniger als Allgemeinbildung. Zusätzlich stellt auch *Lerneifer* ein Synonym für Wissensorientierung dar und ist für NKI im Dienstbetrieb sicherlich von Relevanz.

NKI dürfen sich auch in heiklen Notfall-Situationen nicht von Emotionen leiten lassen, sondern sollen im Stande sein, die jeweilige Situation mit einem hohen Maß an *Sachlichkeit* abhandeln zu können.

Jegliche PatientInnenversorgung und Abwicklung von Einsätzen sollen strukturiert erfolgen. In etlichen Notfallsituationen ist es wesentlich, den Überblick zu bewahren und die Entscheidungen über die jeweiligen Methoden zur PatientInnenversorgung

systematisch zu entwickeln und danach auszuführen. Aus diesen Gründen ist *systematisch-methodisches Vorgehen* für NKI relevant.

Die Komplexität mancher Tätigkeiten im RD erfordert Wissen, welches über das Maß von sanitätsdienstlichen Tätigkeiten hinausgeht und unter anderem auch soziale oder politische Aspekte miteinbezieht. Dieses Wissen wird in komplexen Situationen selbstorganisiert angewandt, um die Situationen für PatientInnen bestmöglich gestalten zu können. *Fachübergreifende Kenntnisse* sind deswegen für NKI relevant.

(F) – Streichungen Anforderungsprofil für NKI

Konzeptionsstärke ist für NKI insofern nicht relevant, als dass in der Notfallrettung keine Programme oder Projekte durch NKI im Dienst konzeptioniert werden müssen. Dies erfolgt eher in der Führungsinstanz.

Auch *Organisationsfähigkeit* ist eher eine Kompetenz, die Führungskräften zugeschrieben wird und nicht von NKI zur PatientInnenversorgung verlangt werden sollte. Flexibilität, was als Mobilität im Anforderungsprofil gefunden werden kann, etwa, weist Parallelen auf und ist von NKI gefordert.

Grundsätzlich stellt *Fleiß* eine Kompetenz dar, die für den Arbeitgeber sicherlich wertvoll ist. Ob PatientInnen unmittelbar von Fleiß, Schaffensdrang und Arbeitseifer von NKI profitieren, wurde im Zuge der Workshops aber angezweifelt, weswegen diese Kompetenz als nicht relevant für das Anforderungsprofil erachtet wurde.

Projektmanagement ist definitiv keine Kompetenz, die von NKI für die NotfallpatientInnenversorgung notwendig ist.

Marktkennntnis ist eine weitere Teilkompetenz, die zwar für marktwirtschaftliche Interessen von Belang sein kann, nicht aber für NKI in der Notfallrettung, deren Kernaufgabe eine kompetente PatientInnenversorgung ist.

Lehrfähigkeit ist auch im Rettungsdienst relevant. Dies gilt aber weniger für NKI, die sich im normalen Dienstbetrieb befinden. LehrsanitäterInnen oder PraxisanleiterInnen müssen sehr wohl über Lehrfähigkeit verfügen.

Die Möglichkeit als NKI *fachliche Anerkennung* zu bekommen, ist auf Grund des eingeschränkten Aufgabenspektrums relativ gering. Deswegen wurde diese Teilkompetenz nicht als relevant erachtet.

Controlling, Planung oder Kalkulationen sind für NKI im Dienstbetrieb nicht relevant, weshalb *Planungsverhalten* auch nicht in das Anforderungsprofil für NKI aufgenommen wurde.

Hier findet sich noch eine Übersicht über die 4 Grundkompetenzen und jeweiligen Schlüssel- bzw. Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für NKI sowie die Anzahl der gestrichenen Teilkompetenzen.

NotfallsanitäterIn NKI		NotfallsanitäterIn NKI	
S: Sozial-kommunikative Kompetenz		F: Fach- und Methodenkompetenz	
Teilkompetenz	Profil	Teilkompetenz	Profil
Teamfähigkeit	MUST-Do	Analytische Fähigkeiten	MUST-Do
Problemlösungsfähigkeit	MUST-Do	Beurteilungsvermögen	MUST-Do
Gewissenhaftigkeit	MUST-Do	Folgebewusstsein	MUST-Do
Integrationsfähigkeit	Can-Do	Fachwissen	MUST-Do
Kommunikationsfähigkeit	Can-Do	Wissensorientierung	Can-Do
Kooperationsfähigkeit	Can-Do	Sachlichkeit	Can-Do
Anpassungsfähigkeit	Can-Do	Systematisch-methodisches Vorgehen	Can-Do
Pflichtgefühl	Can-Do	Fachübergreifende Kenntnisse	Can-Do
Schlüsselkompetenzen S NKI (n)	3	Schlüsselkompetenzen F NKI (n)	4
Erweiterter Kompetenzatlas S NKI (n)	5	Erweiterter Kompetenzatlas F NKI (n)	4
Teilkompetenzen S NKI (n)	16	Teilkompetenzen F NKI (n)	16
Nicht relevant S NKI (n)	8	Nicht relevant F NKI (n)	8
NotfallsanitäterIn NKI		NotfallsanitäterIn NKI	
P: Personale Kompetenz		A: Aktivitäts- und Handlungskompetenz	
Teilkompetenz	Profil	Teilkompetenz	Profil
Glaubwürdigkeit	MUST-Do	Entscheidungsfähigkeit	MUST-Do
Eigenverantwortung	MUST-Do	Belastbarkeit	MUST-Do
Selbstmanagement	MUST-Do	Mobilität	Can-Do
Delegieren	MUST-Do	Ausführungsbereitschaft	Can-Do
Lernbereitschaft	MUST-Do	Initiative	Can-Do
Ganzheitliches Denken	MUST-Do	Ergebnisorientiertes Handeln	Can-Do
Zuverlässigkeit	MUST-Do	Zielorientiertes Führen	Can-Do
Normativ-ethische Einstellung	Can-Do	Konsequenz	Can-Do
Einsatzbereitschaft	Can-Do		
Offenheit für Veränderungen	Can-Do		
Hilfsbereitschaft	Can-Do		
Disziplin	Can-Do		
Schlüsselkompetenzen P NKI (n)	7	Schlüsselkompetenzen A NKI (n)	2
Erweiterter Kompetenzatlas P NKI (n)	5	Erweiterter Kompetenzatlas A NKI (n)	6
Teilkompetenzen P NKI (n)	16	Teilkompetenzen A NKI (n)	16
Nicht relevant P NKI (n)	4	Nicht relevant A NKI (n)	8

Tabelle 27: Übersicht der Kompetenzen von NKI

Das kompetenzorientierte Anforderungsprofil für NKI beinhaltet 36 Teilkompetenzen. Davon sind 16 Schlüsselkompetenzen, sogenannte MUST-Dos, welche wesentlich für eine kompetente Versorgung von NotfallpatientInnen sind. Ergänzend wurde in den Anforderungsprofilen für NKI auch noch der erweiterte Kompetenzatlas für NKI mit 20 CAN-Dos, also SOLL-Kompetenzen, beschrieben. Im Vergleich zum Anforderungsprofil für RS verfügt jener für NKI über 4 Kompetenzen mehr und legt den Fokus teilweise auf unterschiedliche Aspekte als jener für RS. Eine detaillierte Aufstellung der Unterschiede findet im nächsten Kapitel statt.

6.11 Vergleiche der Workshop-Ergebnisse

Folgend werden die Ergebnisse der Workshop Gruppenphase präsentiert. Als Erstes geht es darum zu beschreiben, in welcher Form bewertet wurde. Dies erfolgt zuerst getrennt für RS und NKI und wird dann miteinander verglichen. Im Anschluss wird der Weg hin zur Entscheidungsfindung, welche Kompetenzen in das Anforderungsprofil für RS und NKI aufgenommen wurden, nochmals skizziert.

6.11.1 Bewertungen der Teilkompetenzen

Im Laufe der 5 Forschungsworkshops wurden die Relevanzen der 64 Teilkompetenzen des Kompetenzatlas von den unterschiedlichen, an der Forschung beteiligten Rettungsdienst ExpertInnen, vorgenommen. Die 64 Teilkompetenzen und ihre Relevanz für den Krankentransport und somit für RS wurden ebenso bewertet wie die 64 Teilkompetenzen für NKI in der Notfallrettung. Der Modus der Bewertungen erfolgte einerseits mit Hilfe einer Internetumfrage, welche die Stakeholder nach der theoretischen Einführung durch den Forscher individuell auf deren Tablets und Laptops ausführten. Diese Bewertung erfolgte, wie im Kapitel 6 beschrieben, anhand einer 12-stufigen Bewertungsskala, welche auf für KODE®X verwendet wird (vgl. Heyse, 2007: 115ff.). Diese 12 Stufen wurden dann in die 4 Intervalle: + (3 Punkte), ~ (2 Punkte), - (1 Punkt) und Streichung (0 Punkte) geclustert, um sie mit den Bewertungen der Teilkompetenzen während der Gruppenphase vergleichbar zu machen. Diese Bewertungen erfolgten nämlich in Workshop-Gruppen mit Hilfe eines Moderators, welcher die Stakeholder auf dem Weg zur Entscheidungsfindung begleitete. Die folgende Tabelle bildet die 4 Bewertungsintervalle farblich codiert ab und weist auch die zugeordneten Punkte aus.

Bewertung der Relevanz pro Teilkompetenz	Beschreibung der Ausprägung	Punkte
+	Sehr bis äußerst relevant	3
~	Deutlich bis sehr relevant	2
-	Teilweise bis ziemlich relevant	1
Streichung	Weniger bis teilweise relevant	0

Tabelle 28: Bewertung der Relevanz pro Teilkompetenz

Wie aus der Tabelle ersichtlich, führten die Bewertungen der jeweils 64 Teilkompetenzen für RS und NKI zu den Kompetenzen KOAP für RS und NKI. Diese Profile wurden weiters in Schlüsselkompetenzen und Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI unterteilt.

6.11.2 Vergleiche Anzahl der Teilkompetenzen

Im Folgenden wird auf die Anzahl und Unterschiede der Grundkompetenzen für RS und NKI Bezug genommen. Die Gründe, warum die jeweiligen Teilkompetenzen für RS und NKI als relevant oder nicht relevant erachtet wurden, können in Kapitel 6.10.3.9 gefunden werden.

6.11.2.1 Teilkompetenzen von RS

Die Anzahl Teilkompetenzen des Anforderungsprofils für RS pro Grundkompetenz sind teilweise recht unterschiedlich. Dies ist einerseits auf die Ähnlichkeit und Überschneidungen mancher Teilkompetenzen zurückzuführen, andererseits darauf, dass der Fokus der Profile auf der PatientInnenversorgung liegt und nicht auf organisationalen Interessen.

	P	A	S	F	Summe
Schlüsselkompetenzen RS (n)	5	3	5	2	15
Erweiterter Kompetenzatlas RS (n)	6	4	4	3	17
Teilkompetenzen RS (n)	16	16	16	16	64
Nicht relevant RS (n)	5	9	7	11	32

Tabelle 29: Teilkompetenzen und Grundkompetenzen von RS

Das Anforderungsprofil für RS umfasst 32 Teilkompetenzen, welche sich aus 15 Schlüsselkompetenzen und 17 Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas RS zusammensetzen. Einerseits wurden 15 Kompetenzen als Schlüsselkompetenzen, sogenannte MUST-Dos, interpretiert, aber auch die Notwendigkeit für 17 weitere Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS, sogenannte CAN-Dos, festgestellt.

Die Anzahl der Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS ist mit 6 Kompetenzen der Personalen Kompetenz (P), 4 der Sozial-kommunikativen (S) und Aktivitäts- und Handlungskompetenz (A) und 3 der Fach- und Methodenkompetenz (F) recht unterschiedlich und umfasst 3 bis 6 der 16 Teilkompetenzen. Ebenso große Unterschiede in der Anzahl der Kompetenzen können bei den Schlüsselkompetenzen gefunden werden. Während (P) und (S) 5 Kompetenzen umfassen, wurden nur 2 (F) – Kompetenzen als Schlüsselkompetenzen interpretiert. (A) – Kompetenzen liegen mit 3 Kompetenzen zahlenmäßig zwischen den anderen Grundkompetenzen. Daraus resultiert, dass 5 (P) Kompetenzen, 9 (A) – Kompetenzen und 7 (S) Kompetenzen als nicht relevant für RS eingestuft wurden. Bei den (F) – Kompetenzen sind dies sogar 11 Kompetenzen, welche für RS nicht oder nur wenig relevant sind. Die Anzahl der Teilkompetenzen pro Grundkompetenz bedeutet aber nicht, dass eine Grundkompetenz wichtiger ist. Die Relevanz der Kompetenzen ergibt sich aus der Tatsache, ob die jeweilige Teilkompetenzen eine Schlüsselkompetenz oder eine Kompetenz des erweiterten Kompetenzatlas für RS ist.

6.11.2.2 Teilkompetenzen von NKI

Wie dies auch beim Anforderungsprofil für RS der Fall war, ist die Anzahl der Teilkompetenzen des Anforderungsprofils für NKI pro Grundkompetenz zum Teil recht unterschiedlich. Teilweise ist dies auf Querschnitte und Überschneidungen der Teilkompetenzen zurückzuführen, aber auch darauf, dass der Fokus der Anforderungsprofile auf der PatientInnenversorgung liegt und organisationale Interessen nicht berücksichtigt.

	P	A	S	F	Summe
Schlüsselkompetenzen NKI (n)	7	2	3	4	16
Erweiterter Kompetenzatlas NKI (n)	5	6	5	4	20
Teilkompetenzen NKI (n)	16	16	16	16	64
Nicht relevant NKI (n)	4	8	8	8	28

Tabelle 30: Teilkompetenzen und Grundkompetenzen von NKI

Zusammengefasst beinhaltet das Anforderungsprofil für NKI 36 Teilkompetenzen, welche sich aus 16 Schlüsselkompetenzen und 20 Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas NKI zusammensetzen. 16 Kompetenzen wurden als Schlüsselkompetenzen, sogenannte MUST-Dos, interpretiert. Zusätzlich wurde auch die Notwendigkeit von 20 weiteren Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für NKI, sogenannte CAN-Dos, festgestellt. Diese Kompetenzen teilen sich auf die 4 Grundkompetenzen auf. Die Anzahl der Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für NKI ist mit 6 Kompetenzen der

Aktivitäts- und Handlungskompetenz (A) , 5 der Personalen Kompetenz (P), 5 der Sozial-kommunikativen Kompetenz (S) und 4 der Fach- und Methodenkompetenz (F) recht ähnlich. Gründe hierfür können in Kapitel 6.10.3.9 gefunden werden. Große Unterschiede die Anzahl der Kompetenzen betreffend, können bei den NKI Schlüsselkompetenzen gefunden werden. Während 7 (P) – Kompetenzen selektiert wurden, wurden im Gegensatz dazu nur 2 (A) – Kompetenzen als Schlüsselkompetenzen interpretiert. (F) und (S) Kompetenzen wurden hier mit jeweils 4 und 3 Kompetenzen zwischen den beiden anderen Grundkompetenzen angesiedelt. Daraus ergibt sich, dass 4 (P) Kompetenzen und jeweils 8 (A), (F) und (S) Kompetenzen als nicht relevant für NKI eingestuft wurden. Die Anzahl der Teilkompetenzen pro Grundkompetenz bedeutet aber nicht, dass eine der 4 Grundkompetenzen wichtiger ist als die anderen. Die Relevanz der Kompetenzen ergibt sich aber aus der Tatsache, ob die jeweilige Teilkompetenzen eine Schlüsselkompetenz oder eine Kompetenz des erweiterten Kompetenzatlas für NKI ist.

6.11.2.3 Vergleich der Teilkompetenzen von RS und NKI

Die Unterschiede der Teilkompetenzen der KOAP für RS und NKI sind gering, da RS 32 und NKI 36 Teilkompetenzen umfassen. Das Anforderungsprofil für RS beinhaltet demnach 4 Teilkompetenzen weniger. Die Unterschiede innerhalb der 4 Grundkompetenzen sind aber teilweise recht beträchtlich.

	RS	NKI
Schlüsselkompetenzen RS (n)	15	16
Erweiterter Kompetenzatlas RS (n)	17	20
Kompetenzen im Profil für RS (n)	32	36

Tabelle 31: Vergleich der Teilkompetenzen von RS und NKI

Im Vergleich der Anzahl der Teilkompetenzen für RS und NKI zeigt sich, dass das KOAP für NKI mit 36 Kompetenzen 4 Kompetenzen mehr enthält als jenes für RS, welches 33 Kompetenzen umfasst. Das Anforderungsprofil für NKI beinhaltet eine Schlüsselkompetenz und drei Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas mehr als jenes für RS. Folgend werden die Aufteilungen der Teilkompetenzen für RS und NKI auf die 4 Grundkompetenzen analysiert.

	P RS	P NKI	Diff	A RS	A NKI	Diff	S RS	S NKI	Diff	F RS	F NKI	Diff
Schlüsselkompetenzen (n)	5	7	2	3	2	1	5	3	2	2	4	2
Erweiterter Kompetenzatlas (n)	6	5	1	4	6	2	4	5	1	3	4	1
Summen	10	12		9	8		8	7		6	8	

Tabelle 32: Unterschiede der Teilkompetenzen von RS und NKI

Die Profile für RS und NKI beinhalten 10 bzw. 12 Teilkompetenzen der Personalen Kompetenz (P). Während im erweiterten Kompetenzatlas für RS 5 Kompetenzen beschrieben sind, waren dies für NKI 6. Für NKI wurden sogar 7 (P)-Schlüsselkompetenzen beschrieben, 2 mehr als für RS. Dies bedeutet gleichzeitig eine Differenz der Anzahl an (P)-Kompetenzen von 2 Kompetenzen zwischen den Profilen für RS und NKI, von 2.

9 bzw. 8 Aktivitäts- und Handlungskompetenzen (A) wurden für RS und NKI beschrieben. Als Schlüsselkompetenzen wurden 3 Kompetenzen für RS und 2 für NKI beschrieben. Im erweiterten Kompetenzatlas für RS wurden 4 Kompetenzen beschrieben, in jenem für NKI sogar 6. Dies ergibt eine (A) – Kompetenz mehr im Profil für RS.

Die Anzahl der Sozial- kommunikativen Kompetenzen (S) ist für RS und NKI geringer als jene der bisher genannten Grundkompetenzen. Während für RS 8 (S) – Kompetenzen im Anforderungsprofil gefunden werden können, sind es für NKI nur 7. Diese Kompetenzen verteilen sich mit 5 für RS und 3 für NKI. Im erweiterten Kompetenzatlas sind 4 Teilkompetenzen für RS und 5 für NKI vertreten. Die Differenz der Anzahl der Kompetenzen beträgt daher nur eine Teilkompetenz.

Die größten Unterschiede bei der Anzahl der ausgewählten und beschriebenen Kompetenzen kann bei den Fach- und Methodenkompetenzen (F) gefunden werden. Während im Profil für RS 6 Kompetenzen gefunden werden können, sind es für NKI 8. Der erweiterte Kompetenzatlas für NKI beinhaltet 4 Kompetenzen, jener für RS 3. Schlüsselkompetenzen wurden für RS 2 beschrieben, für NKI 4. Die Differenz der (F)-Teilkompetenzen im Profil beträgt daher 2.

Ein weiterer interessanter Aspekt bezüglich der Anzahl an Teilkompetenzen und deren Bewertung während der 5 Forschungsworkshops stellt auch die Anzahl und Gegenüberstellungen der Streichungen bei den Profilen für RS und NKI im Vergleich zu den 4 Grundkompetenzen dar.

Streichungen	RS	NKI
P	14	12
A	18	13
S	19	21
F	33	30
Gesamt	84	76

Tabelle 33: Streichungen bei RS und NKI

Betrachtet man auch die Anzahl der Streichungen während der 5 Forschungsworkshops wird klar ersichtlich, dass es bezüglich der 4 Grundkompetenzen Unterschiede in der Anzahl der Streichungen gibt. Generell gab es 84 Streichungen für RS und 76 für NKI. Ein beträchtlicher Teil dieser Streichungen war in den Fach- und Methodenkompetenzen zu verzeichnen. Bei

RS waren dies 33 und bei NKI 30. Vergleicht man dies etwa mit 14 und 12 Streichungen für RS und NKI, wurden weit mehr (F)-Kompetenzen gestrichen. Mit 18 Streichungen und 13 für RS gab es bei den Aktivitäts- und Handlungskompetenzen deutlich mehr Streichungen im Bereich der RS. Ähnlich viele Streichungen waren mit 19 für RS und 21 für NKI bei den Sozial-kommunikativen Kompetenzen zu verzeichnen.

Ein weiterer relevanter Gesichtspunkt in Bezug auf die Ergebnisse der 5 Forschungsworkshops ist der Vergleich, wie viele Kompetenzen im Mittel bei den Workshops dem Profil für RS und jenem für NKI zugeordnet wurden.

	<i>Median RS</i>	<i>Median NKI</i>	<i>Differenz</i>
<i>Gestrichen</i>	17	16	1
<i>Plus</i>	16	28	12
~	20	14	6
<i>minus</i>	11	2	9

Tabelle 34: Median der Kompetenzbewertungen von RS und NKI

Während für RS 17 Teilkompetenzen gestrichen wurden, waren es bei NKI 16. Der Unterschied beträgt hier im Mittel also lediglich 1. Gründe, warum die jeweiligen Kompetenzen gestrichen wurden waren meist, dass es sich hierbei um betriebswirtschaftlich relevante Kompetenzen handelte und dies für das Forschungsvorhaben, der Erstellung KOAP für RS mit dem Fokus auf PatientInnenversorgung, nicht von Relevanz war. Eine Beschreibung der Gründe kann in Kapitel 6.10.3.9 gefunden werden. Was daraus aber klar hervorgeht, ist, dass die Intention der Forschung – eine möglichst kompetente PatientInnenversorgung zu gewährleisten – klar bearbeitet wurde und betriebswirtschaftliche und organisationale Aspekte keinen Einfluss auf die Anforderungsprofile hatten. Dies wurde einerseits durch die unterschiedlichen Schritte der Forschung ermöglicht, andererseits auch durch die wiederholte Erinnerung der Stakeholder durch Forscher und Moderator.

Große Unterschiede bei der Anzahl der ausgewählten Kompetenzen mit für RS und NKI gab es allerdings bei Kompetenzen, welche mit plus, also sehr relevant, bewertet wurden. Während für RS nur 16 Kompetenzen mit plus gewichtet, waren es bei NKI 28. Dies ist darauf zurückzuführen, dass NKI in der Notfallrettung ein breites und vor allem oft selbstorganisiert abzuhandelndes Aufgabenspektrum zu bewältigen haben. Für RS ist der Spielraum der zu setzenden Maßnahmen und zu treffenden Entscheidungen eher gering.

20 Teilkompetenzen wurden für RS mit ~, also relevant bewertet. Bei NKI waren dies 14. Auf Grund des breiten Aufgabenspektrums und der hohen Eigenverantwortung von NKI in der Notfallrettung wurden viele dieser Kompetenzen schon mit Plus, also sehr relevant bewertet. Daher ist die Differenz von 6 nicht überraschend.

Mit einer Differenz von 9 gibt es auch bei jenen Kompetenzen, die als wenig relevant für SanitäterInnen bewertet wurden, große Unterschiede. Während für RS 11 solcher Kompetenzen interpretiert wurden, waren es für NKI im Durchschnitt nur 2. Die Differenz von 9 war zwar relativ hoch, lässt sich aber durch die große Differenz bei den als wichtig erachteten Kompetenzen erklären.

6.11.3 Workshop Ergebnisse der Standorte

Die Ergebnisse der einzelnen Workshop-Standorte sind teilweise sehr unterschiedlich. Folgend werden die Ergebnisse und der Median dieser Ergebnisse pro Workshop besprochen und Gründe für die Unterschiede genannt. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse für RS und NKI verglichen.

6.11.3.1 Standortergebnisse für RS

Die Unterschiede bei der Bewertung der Teilkompetenzen während der Workshops sind pro Standort relativ unterschiedlich. Jene Ergebnisse mit Unterschieden größer als 5 pro Workshop im Vergleich zum Median aller Workshops wurden mit Grau markiert.

RS	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median
Gestrichen	17	29	13	17	8	17
Plus	16	10	12	25	30	16
~	18	20	25	11	20	20
Minus	13	5	14	11	6	11
Summe	64	64	64	64	64	

Tabelle 35: Standortergebnisse für RS

Der Workshop in Wien nähert sich vergleichsweise am nächsten dem Median aller Workshops an. In keinem der Punkte zur Bewertung: gestrichen, plus, ~ oder minus beträgt die Differenz mehr als 2. Ein möglicher Grund dafür ist, dass es hier 2i Gruppen gab, welche sich auf unterschiedliche Kompetenzen fokussierten und demnach mehr Zeit hatten, sich mit den einzelnen Kompetenzen zu beschäftigen. Die Durchmischung der Stakeholder war in

allen Workshops gegeben, weswegen dies kein Grund ist, warum die Ergebnisse dem Mittel am nächsten kommen.

Die Gruppe in St.Pölten fokussierte sich sehr auf das Wesentliche und reduzierte die Kompetenzen, welche für RS in Österreich relevant sind. Die Anzahl der somit ausgewählten Kompetenzen war von allen Standorten am geringsten. Es wurden im Zuge des Workshops sogar 29 Kompetenzen gestrichen, was im Vergleich zu Innsbruck mehr als 3 Mal mehr Streichungen bedeutet. In St.Pölten beurteilten die Stakeholder die einzelnen Teilkompetenzen jedenfalls sehr pragmatisch – was nicht unbedingt notwendig ist, wurde gestrichen. Aus diesem Grund ist auch die Anzahl der Minusse, also Kompetenzen, welche wenig relevant für RS sind, relativ gering. Nur die Anzahl der Kompetenzen welche mit ~ bewertet wurden, also Kompetenzen, welche von RS gekannt werden sollen, entsprach dem Median aller Workshops.

In Klagenfurt wurde auch in keinem der Bereiche der Median der Workshop-Ergebnisse um mehr als 5 überschritten; das bedeutet, dass die Ergebnisse in Klagenfurt ähnlich des Durchschnitts aller 5 Workshops waren. Im Vergleich zu anderen Workshops wurden zwar wenige Teilkompetenzen gestrichen und viele als SOLL-Kompetenzen interpretiert, insgesamt bewegte man sich bei der Bewertung aber im Mittel aller Workshops.

In Graz wurden exakt gleich viele Kompetenzen gestrichen und Kompetenzen mit Minus bewertet, wie dies der Median aller Workshops abbildet. Im Vergleich wurden aber mit 25 Kompetenzen viele Teilkompetenzen als wichtig erachtet und mit plus bewertet. Dies ist darauf zurückzuführen, dass viele Tätigkeiten von RS als zentral erachtet wurden, und SOLL-Kompetenzen mit 11 nur eine geringe Anzahl aufweisen.

Die Stakeholder des Workshops in Innsbruck interpretierten die Anforderung an RS als sehr umfassend und bewerteten demnach sogar 30 Teilkompetenzen als sehr relevant. Dies ist beinahe die doppelte Anzahl des Medians aller Workshops. Es wurden auch nur etwa halb so viele Kompetenzen gestrichen wie im Durchschnitt aller 5 Forschungsworkshops. Bezüglich der SOLL-Kompetenzen wurde mit 20 ausgewählten Kompetenzen exakt die Anzahl des Medians aller Workshops bewertet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es bei den Workshops zwar Unterschiede bei den Bewertungen und Gewichtungen der Teilkompetenzen gegeben hat, dies aber durch die große Durchmischung der Stakeholder ein logisches Resultat ist. Die Gründe für die jeweilige Selektion der Teilkompetenzen kann in Kapitel 6.10.3.9 gefunden werden.

6.11.3.2 Standortergebnisse für NKI

Wie dies auch bei den Bewertungen der Teilkompetenzen für RS der Fall war, sind die Unterschiede bei der Bewertung der Teilkompetenzen NKI pro Standort teilweise relativ unterschiedlich. Jene Ergebnisse mit Unterschieden größer als 5 pro Workshop, im Vergleich zum Median aller Workshops, wurden mit Grau markiert.

NKI	Wien	St. Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median
Gestrichen	16	23	13	16	8	16
Plus	31	25	22	28	40	28
~	16	14	17	13	14	14
Minus	1	2	12	7	2	2
Summe	64	64	64	64	64	

Tabelle 36: Standortergebnisse für NKI

Die Ergebnisse des Workshops in Wien sind gemeinsam mit den Ergebnissen in Graz dem Median aller Workshops am ähnlichsten. Der maximale Unterschied der Anzahl an Kompetenzen, welche unterschiedlich bewertet wurden, beträgt 3. Dies ist bei den essenziellen Kompetenzen für NKI der Fall. Die Anzahl dieser mit plus bewerteten Kompetenzen war mit 31 sehr hoch, im Vergleich zu etwa 22 in Klagenfurt. Es gab nur eine Kompetenz, die als wenig relevant erachtet wurde, gestrichen wurden 16 Teilkompetenzen.

In St.Pölten wurden vergleichsweise viele Kompetenzen gestrichen. Die Stakeholder bewerteten die Teilkompetenzen sehr pragmatisch und strichen daher jene Kompetenzen, welche ihrer Meinung nach keine oder nur sehr wenig Relevanz für die Notfallrettung in Österreich hatten. Dies waren im Vergleich zu anderen Workshops relativ viele. Gleichzeitig wurden auch nur 2 Kompetenzen als wenig relevant bewertet, was aber exakt dem Median aller Workshops entspricht. Auch die Anzahl der Kompetenzen, welche mit ~ bewertet wurden, entsprach genau dem Median aller Workshops. Gleichzeitig wurden aber auch 25 Kompetenzen als sehr relevant für NKI eingestuft, was geringfügig weniger ist als der Median aller Workshops, der 28 Teilkompetenzen entspricht.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen für RS wichen in Klagenfurt mehrere Ergebnisse stark vom Median aller Workshops ab. Es wurden nämlich nur 22 Kompetenzen als unbedingt notwendig für NKI eingestuft. 12 wurden als wenig relevant interpretiert, was im Vergleich zu den Ergebnissen in Wien, St. Pölten und Innsbruck eine Vervielfachung der weniger relevanten Kompetenzen darstellt. Mit 13 Streichungen lagen die Ergebnisse in Klagenfurt nur knapp unter dem Median der Streichungen aller Workshops.

In Graz waren die Ergebnisse gemeinsam mit denen in Wien dem Median aller durchgeführten Workshops am nächsten. Die Anzahl jener Teilkompetenzen, die gestrichen und als sehr relevant eingestuft wurden, entsprachen mit 16 bzw. 28 Ausgewählten genau dem Median der Workshops. Bei den SOLL-Kompetenzen betrug der Unterschied zum Median auch nur 1. Lediglich bei den als wenig relevant eingestuften Kompetenzen waren die Unterschiede zum Median mit 5 höher, was aber als kein sehr großer Unterschied, welcher mit größer 5 festgelegt wurde, interpretiert wurde.

Beim letzten Workshop in Innsbruck waren die als plus eingestuften Kompetenzen wiederum sehr zahlreich und lagen mit 40 weit über dem Median von 28. Die Streichungen waren mit 8 auch relativ gering im Vergleich zum Median von 16. Diese beiden Ergebnisse sind darauf zurückzuführen, dass die Stakeholder des Workshops in Innsbruck die Bandbreite der notwendigen Kompetenzen sehr umfassend einschätzten und auch das Aufgabenfeld sehr breit auslegten. Dies ist unter anderem durch das Ergebnis des Handlungsfelds Rettungsdienst, welches in Innsbruck erstellt wurde, ersichtlich und in Kapitel 6.10.2.1.6 nachzulesen. Die weniger relevanten und SOLL-Kompetenzen entsprachen jedoch genau dem Median aller Workshops.

6.11.3.3 Vergleiche der Standortergebnisse für RS und NKI

Die Ergebnisse für jeweils RS und NKI lieferten schon einige Details über die Bewertungen im Zuge der Gruppenphase bei den einzelnen Workshops. Hier soll nun eine überblicksmäßige Gegenüberstellung der Bewertungen bezüglich der Relevanz der Teilkompetenzen für die einzelnen Workshops erfolgen. Im Anschluss erfolgt auch eine kurze Gesamtzusammenfassung.

	Wien			St.Pölten			Klagenfurt			Graz			Innsbruck			Median		
	RS	NKI	Diff.	RS	NKI	Diff.	RS	NKI	Diff.	RS	NKI	Diff.	RS	NKI	Diff.	RS	NKI	Diff.
gestrichen	17	16	1	29	23	6	13	13	0	17	16	1	8	8	0	17	16	1
plus	16	31	15	10	25	15	12	22	10	25	28	3	30	40	10	16	28	12
~	18	16	2	20	14	6	25	17	12	11	13	2	20	14	6	20	14	6
minus	13	1	12	5	2	3	14	12	2	11	7	4	6	2	4	11	2	9

Tabelle 37: Vergleiche der Standortergebnisse für RS und NKI

Der Workshop in Wien stellte ein Unikum dar, da es sich hierbei um 2i Gruppen handelte, welche unabhängig voneinander bewerteten. Blickt man aber auf die Bewertungen der anderen Workshops, so sind, bedingt durch die unterschiedlichen Stakeholder, auch unterschiedliche Ergebnisse zu verbuchen. Dies war aber auch durch die Vielfalt der Stakeholder beinahe voraussehbar. Um eine möglichst große Bandbreite an Meinungen und

Ansichten abzubilden, war dies aber auch für das Forschungsergebnis wichtig. In Wien können im Bereich von plus (+, 3 Punkte) und minus (-, 1 Punkt) die größten Unterschiede zwischen RS und NKI gefunden werden. Während es für RS 13 Kompetenzen gab, die nur als teilweise relevant bewertet wurden, war dies im Bereich der NKI nur eine. Streichungen (0 Punkte) gab es aber fast gleich viele, da im Bereich der RS nur eine Kompetenz mehr gestrichen wurde. Dies bedeutet, dass in Wien die Kompetenzanforderungen an NKI weit höher waren als jene für RS. Dies kann auch am großen Unterschied der Kompetenzen, welche mit plus (+) bewertet wurden, ausgemacht werden. Beinahe doppelt so viele Kompetenzen, 31 für NKI und 16 für RS, wurden demnach als sehr bis äußerst relevant interpretiert.

Beim Forschungsworkshop in St. Pölten wurde eine signifikante Zahl an Teilkompetenzen gestrichen, da sie weder für RS noch für NKI als relevant interpretiert wurden. Für RS waren dies 29, für NKI 23. Mit 6 war der Unterschied der Anzahl der Streichungen aber ebenfalls viel höher als in den restlichen Workshops. Wie auch in Wien wurden in St.Pölten für NKI 15 Kompetenzen mehr als sehr bis äußerst relevant eingestuft als für RS. Insgesamt wurden 25 NKI-Teilkompetenzen mit + bewertet. Dies wurde unter anderem mit dem weit umfangreicheren Aufgabenspektrum von NKI begründet, zusätzlich auch mit der höheren Eigenverantwortung und der Notwendigkeit eigene Entscheidungen zu treffen. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass für RS viele dieser Kompetenzen als deutlich relevant gesehen wurden, was als ~ bewertet wurde. Für NKI wurden einige dieser Kompetenzen mit + bewertet, diese sind also für NKI essenziell. Nur wenige Kompetenzen, für RS 5, für NKI 2, wurden als teilweise relevant angesehen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Kompetenzen entweder gestrichen wurden oder als äußerst relevant bewertet wurden.

In Klagenfurt waren die Bewertungen im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Workshops unterschiedlich. Mit 13 gab es relativ wenige Streichungen, diese waren aber für RS und NKI ident. Es wurde also kein großer Unterschied dabei gemacht, ob es sich um RS und NKI handelt. Des Weiteren waren auch die Unterschiede bei den mit minus bewerteten Kompetenzen gering. Bei RS waren es 14, bei NKI 12. Große Unterschiede können allerdings bei den mit + (sehr bis äußerst relevant) und ~ (deutlich bis sehr relevant) bewerteten Kompetenzen gefunden werden. Für NKI wurden beinahe doppelt so viele Kompetenzen mit + bewertet, als für RS – 22 zu 12 Kompetenzen. Dies war allerdings in den vorherigen Workshops schon so und wurde auch hier mit dem umfangreichen Tätigkeits- und Anforderungsbereich begründet.

Die Bewertungen der Kompetenzen für RS und NKI waren beim Workshop in Graz am homogensten. Es gab anzahlmäßig keine großen Differenzen zwischen den Kompetenzen für RS und NKI. Lediglich bei den minus Kompetenzen gab es vier Kompetenzen mehr auf der Seite der RS. Auf der Seite der NKI wurden drei, mit plus bewertete Kompetenzen, mehr verbucht. Dies bestätigt zwar die Ansicht der Stakeholder der übrigen Workshops, dass das Spektrum der Herausforderungen und benötigten Kompetenzen von NKI umfangreicher ist, war aber im Vergleich mit allen anderen Workshops bei Weitem am geringsten. Es gab insgesamt nur 10 Unterschiede. Bei 2 anderen Workshops wurden pro Kategorie sogar bis zu 15 Unterschiede bei den mit plus bewerteten Kompetenzen festgestellt. Die Anzahl der sehr, bis äußerst relevanten Kompetenzen war mit 25 für RS und 28 für NKI aber vor allem im Bereich der NKI im Durchschnitt. Für RS lag die Anzahl deutlich über dem Durchschnitt der Workshops. Nur in Innsbruck war die Zahl für RS höher. Dies lässt sich aber eventuell auch auf den Umstand zurückführen, dass speziell in diesem Workshop die Differenzierung, dass RS für den Krankentransport und NKI für die Notfallrettung, am wenigsten Akzeptanz in allen Workshops fand. Der Forscher musste hier des Öfteren darauf hinweisen, dass es um die Versorgung von PatientInnen und nicht um Systemfragen geht und die Profile nicht den Status Quo abbilden sollen, sondern ein Idealbild der Versorgung von PatientInnen.

Der letzte der 5 Forschungsworkshops fand in Innsbruck statt. Wiederum wurden, verglichen zu den anderen Workshops, zum Teil recht unterschiedliche Ergebnisse erzielt. Der wahrscheinlich größte Unterschied war die Anzahl der Kompetenzen, welche als sehr bis äußerst relevant eingeschätzt wurde. Auf Seiten der RS waren dies 30 Kompetenzen, für NKI 40. Grundsätzlich liegt die Anzahl zwar nicht weit über der tatsächlichen Anzahl der Kompetenzen für den Kompetenzatlas für RS und NI, ist aber, da es sich nur um Kompetenzen, welche mit plus bewertet wurden, weit zu undifferenziert. Grund hierfür ist, dass die Anforderungsprofile für RS und NKI aus Schlüsselkompetenzen und Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas bestehen, also nicht alle gleich wichtig sind. Es kann aber auch bei der großen Anzahl an sehr, bis äußerst relevanten Kompetenzen, der Trend hin zu einem umfangreicheren Tätigkeitsfeld von NKI ausgemacht werden. Obwohl für RS 30 Teilkompetenzen mit plus bewertet wurden, waren es bei NKI 40, was 10 Kompetenzen mehr bedeutet. Signifikant wenige Streichungen gab es dementsprechend, wobei es für RS und NKI nur jeweils 8 Streichungen gab. Ebenso gering ist die Anzahl der weniger relevanten Kompetenzen. Jene Kompetenzen, welche im Bereich der NKI mit plus bewertet wurden, interpretierten die Stakeholder dann oft als teilweise relevant für RS. Insgesamt kann

geschlussfolgert werden, dass die Stakeholder des Workshops in Innsbruck den RD, sowohl für RS und NKI als wichtige Komponente der PatientInnenversorgung sehen und daher möglichst viele Kompetenzen in das Profil einbringen wollten.

Wie schon in den Beschreibungen der Ergebnisse der fünf Forschungsworkshops ersichtlich, waren die Ergebnisse der Bewertungen zu den Relevanzen der Teilkompetenzen des Kompetenzatlas sehr unterschiedlich. Dies galt sowohl für die beiden Profile für RS und NKI, aber auch für die einzelnen Workshops. Auf Grund der großen Unterschiede der Stakeholder und deren Backgrounds war ein homogenes Ergebnis aller Workshops unrealistisch. Die Stakeholder wurden, wie bereits in Kapitel 6.2.2 beschrieben, so ausgewählt, dass ein möglichst breites Spektrum von Meinungen, die möglichst viele Elemente des Ö-RD repräsentieren, abgebildet werden kann. Durch die Gruppendiskussionen erfuhren die Stakeholder nicht nur mit wie vielen Punkten andere TeilnehmerInnen die jeweiligen Kompetenzen bewertet hatten, sondern konnten auch aktiv über diese Kompetenzen diskutieren und über die jeweilige Relevanz für RS und NKI verhandeln.

Im Bereich jener Kompetenzen, die gestrichen wurden, gab es meist geringe Unterschiede zwischen jenen für RS und jenen für NKI. Der Median lag bei RS bei 17 und bei NKI bei 16, was einen Unterschied von durchschnittlich lediglich einer Kompetenz bedeutete. Einzig in St. Pölten wurden 6 Kompetenzen mehr für RS gestrichen. Die Anzahl der Streichungen war in diesem Workshop aber generell weit höher als in den restlichen.

Jene Kompetenzen die mit sehr bis äußerst relevant, oder auch anders ausgedrückt mit 3 Punkten oder +, bewertet wurden, war bei den Workshops auch sehr unterschiedlich. Der Median für NKI lag bei 28 und jener für RS bei 16. Die Differenz lag hierbei bei 12 Kompetenzen, was den höchsten Wert aller 4 möglichen Bewertungsstufen darstellt. Dies unterstreicht die Annahme der Stakeholder bei den Workshops, dass das Aufgabenspektrum und das Tätigkeitsfeld von NKI in der Notfallrettung weit umfangreicher ist als jenes von RS im Krankentransport. 4 der Workshops lagen mit der Differenz zwischen RS und NKI nahe dem Median, lediglich in Graz betrug der Unterschied nur 3 Teilkompetenzen mehr für NKI.

Die Anzahl der Teilkompetenzen, welche mit deutlich bis sehr relevant bewertet wurden, ist mit 20 auf Seiten der RS höher als jener für NKI mit 14, was einer Differenz von 6 Kompetenzen entspricht. Jene Kompetenzen, die mit plus für NKI bewertet wurden, wurden bei RS dann in vielen Fällen mit ~ oder 2 Punkten bewertet. Dies zeigt einerseits, dass zwar viele Kompetenzen für NKI höhere Relevanz besitzen, trotzdem aber auch für RS relevant

sind. Wiederum bilden die Ergebnisse von 4 Workshops dieses Bild sehr gut ab. Lediglich in Graz wurden auf Seiten der NKI mehr Kompetenzen mit ~ bewertet als für RS.

Jene Kompetenzen, die mit minus oder einem Punkt bewertet wurden, waren teilweise bis ziemlich relevant für RS und NKI. Dies bedeutet, dass eine gewisse Relevanz im RD zwar vorhanden ist, was eine Streichung nicht gerechtfertigt hätte, die Aufnahme der Kompetenzen in die Profile aber nicht unbedingt notwendig ist. Dementsprechend wurde auch bei den Workshops darauf hingewiesen, dass diese Kompetenzen im Zuge der Workshops nicht ausformuliert werden würden. Dieser Bewertungsbereich ist der einzige Bereich, bei dem es völlige Übereinstimmung darüber gab, dass mehr Kompetenzen auf Seiten der RS mit minus bewertet wurden als auf Seiten der NKI. Dies war vor allem darauf zurückzuführen, dass Kompetenzen mehr Relevanz für NKI hatten, aber nicht gänzlich irrelevant für RS waren. Damit lässt sich auch die Differenz von 9 zwischen RS und NKI erklären. Für RS wurden im Durchschnitt 11 Kompetenzen als teilweise bis ziemlich relevant bewertet, für NKI nur 2.

6.11.4 Vergleich der Ergebnisse der Gruppenphase und der Internetumfrage

Im Folgenden soll eine Gegenüberstellung der Bewertungen der einzelnen Workshops und Grundkompetenzen erfolgen. Zuerst werden die Ergebnisse von RS besprochen, im Anschluss jene für NKI. Bei diesen Vergleichen ist die farbliche Kodierung nach den Ergebnissen der Internetumfrage (Median-U-Intervall) ausgerichtet. Ergebnisse der Workshopstandorte, welche die gleiche Bewertung der Relevanz von Kompetenzen aufwiesen, sind demnach grün. Jene, die einen Punkt Unterschied haben, gelb, und jene mit 2 Punkten Unterschied, rot.

6.11.4.1 *RettungssanitäterIn*

Die Ergebnisse der Gruppenphase und jene der Internetumfrage für RS variieren teilweise signifikant. Dies ist primär eine Höherbewertung der Ergebnisse bei der Internetumfrage zurückzuführen, worauf bereits eingegangen wurde. Hier sollen nun die Ergebnisse bezüglich der 4 Grundkompetenzen aufgeschlüsselt werden.

6.11.4.1.1 P: Personale Kompetenz - Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage

P - Personale Kompetenz RS	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median Gruppe	Median U-Intervall
Loyalität	1	0	0	3	3	1	2
Normativ-ethische Einstellung	3	2	2	3	3	3	2
Glaubwürdigkeit	3	1	3	3	3	3	3
Eigenverantwortung	2	2	2	3	2	2	3
Einsatzbereitschaft	2	0	2	3	3	2	3
Selbstmanagement	1	3	2	3	3	3	2
Schöpferische Fähigkeit	0	0	2	1	1	1	1
Offenheit für Veränderungen	1	0	2	2	3	2	2
Humor	3	0	0	3	2	2	2
Hilfsbereitschaft	3	2	2	3	3	3	3
Mitarbeiterförderung	0	0	0	1	0	0	2
Delegieren	1	0	2	2	2	2	2
Lernbereitschaft	1	2	3	2	3	2	3
Ganzheitliches Denken	1	1	2	2	3	2	3
Disziplin	3	1	2	3	3	3	3
Zuverlässigkeit	0	3	3	3	3	3	3

Tabelle 38: Personale Kompetenz - Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (RS)

Im Bereich der Personalen Kompetenzen wurde ein Großteil der Teilkompetenzen im Zuge der Internetumfrage mit sehr bis äußerst relevant bewertet. In der Gruppenphase war dies allerdings für viele Teilkompetenzen nicht der Fall. Die Gründe hierfür wurden schon mehrfach genannt.

Die Kompetenz, bei der es große Übereinstimmung gab, war etwa „Zuverlässigkeit“, wofür, bis auf den Workshop in Wien, durchwegs eine äußerst hohe Relevanz bestimmt wurde. In Wien wurde diese Kompetenz sogar gestrichen. Auch „Glaubwürdigkeit“ wurde bis auf den Workshop in St. Pölten immer als äußerst relevant für RS eingestuft. „Hilfsbereitschaft“ und „Delegieren“ waren zwei Kompetenzen, bei denen es zumindest bei 3 Workshops zu einer Übereinstimmung der Ergebnisse mit dem Median des Umfrageintervalls der Internetumfrage kam.

Unterschiede Ergebnisse Einzelworkshops zum Umfrage Intervall						
P - Personale Kompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	
Gleiche Relevanz		3	2	7	9	10
Unterschied 1		9	5	6	7	5
Unterschied min. 2		4	9	3	0	1
U. 2 Streichung		2	6	3	0	1

Tabelle 39: (P) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (RS)

Wie aus der Tabelle ersichtlich, wurden vor allem in Graz und Innsbruck die jeweiligen Teilkompetenzen ähnlich den Ergebnissen der Internetumfrage bewertet. Von 16 Teilkompetenzen waren in Innsbruck 10, in Graz 9, gleich bewertet. In Wien (9) und Graz (7) waren entsprechend viele Kompetenzen mit nur einem Punkt Unterschied zu verzeichnen. Durch die hohe Übereinstimmung der Relevanzen waren etwa in Graz gar keine

Kompetenzen mit 2 Punkten Unterschied vertreten, in Innsbruck lediglich eine Kompetenz. Von jenen Teilkompetenzen mit zwei Unterschieden war ein Großteil, in Wien 50 Prozent, in St. Pölten zwei Drittel, in Klagenfurt und Innsbruck alle Teilkompetenzen im Zuge der Gruppenphase gestrichen wurden. Während der Internetumfrage gab es nur selten so niedrige Werte sodass eine Streichung nötig gewesen wäre.

6.11.4.1.2 A: Aktivitäts- und Handlungskompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage

A - Aktivitäts- und Handlungskompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median Gruppe	Median U-Intervall
Entscheidungsfähigkeit	1	1	2	2	3	2	2
Gestaltungswille	1	0	1	0	2	1	2
Innovationsfreudigkeit	0	0	0	0	2	0	2
Belastbarkeit	2	3	3	3	3	3	3
Tatkraft	0	2	2	0	3	2	2
Mobilität	2	3	3	1	2	2	2
Ausführungsbereitschaft	0	2	2	3	3	2	3
Initiative	2	0	2	2	2	2	2
Optimismus	2	2	1	0	2	2	2
Soziales Engagement	2	3	1	3	3	3	3
Impulsgeben	0	0	1	1	1	1	2
Schlagfertigkeit	2	0	1	1	1	1	2
Ergebnisorientiertes Handeln	1	2	3	3	3	3	3
Zielorientiertes Führen	0	0	2	0	2	0	2
Beharrlichkeit	1	0	1	3	2	1	2
Konsequenz	1	2	2	2	3	2	2

Tabelle 40: Aktivitäts- und Handlungskompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (RS)

Die 16 (A)-Teilkompetenzen wurden von den Stakeholdern sehr differenziert bewertet. Während es mehrere äußerst relevante Teilkompetenzen gab, wurden auch mehrere Kompetenzen gestrichen. „Belastbarkeit“ ist etwa jene Kompetenz, welche durch ein durchwegs positives Ergebnis in allen Workshops hervorsteicht. Bis auf den Workshop in Wien, wurde diese Kompetenz immer mit 3 Punkten bewertet, so auch im Zuge der Internetumfrage. Auch bei der Teilkompetenz „Initiative“ gab es bei den Workshops 4 Übereinstimmungen, da diese Teilkompetenz mit deutlich relevant (2 Punkte) bewertet wurde. Dies war auch bei den Ergebnissen der Internetumfrage der Fall. Lediglich in St.Pölten wurde „Initiative“ für RS gestrichen. (A)-Kompetenzen, welche ebenfalls recht ähnliche Resultate aufweisen sind etwa „Soziales Engagement“, „Ergebnisorientiertes Handeln“ und „Konsequenz“. Diese Kompetenzen wurden in jeweils 3 Workshops und der Internetumfrage gleich bewertet.

Unterschiede Ergebnisse Einzelworkshops zum Umfrage Intervall					
A - Aktivitäts- und Handlungskompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck
Gleiche Relevanz		4	5	7	11
Unterschied 1		7	5	7	5
Unterschied min. 2		5	6	2	0
U. 2 Streichung		4	6	1	0

Tabelle 41: (A) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (RS)

Die Unterschiede der Bewertungen der (A)-Kompetenzen für RS waren mitunter relativ gering. Vor Allem in Innsbruck wurden 11 Kompetenzen gleich der Internetumfrage bewertet. Dies ist aber aufgrund des durchwegs positiven Ergebnisses der Internetumfrage und die beinahe durchgehende Einstufung der Teilkompetenzen des Kompetenzatlas nicht verwunderlich. Aber auch in Klagenfurt wurden 14 der 16 Kompetenzen mit maximal einem Punkt Unterschied zur Internetumfrage bewertet. Von den 17 Ergebnissen, die mindestens 2 Punkte Unterschied aufwiesen, waren 15 Streichungen, welche während der Gruppenphase vorgenommen wurden.

6.11.4.1.3 S: Soziale- kommunikative Kompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage

S - Sozial- kommunikative Kompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median Gruppe	Median U-Intervall
Konfliktlösungsfähigkeit	3	2	1	0	2	2	2
Integrationsfähigkeit	3	3	1	3	3	3	3
Teamfähigkeit	3	3	3	3	3	3	3
Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	3	2	2	3	2	2	3
Akquisitionsstärke	0	0	0	0	0	0	1
Problemlösungsfähigkeit	2	2	2	3	2	2	2
Experimentierfreude	0	0	0	0	0	0	1
Beratungsfähigkeit	0	0	0	1	1	0	2
Kommunikationsfähigkeit	3	2	3	3	3	3	3
Kooperationsfähigkeit	3	2	3	3	3	3	3
Beziehungsmanagement	3	0	1	2	1	1	2
Anpassungsfähigkeit	2	2	3	1	3	2	3
Sprachgewandtheit	1	0	0	0	0	0	2
Verständnisbereitschaft	2	2	1	2	2	2	3
Pflichtgefühl	3	2	2	1	3	2	3
Gewissenhaftigkeit	3	3	2	3	3	3	3

Tabelle 42: Soziale- kommunikative Kompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (RS)

Im Bereich der Sozialen – und kommunikativen Kompetenz gab es durchwegs Konsens in der Gruppenphase. Dies war auch zu erwarten, da „soziale Kompetenzen“ in der Fachcommunity und in Fachzeitschriften, mittlerweile ein beliebter Begriff ist. (vgl. May & Mann, 2003; Unkel, 2011; Schwaigerlehner, 2012; Lückl, 2012; Figl, 2011) Im Kompetenzatlas ist diese Grundkompetenz ebenfalls, wie auch die anderen Grundkompetenzen, in 16 Teilkompetenzen aufgeteilt. „Teamfähigkeit“, dem ebenfalls schon mehrere Publikationen gewidmet wurden, wurde durchwegs mit äußerst relevant, 3 Punkten bewertet, so auch im Zuge der Internetumfrage. Andere Teilkompetenzen mit 4 Übereinstimmungen bei den Workshops und ebenfalls dem Ergebnis der Internetumfrage waren „Integrationsfähigkeit“, „Problemlösungsfähigkeit“, „Kommunikationsfähigkeit“, „Kooperationsfähigkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“. „Experimentierfreude“ und „Akquisitionsstärke“ wurden zwar in allen Workshops gleich bewertet, in diesem Falle gestrichen, aber bei der Internetumfrage als teilweise relevant interpretiert. Dies war vorwiegend der Fall, weil der PatientInnenfokus noch nicht so stark in den Köpfen der

Stakeholder verankert war. Ähnliches gilt für „Beratungsfähigkeit“. „Sprachgewandtheit“ wurde in 4 der 5 Workshops gestrichen. Dies war insbesondere auf die Überschneidung mit anderen Kompetenzen zurückzuführen. Bei der Internetumfrage wurde diese Teilkompetenz immerhin mit ziemlich relevant bewertet.

Unterschiede Ergebnisse Einzelworkshops zum Umfrage Intervall					
S - Sozial- kommunikative Kompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck
Gleiche Relevanz	8	5	5	7	9
Unterschied 1	7	8	8	5	6
Unterschied min. 2	1	3	3	4	1
U. 2 Streichung	1	3	2	2	1

Tabelle 43: (S) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (RS)

Auch bei den (S)-Kompetenzen gab es hohe Übereinstimmungen zwischen den Bewertungen während der Gruppenphase und den Ergebnissen der Internetumfrage. Bei allen Workshops bis auf Graz wurden mehr als drei Viertel der Teilkompetenzen mit maximal einem Punkt Unterschied bewertet, in Graz wurde zumindest ein Viertel, 4 Teilkompetenzen, mit 2 Punkten Unterschied beschrieben. Die Kompetenzen mit mindestens 2 Punkten Unterschied waren aber wiederum zu einem großen Teil Streichungen während der Gruppenphase.

6.11.4.1.4 F: Fach- und Methodenkompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage

F Fach- und Methodenkompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median Gruppe	Median U-Intervall
Wissensorientierung	2	1	1	1	3	1	2
Analytische Fähigkeiten	2	0	2	0	2	2	2
Sachlichkeit	2	2	1	2	2	2	2
Beurteilungsvermögen	3	3	2	3	2	3	3
Konzeptionsstärke	0	0	0	0	0	0	1
Organisationsfähigkeit	0	0	2	0	2	0	2
Fleiss	2	0	0	1	3	1	2
Systematisch-methodisches Vorgehen	2	0	2	3	3	2	2
Projektmanagement	0	0	1	0	0	0	1
Folgebewusstsein	1	2	3	2	3	2	2
Lehrfähigkeit	0	0	0	0	0	0	2
Fachliche Anerkennung	0	3	0	0	1	0	2
Fachwissen	3	2	3	3	3	3	3
Marktkennntnis	0	0	0	0	0	0	1
Planungsverhalten	2	0	2	0	2	2	1
Fachübergreifende Kenntnisse	2	0	1	1	2	1	2

Tabelle 44: Fach- und Methodenkompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (RS)

Die Grundkompetenz Fach- und Methodenkompetenz beinhaltet jene Kompetenzen, die wie Fachwissen oft als Essenz der Tätigkeit als RS gesehen werden. Wie schon eingangs erwähnt, war es im Zuge der Profile wichtig viel tiefer zu gehen als sich auf reines Fachwissen zu beschränken. Im Bereich der (F)-Kompetenzen, gab es aber im Vergleich zu den bisher beschriebenen Grundkompetenzen weniger Konsens über die Bewertungen der Relevanzen

zwischen den Gruppenphasen und der Internetumfrage. „Sachlichkeit“ und „Fachwissen“ wurden bei 4 Workshops und im Zuge der Internetumfrage als äußerst relevant eingestuft. „Analytische Fähigkeiten“ und „Beurteilungsvermögen“ wiesen zumindest bei 3 Workshops und der Internetumfrage gleiche Bewertungen auf. Generell gab es aber bedingt durch Streichungen große Unterschiede bei den Bewertungen während der Gruppenphase und der Internetumfrage. Dies war vor allem bei „Konzeptionsstärke“, „Organisationsfähigkeit“, „Projektmanagement“, „Lehrfähigkeit“, „Fachliche Anerkennung“ und „Marktkennntnis“ der Fall.

Unterschiede Ergebnisse Einzelworkshops zum Umfrage Intervall					
F Fach- und Methodenkompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck
Gleiche Relevanz	3	2	3	2	2
Unterschied 1	7	6	7	6	9
Unterschied min. 2	6	8	6	8	5
U. 2 Streichung	5	8	3	7	3

Tabelle 45: (F) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (RS)

Wie schon erwähnt, waren jene Kompetenzen, bei denen es gleiche Bewertungen der Relevanz gab, eher gering. Der zahlenmäßig größte Anteil fand sich im Bereich jener Kompetenzen, die mit mehr als 2 Punkten Unterschied bewertet wurden. Von diesen 28 Kompetenzen aller Workshops wurden aber 23 bei der Gruppenphase gestrichen, was die großen Unterschiede gut zu erklären vermag.

6.11.4.1.5 Übereinstimmungen und Streichungen RS

Mit Hilfe von Diagrammen soll hier nochmals ein Überblick über die Übereinstimmungen und Streichungen bei den Bewertungen der Kompetenzen für RS gegeben werden.

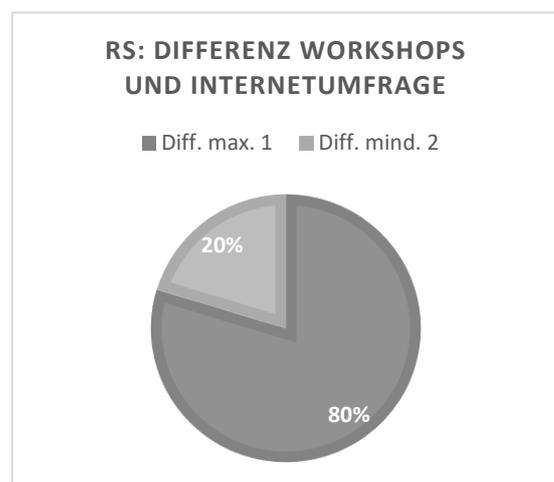
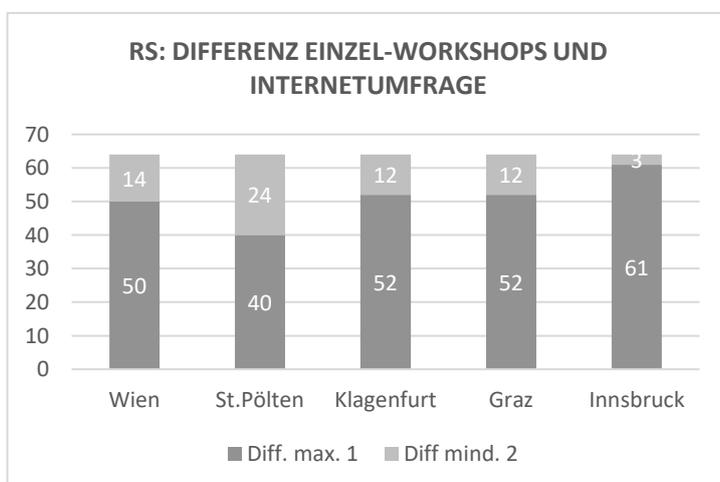


Abbildung 56: RS: Differenz der Einzel-Workshops und der Internetumfrage
Abbildung 57: RS: Differenz der Workshops und der Internetumfrage

Auf Grund der 4 möglichen Resultate wurden die Ergebnisse auf eine Differenz von maximal 1 und eine Differenz von mindestens 2 aufgeteilt. Hier zeigt sich, dass ein Großteil der Kompetenzen mit maximal einem Punkt Unterschied, von maximalen 4 Punkten, bewertet wurde. Von den 64 möglichen Teilkompetenzen wurden in Wien 50, in St. Pölten 40, in Klagenfurt und Graz 52 und in Innsbruck sogar 61 mit maximal einem Punkt Differenz bewertet. Dies entspricht einem Anteil von 80 Prozent aller Kompetenzen. Ein wesentlicher Faktor bei jenen Kompetenzen, die mindestens zwei Punkte Unterschied aufwiesen, war in jedem Fall der Umstand, ob es sich dabei um Streichungen während der Gruppenphase handelte oder nicht.

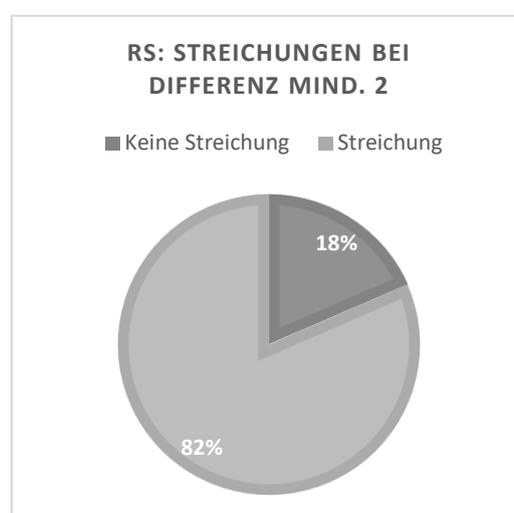
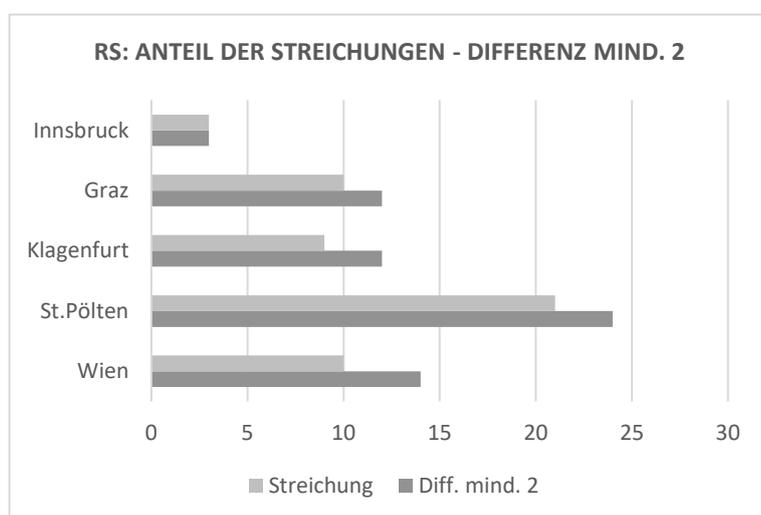


Abbildung 58: RS: Anteil der Streichungen - Differenz mindestens 2

Abbildung 59: RS: Prozentueller Anteil der Streichungen bei einer Differenz von mindestens 2

In Innsbruck etwa waren alle Kompetenzen, die mindestens 2 Punkte Differenz aufwiesen, Streichungen der Gruppenphase. Zahlenmäßig war der Workshop in Innsbruck aber auch generell jener mit den wenigsten, 3, Streichungen. In Graz und Klagenfurt wurden zwar gleich viele Kompetenzen mit 2 Punkten Differenz bewertet, in Graz waren davon 10 Streichungen, in Klagenfurt 9. Eine ähnliche Situation gab es in Wien, wo von 14 Kompetenzen mit 2 Punkten Unterschied 10 Streichungen zu verzeichnen waren. Jener Workshop mit den meisten Streichungen war eindeutig St. Pölten, wobei 21 von 24 Kompetenzen, welche mit 2 Punkten Differenz zwischen der Gruppenphase und der Internetumfrage bewertet wurden, auf Streichungen während der Gruppenphase zurückzuführen waren. Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass 82 Prozent jener Kompetenzen, die 2 Punkte Differenz aufwiesen, Streichungen während der Gruppenphase waren.

6.11.4.2 NotfallsanitäterIn NKI

Im Bereich der NKI gibt es ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen den Workshopergebnissen und der individuellen Internetumfrage der Stakeholder. Besonders im Bereich der Personalen-, sowie der Aktivitäts- und Handlungskompetenz gibt es etliche gleich bewertete Kompetenzen. Im Bereich der Fachkompetenzen etwa erfolgten in den Workshops viele Streichungen, was zu Unterschieden bei den Ergebnissen der Gruppenphase und der Internetumfrage führte. Generell wurde aber vielen Teilkompetenzen des Kompetenzatlas für NKI höhere Relevanz zuerkannt, als etwa für RS.

6.11.4.2.1 P: Personale Kompetenz - Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage

P - Personale Kompetenz NKI	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median Gruppe	Median U-Intervall
Loyalität	1	0	0	3	3	1	3
Normativ-ethische Einstellung	3	2	2	3	3	3	3
Glaubwürdigkeit	3	2	3	3	3	3	3
Eigenverantwortung	3	3	2	3	3	3	3
Einsatzbereitschaft	3	0	2	3	3	3	3
Selbstmanagement	3	3	3	3	3	3	3
Schöpferische Fähigkeit	0	0	2	2	2	2	2
Offenheit für Veränderungen	2	0	3	2	3	2	3
Humor	3	0	0	2	2	2	1
Hilfsbereitschaft	3	2	2	3	3	3	3
Mitarbeiterförderung	2	0	0	1	0	0	3
Delegieren	3	3	3	3	3	3	3
Lernbereitschaft	3	3	3	2	3	3	3
Ganzheitliches Denken	3	3	3	3	3	3	3
Disziplin	3	2	2	3	3	3	3
Zuverlässigkeit	0	3	3	3	3	3	3

Tabelle 46: Personale Kompetenz - Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (NKI)

Speziell im Bereich der (P)-Kompetenzen gab es etliche Übereinstimmungen zwischen den Entscheidungen der Gruppenphase und den Bewertungen der Internetumfrage. „Selbstmanagement“, „Delegieren“ oder „Ganzheitliches Denken“ etwa wurden bei allen Workshops sowie der Internetumfrage als äußerst relevant mit 3 Punkten bewertet. „Glaubwürdigkeit“, „Eigenverantwortung“, „Lernbereitschaft“ und „Zuverlässigkeit“ wurden bis auf jeweils einen Workshop ebenfalls mit 3 Punkten bewertet. Lediglich „Zuverlässigkeit“ wurde beim Workshop in Wien gestrichen, also als wenig relevant für NKI interpretiert. Große Unterschiede gab es etwa im Bereich der Teilkompetenz „Mitarbeiterförderung“, welche aber, so zeigte es sich bei den Workshops, eher weniger für eine kompetente PatientInnenversorgung notwendig ist. Diese Teilkompetenz ist eher für Führungskräfte relevant. Während der Internetumfrage war dieser PatientInnenfokus aber mehreren Stakeholdern noch nicht in dem Maße bewusst, als dass sie ihn über Organisationsbelange stellten.

Unterschiede Ergebnisse Einzelworkshops zum Umfrage Intervall					
P - Personale Kompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck
Gleiche Relevanz	10	9	8	12	14
Unterschied 1	2	2	6	3	1
Unterschied min. 2	4	5	2	1	1
U. 2 Streichung	2	5	2	0	1

Tabelle 47: (P) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (NKI)

Auf Grund der überwiegend hohen Bewertungen der Relevanz während der Gruppenphase und der Internetumfrage gab es etliche Übereinstimmungen. In allen Workshops betrug diese Übereinstimmung mindestens 8 Teilkompetenzen, was der Hälfte aller 16 (P)-Kompetenzen entspricht. In Innsbruck wurden sogar 14 der 16 Kompetenzen gleich bewertet, in Graz 12. Die Anzahl jener Kompetenzen die einen Punkt Unterschied zu verzeichnen hatten, war bis auf 6 in Klagenfurt gering. Von den 4 Teilkompetenzen mit 2 Punkten Unterschied in Wien und den 5 in St.Pölten, waren 7 davon Streichungen während der Gruppenphase. „Humor“ wurde in Wien als überaus relevant bewertet, was für die anderen Workshops und die Internetumfrage keine allgemeine Gültigkeit hatte.

6.11.4.2.2 A: Aktivitäts- und Handlungskompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage

A - Aktivitäts- und Handlungskompetenz NKI	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median Gruppe	Median U-Intervall
Entscheidungsfähigkeit	3	3	3	2	3	3	3
Gestaltungswille	2	0	2	0	2	2	2
Innovationsfreudigkeit	0	0	0	0	2	0	2
Belastbarkeit	2	3	3	3	3	3	3
Tatkraft	0	2	2	2	3	2	3
Mobilität	3	3	3	1	3	3	3
Ausführungsbereitschaft	0	2	3	3	3	3	3
Initiative	2	3	3	3	3	3	3
Optimismus	2	1	1	0	2	1	3
Soziales Engagement	2	0	1	3	3	2	3
Impulsgeben	2	2	1	2	2	2	2
Schlagfertigkeit	2	0	2	1	2	2	2
Ergebnisorientiertes Handeln	2	2	3	3	3	3	3
Zielorientiertes Führen	0	3	3	0	3	3	3
Beharrlichkeit	2	2	1	2	3	2	2
Konsequenz	2	1	2	3	3	2	3

Tabelle 48: Aktivitäts- und Handlungskompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (NKI)

Trotz der vielen Unterschiede bei den Bewertungen der Teilkompetenzen konnten etliche Übereinstimmungen der Ergebnisse der Gruppenphasen und der Internetumfrage für (A)-Kompetenzen gefunden werden. „Entscheidungsfähigkeit“, „Belastbarkeit“, „Mobilität“, „Initiative“, und „Impulsgeben“ wurden jeweils gleich bewertet. Bis auf Letzteres waren diese mit äußerst relevant bewertet worden. „Mobilität“ etwa wurde immer bis auf den Workshop in Graz, als sehr relevant bewertet, in Graz wurde die geforderte Flexibilität von NKI nur als teilweise bis ziemlich relevant, was einen Punkt bedeutete, bewertet. „Innovationsfreude“ zum Beispiel wurde bei 4 Workshops der Gruppenphase gestrichen, in Innsbruck und im Zuge

der Internetumfrage aber mit 2 Punkten bewertet. Dies zeigt wiederum die ähnlich positiven Bewertungen der Internetumfrage, vor der mehrfachen Beharrung auf dem PatientInnenfokus der Untersuchung und der Ergebnisse in Innsbruck, auf.

Unterschiede Ergebnisse Einzelworkshops zum Umfrage Intervall					
A - Aktivitäts- und Handlungskompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck
Gleiche Relevanz	5	7	8	8	13
Unterschied 1	7	3	5	4	3
Unterschied min. 2	4	6	3	4	0
U. 2 Streichung	4	4	1	4	0

Tabelle 49: (A) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (NKI)

Die Ergebnisse der (A)-Teilkompetenzen waren für NKI sehr unterschiedlich, sowohl bei den Workshops als auch im Vergleich zur Internetumfrage, die Unterschiede der Anzahl für die jeweiligen Intervalle waren für diese Grundkompetenz die geringsten. Lediglich in Innsbruck wurden 13 der 16 Teilkompetenzen gleich bewertet wie bei der Internetumfrage. Dies ist aber wiederum darauf zurückzuführen, dass sowohl bei der Gruppenphase in Innsbruck als auch bei der Internetumfrage die Ergebnisse sehr hoch ausfielen und viele Kompetenzen als äußerst relevant bewertet wurden. Dennoch wurden auch in den Gruppenphasen in St. Pölten, Klagenfurt und Wien etwa die Hälfte der Kompetenzen gleich bewertet, wie im Zuge der Internetumfrage. In Wien verschoben sich die Relevanzen der Teilkompetenzen im Vergleich zu den anderen Workshops nach unten, weswegen hier beinahe die Hälfte der Kompetenzen, 7 von 16, einen Punkt Unterschied zur Internetumfrage aufwies. Auf Basis der hohen Relevanzbewertung in Innsbruck gab es folgend auch keine Kompetenzen mit mindestens 2 Punkten Unterschied. Von den 17 Kompetenzen mit 2 Punkten Unterschied waren 13 Streichungen.

6.11.4.2.3 S: Soziale- kommunikative Kompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage

S - Sozial- kommunikative Kompetenz NKI	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median Gruppe	Median U-Intervall
Konfliktlösungsfähigkeit	3	2	1	0	2	2	3
Integrationsfähigkeit	3	3	1	3	3	3	3
Teamfähigkeit	3	3	3	3	3	3	3
Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	3	0	2	0	2	2	3
Akquisitionsstärke	0	0	0	0	0	0	2
Problemlösungsfähigkeit	3	3	3	3	3	3	3
Experimentierfreude	0	0	0	0	0	0	2
Beratungsfähigkeit	0	0	0	2	2	0	2
Kommunikationsfähigkeit	3	2	3	3	3	3	2
Kooperationsfähigkeit	3	3	3	3	1	3	3
Beziehungsmanagement	3	0	1	1	3	1	3
Anpassungsfähigkeit	2	3	3	0	3	3	3
Sprachgewandtheit	2	0	0	1	0	0	3
Verständnisbereitschaft	2	2	1	1	2	2	2
Pflichtgefühl	3	2	2	2	3	2	2
Gewissenhaftigkeit	3	3	2	3	3	3	3

Tabelle 50: Soziale- kommunikative Kompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (NKI)

Soziale Kompetenzen sind mittlerweile schon ein viel diskutiertes Schlagwort, wenn man über Anforderungen im Rettungsdienst spricht. Wie schon bei den RS, wurden auch etliche (S)-Kompetenzen für NKI als relevant bewertet. Einer der Unterschiede, warum es allerdings weniger Übereinstimmung bei den NKI gab, war, dass NKI bei Notfällen effizient, flexibel und rasch agieren müssen, um etwa PatientInnenleben retten zu können, bei RS im Krankentransport entfällt dies größtenteils und so steht das Miteinander mit PatientInnen eher im Vordergrund als bei NKI. NKI müssen in Notfallsituationen natürlich auch soziale- und kommunikative Kompetenzen anwenden können, diese dienen aber vorwiegend der Beherrschung des jeweiligen Notfalls unter Einbezug von PatientInnen, Angehörigen, ErsthelferInnen, Krankenhauspersonal und Akteuren von anderen HiOrgs. Dass NKI über eine solche „Problemlösungsfähigkeit“ verfügen müssen, wurde durch die Ergebnisse der Internetumfrage und aller Workshops bestätigt – das Problem stellt in dem Fall der Notfall dar und für diesen müssen NKI eine passende Lösung finden. Eine weitere Kompetenz, die damit auch direkt in Zusammenhang steht, war „Teamfähigkeit“. Dies ist insofern essenziell, da auch NKI meistens im Team zu Notfällen ausrücken und somit Entscheidungen treffen, sowie Versorgung gemeinsam mit den anderen Teammitgliedern durchführen müssen. Auch diese Teilkompetenz wurde in den Gruppenphasen, sowie der Internetumfrage, mit 3 Punkten bewertet. Weitere Kompetenzen, die mindestens bei 4 Workshops und bei der Internetumfrage die gleiche Bewertung der Relevanz erhielten, waren: „Integrationsfähigkeit“, „Kooperationsfähigkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“. Nichtsdestotrotz gab es auch große Unterschiede bei den Bewertungen, besonders wenn es sich wie etwa bei „Akquisitionsstärke“ oder „Experimentierfreude“ um Kompetenzen handelte, die in den Gruppenphasen gänzlich gestrichen wurden.

Unterschiede Ergebnisse Einzelworkshops zum Umfrage Intervall					
S - Sozial- kommunikative Kompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck
Gleiche Relevanz	9	9	5	7	8
Unterschied 1	4	1	4	2	4
Unterschied min. 2	3	6	7	7	4
U. 2 Streichung	3	6	4	5	3

Tabelle 51: (S) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (NKI)

Etwa die Hälfte der (S)-Kompetenzen wurde jeweils in den Gruppenphasen und der Internetumfrage mit den gleichen Werten der Relevanz für NKI bewertet. Lediglich in Klagenfurt war die Anzahl mit 5 deutlich unter der Hälfte der Teilkompetenzen. Ebenfalls etwa die Hälfte der Kompetenzen verteilte sich in Klagenfurt und Graz auf jene Teilkompetenzen, welche einen Unterschied von mindestens 2 Punkten erzielten. Von 27 (S)-Kompetenzen

während der Workshops, die mindestens 2 Punkte Unterschied verbuchten, waren 21 Streichungen im Zuge der Gruppenphasen. Die Anzahl jener Kompetenzen, die nur einen Punkt Unterschied aufwiesen, war demnach verhältnismäßig gering – nur in Wien, Klagenfurt und Innsbruck betrug sie ein Viertel aller (S)-Kompetenzen.

6.11.4.2.4 F: Fach- und Methodenkompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage

F Fach- und Methodenkompetenz NKI	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	Median Gruppe	Median U-Intervall
Wissensorientierung	3	3	1	2	3	3	3
Analytische Fähigkeiten	3	3	3	3	3	3	3
Sachlichkeit	3	3	1	2	2	2	3
Beurteilungsvermögen	3	3	2	3	3	3	3
Konzeptionsstärke	0	0	0	0	0	0	2
Organisationsfähigkeit	0	0	2	0	2	0	3
Fleiss	2	0	0	1	3	1	2
Systematisch-methodisches Vorgehen	3	3	2	3	3	3	2
Projektmanagement	0	0	1	0	0	0	2
Folgebewusstsein	3	3	3	3	3	3	3
Lehrfähigkeit	0	0	0	0	0	0	3
Fachliche Anerkennung	0	3	0	0	1	0	3
Fachwissen	3	3	3	3	3	3	3
Marktkenntnis	0	0	0	0	0	0	2
Planungsverhalten	0	0	2	0	2	0	2
Fachübergreifende Kenntnisse	3	2	1	2	3	2	3

Tabelle 52: Fach- und Methodenkompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (NKI)

Es scheint unbestritten zu sein, dass in medizinischen Berufen, und dazu zählen auch NKI, Fachkompetenzen essenziell sind. Im Falle des Kompetenzatlas bestehen die Fach- und Methodenkompetenzen allerdings aus 16 Teilkompetenzen, welche für NKI in der Notfallrettung einzeln bewertet wurden. „Analytische Fähigkeiten“, „Folgebewusstsein“ und „Fachwissen“ waren unbestritten jene 3 Kompetenzen, die durchwegs als äußerst relevant, mit der Maximalpunktzahl, während der Gruppenphasen und der Internetumfrage bewertet wurden. Auch Beurteilungsvermögen wurde bei 4 der 5 Workshops und im Zuge der Internetumfrage mit 3 Punkten bewertet. Gleichzeitig gab es im Bereich der (F)-Kompetenzen für NKI aber auch große Unterschiede bei den Bewertungen zwischen den Gruppenphasen und der Bewertung während der Internetumfrage. „Marktkenntnis“, „Lehrfähigkeit“, „Projektmanagement“ und „Konzeptionsstärke“ waren etwa Kompetenzen, welche in den Gruppenphasen beinahe immer gestrichen wurden, im Zuge der Internetumfrage aber teilweise als „deutlich bis sehr relevant“ gesehen wurden. Dies ist aber wiederum darauf zurückzuführen, dass bei den Bewertungen der Internetumfrage nicht nur die Versorgung von PatientInnen in den Fokus gerückt wurde, sondern auch organisationsinterne Interessen.

Unterschiede Ergebnisse Einzelworkshops zum Umfrage Intervall						
F Fach- und Methodenkompetenz	Wien	St.Pölten	Klagenfurt	Graz	Innsbruck	
Gleiche Relevanz	6	5	4	2	4	
Unterschied 1	4	5	4	8	8	
Unterschied min. 2	6	6	8	6	4	
U. 2 Streichung	6	6	4	6	3	

Tabelle 53: (F) – Kompetenzen: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (NKI)

Im Laufe der Gruppenphase kristallisierten sich immer mehr (F)-Kompetenzen heraus, welche nicht unmittelbar für die Versorgung von NotfallpatientInnen relevant waren und daher gestrichen wurden. Diese Kompetenzen wurden im Zuge der Internetumfrage aber teilweise sogar mit 2 von 3 Punkten bewertet. In Wien und St. Pölten wurden mit 6 bzw. 5 Kompetenzen gleicher Relevanz relativ viele Teilkompetenzen gleich bewertet. In Graz und Innsbruck wurde jeweils die Hälfte aller 16 Teilkompetenzen mit einem Punkt Unterschied bewertet. Die Zahl jener Kompetenzen, die mindestens 2 Punkte Unterschied hatte, war demnach vergleichsweise hoch. In Wien, St. Pölten und Graz waren dies 6 Kompetenzen, in Klagenfurt sogar 8. Von den 30 Kompetenzen aller Workshops, die mindestens 2 Punkte Unterschied verzeichneten, waren 25 im Laufe der Gruppenphase gestrichen worden.

6.11.4.2.5 Übereinstimmungen und Streichungen NKI

Unter Zuhilfenahme von Diagrammen soll hier nochmals ein Überblick über die Übereinstimmungen und Streichungen bei den Bewertungen der Kompetenzen für NKI erfolgen.

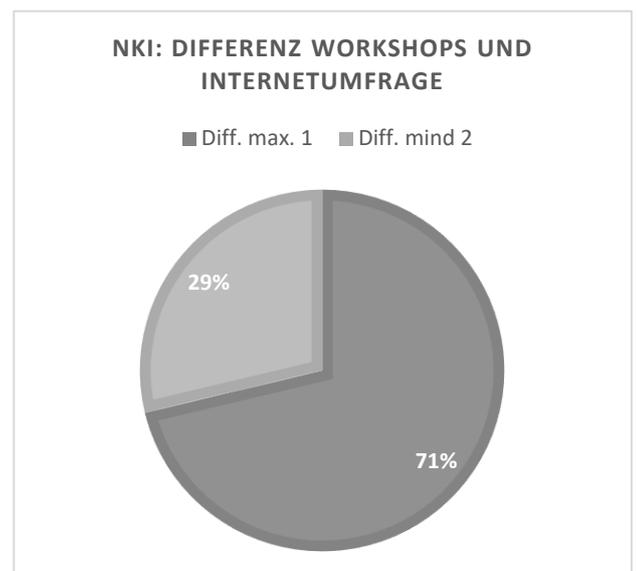
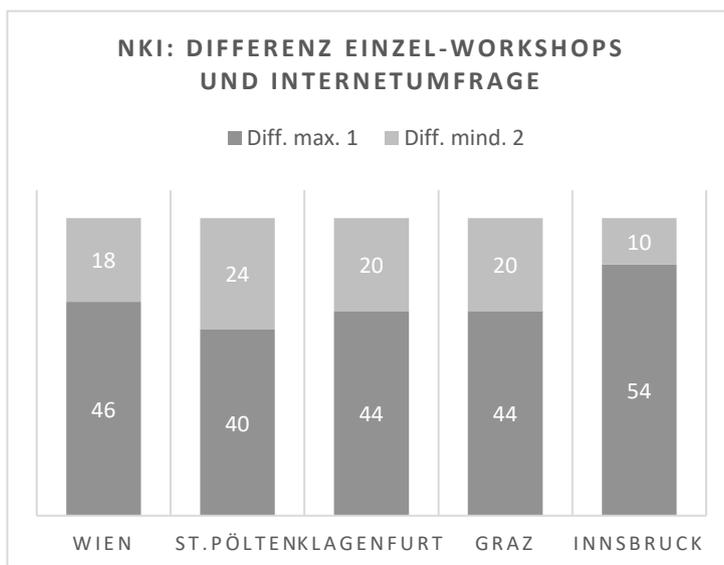


Abbildung 60: NKI: Differenz der Einzel-Workshops und der Internetumfrage

Abbildung 61: NKI: Differenz der Workshops und der Internetumfrage

Die 4 möglichen Bewertungen wurden in 2 Cluster zusammengefasst. Der erste beinhaltet jene Kompetenzen für NKI, die bei den Bewertungen der Gruppenphasen und im Zuge der Internetumfrage mit maximal einem Punkt Differenz bewertet wurden. Der zweite umfasst jene Teilkompetenzen, die mindestens 2 Punkte Differenz aufweisen. Die Spanne der Kompetenzen, die mindestens mit 2 Punkten Differenz bewertet wurden, liegt zwischen 10 und 24 Kompetenzen. Bei 64 möglichen Kompetenzen bedeutet dies, dass die jeweiligen Teilkompetenzen für NKI in den Gruppen und der Internetumfrage zu einem großen Teil, nämlich 72 Prozent, ähnlich bewertet wurden. Während in Innsbruck nur 10 Teilkompetenzen mit einer Differenz von 2 Punkten bewertet wurden, waren es in St. Pölten 24. Dies ist aber nicht verwunderlich, da in Innsbruck tendenziell die Ergebnisse zur Bewertung der Relevanz von Teilkompetenzen eher hoch war und es in St. Pölten verhältnismäßig viele Streichungen gab. Mit 18, 19 und 20 Teilkompetenzen mit 2 Punkten Unterschied liegen die anderen Workshops damit im Mittelfeld zwischen den Workshops Innsbruck und St.Pölten.

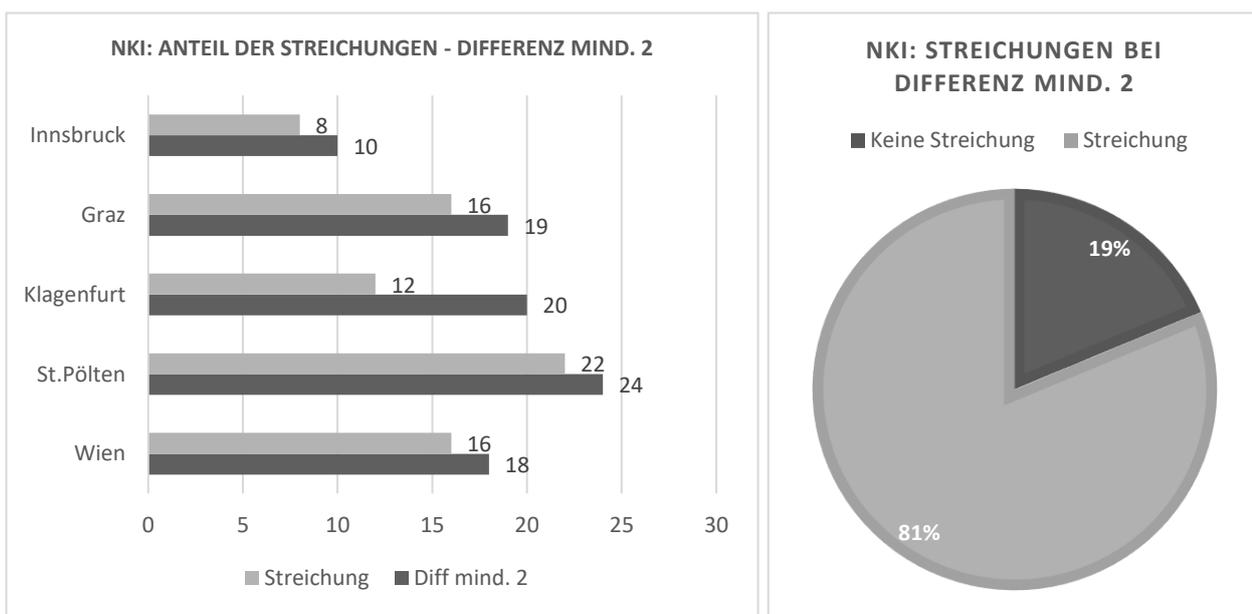


Abbildung 62: NKI: Anteil der Streichungen bei einer Differenz von mindestens 2

Abbildung 63: NKI: Prozentueller Anteil der Streichungen bei einer Differenz von mindestens 2

Bei den Detailergebnissen zu jenen Kompetenzen mit 2 Punkten Unterschied und deren Bezug zu den Streichungen bei den Gruppenphasen wird ersichtlich, dass sich die beiden Zahlen meist nur geringfügig unterscheiden. Während es in Innsbruck 10 dieser Kompetenzen gab, waren davon 8 Streichungen. Mehr Kompetenzen mit 2 Punkten Unterschied gab es etwa in Graz (19), Wien (18) und St.Pölten (24). Davon waren aber die meisten Kompetenzen Streichungen. Lediglich in Klagenfurt wurden 20 Teilkompetenzen mit großem

Punkteunterschied bewertet, wobei davon nur 12 Kompetenzen Streichungen waren. Rechnet man die Ergebnisse prozentual um, wird ersichtlich, dass es sich bei 81 Prozent dieser Kompetenzen für NKI um Streichungen handelte, welche bei den Bewertungen der Internetumfrage faktisch nicht existent waren. Dieses Ergebnis ist also sicherlich keine Überraschung.

6.11.4.2.6 Übereinstimmungen, Unterschiede und Streichungen RS Vs NKI aller Grundkompetenzen

In der folgenden Tabelle wurden die Gesamtergebnisse für RS und NKI in 2 Clustern zusammengefügt. Der erste Bereich beinhaltet die Anzahl jene Kompetenzen, die entweder mit gleicher Relevanz bewertet wurden oder maximal einem Punkt Unterschied. Der zweite Bereich weist jene Kompetenzen aus, welche eine Differenz von mindestens 2 Punkten Unterschied aufwiesen. Ergänzt wird dieser Bereich durch die Anzahl der Streichungen von jenen Kompetenzen, welche sich um mindestens 2 Punkte unterschieden.

	Max. 1	Diff. mind 2	Diff. 2 - Streichung
RS	255	65	53
NKI	228	92	75

Tabelle 54: Gesamtanzahl der Differenzen der Bewertungen für RS und NKI

Im Bereich der Rettungssanitäter und der NKI kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Summen jener Kompetenzen, welche maximal einen Punkt Differenz aufwiesen, sowie jene Kompetenzen, die mindestens 2 Punkte Differenz aufwiesen, doch recht unterschiedlich sind. Für RS ist die Anzahl der Kompetenzen mit maximal einem Punkt Differenz 255, für NKI 228. Bei den RS gibt es 65 Kompetenzen mit mindestens 2 Punkten Differenz, bei den NKI sind dies 92. Im Bereich der Streichungen waren davon 53 für RS zu verzeichnen und 75 für NKI. Dies bildet allerdings nicht die Gesamtzahl der Streichungen ab, sondern nur jene Streichungen der Kompetenzen, welche mindestens 2 Punkte Unterschied zwischen den Gruppenphasen und der Internetumfrage erzielten. Betrachtet man die Ergebnisse zu den einzelnen Teilkompetenzen differenziert und blickt auf jene Kompetenzen, welche als Schlüsselkompetenzen und Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI gelten, so fällt unweigerlich auf, dass sich auch die einzelnen Kompetenzen in den Profilen zum Teil stark unterscheiden. Die Gründe für die Bewertungen der Teilkompetenzen für RS und NKI in den Gruppenphasen wurden schon in Kapitel 6.10.3.9 detailliert

beschrieben, sowie auch die jeweiligen Unterschiede der Gruppenphasen und der Internetumfrage für jeweils RS und NKI in den vorangegangenen Kapiteln.

Zusammenfasst kann gesagt werden, dass jene Kompetenzen für RS während der Internetumfrage nicht als dermaßen relevant wie für NKI interpretiert wurden, was auch die Anzahl jener Kompetenzen, die nur einen Punkt Unterschied bei RS haben, erklärt. Im Laufe der Gruppenphase wurde nämlich im Detail über viele Kompetenzen diskutiert und man kam einerseits zu dem Schluss, dass die Anzahl der Kompetenzen in den Profilen natürlich nicht gleich aller 64 Kompetenzen des Kompetenzatlas sein kann, vor allem da viele Teilkompetenzen des Kompetenzatlas nicht gleichermaßen wichtig für RS sind. Gleiches gilt auch für NKI, obwohl einige Kompetenzen zum Teil sehr hoch bezüglich deren Relevanz für die Notfallrettung eingestuft wurden, was aber in den Gruppenphasen, durch die sehr auf Erfahrungen basierende Gruppendiskussion mitunter zur niedrigeren Bewertungen der Teilkompetenzen führte. Trotzdem lag die Anzahl jener Kompetenzen, die für NKI mit drei Punkten (+, sehr bis äußerst relevant) bewertet wurden im Mittel der fünf Gruppenphasen der Forschungsworkshops bei 28, für RS bei 16. Gleiches gilt auch für die Ergebnisse der Internetumfrage, bei welchen 45 Teilkompetenzen für NKI einen Median von 3 Punkten erzielten und für RS nur 23. Dies bestätigt also, dass sowohl im Zuge der Gruppenphasen, aber auch bei den Internetumfragen, die von den Stakeholdern einzeln bewertet wurden und die gleichen 64 Teilkompetenzen umfassten, die Anzahl der Kompetenzen, welche als sehr bis äußerst relevant bewertet wurden, für NKI weit höher ist als jene für RS. Dies ist, wie schon beschrieben, auf das weit umfangreichere Aufgabenspektrum und Tätigkeitsfeld von NKI in der Notfallrettung zurückzuführen.

6.11.5 Entscheidung über Aufnahme in die Anforderungsprofile für RS und NKI

Die bisher beschriebenen Ergebnisse der Workshops führten in weiterer Folge zur Aufnahme in das KOAP für RS und NKI oder dazu, dass Kompetenzen nicht in das Profil aufgenommen wurden. Vor allem jene Ergebnisse, die im Zuge der Gruppenphase während der 5 Workshops entstanden, trugen zu einem großen Teil zur Entscheidungsfindung bei. Die Ergebnisse der individuellen Internetumfrage wurden, wie beschrieben, auch als Absicherung und Kontrolle der Gruppenergebnisse verwendet.

Als erstes Element zur Entscheidungsfindung wurden die Gesamtpunkte der Workshop-Ergebnisse nach folgendem, schon mehrfach beschriebenen Konzept, zusammengezählt:

Bewertung der Relevanz pro Teilkompetenz	Beschreibung der Ausprägung	Punkte
+	Sehr bis äußerst relevant	3
~	Deutlich bis sehr relevant	2
-	Teilweise bis ziemlich relevant	1
Streichung	Weniger bis teilweise relevant	0

Tabelle 55: Konzept zur Bewertung der Teilkompetenzen

Exemplarisch soll hier der Prozess zur Entscheidungsfindung für die Teilkompetenz „normativ-ethische Einstellung“ beschrieben werden, welche als Schlüsselkompetenz in das KOAP für RS aufgenommen wurde.

Rettungssanitäter	Gruppenphase						Internetumfrage			Resultat
	Summe	gestrichen	minus	~	plus	Median gruppe	Median inet	Summe	Erg. Intv.	
P - Personale Kompetenz										
Loyalität	7	2	1	0	2	2	1	2	172	8
Normativ-ethische Einstellung	13	0	0	2	3	3	3	2	199	9
Glaubwürdigkeit	13	0	1	0	4	3	3	3	208	10
Eigenverantwortung	11	0	0	4	1	2	3	3	191	10
Einsatzbereitschaft	10	1	0	2	2	2	3	3	214	11
Selbstmanagement	12	0	1	1	3	3	3	2	193	9
Schöpferische Fähigkeit	4	2	2	1	0	1	1	1	123	6
Offenheit für Veränderungen	8	1	1	2	1	2	2	2	183	9
Humor	8	2	0	1	2	2	2	2	140	7
Hilfsbereitschaft	13	0	0	2	3	3	3	3	217	10
Mitarbeiterförderung	1	4	1	0	0	0	0	2	151	8
Delegieren	7	1	1	3	0	2	2	2	135	7
Lernbereitschaft	11	0	1	2	2	2	3	3	208	10
Ganzheitliches Denken	9	0	2	2	1	2	3	3	191	10
Disziplin	12	0	1	1	3	3	3	3	200	10
Zuverlässigkeit	12	1	0	0	4	3	3	3	231	12

Tabelle 56: Übersicht der Bewertungen der (P) - Kompetenz für RS

Ab 12 Punkten, was 4 Gruppenphasen mit 3 Punkten entspricht, wurden die Teilkompetenzen grün markiert, was bedeutete, dass diese Teilkompetenzen äußerst relevant, in dem Fall für RS ist. Für „normativ-ethische Einstellung“ bedeutete dies, wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich wird 13 Punkte. Diese setzen sich aus 3 Mal 3 Punkten für 3 + Bewertungen und 2 ~ Bewertungen, welche jeweils 2 Punkte bedeuten, zusammen. Streichungen oder minus Bewertungen gab es demnach keine. Dies bedeutete, dass „normativ-ethische Einstellung“ auch keine negativ-Bewertung erhielt, was auch einen negativen Einfluss auf die Aufnahme in die Kompetenzprofile gehabt hätte; Streichungen natürlich in höherem Maße als minus Bewertungen. Der Median der Gruppe wurde ebenfalls mit 3, was sehr bis äußerst relevant entspricht, errechnet und war somit ebenfalls als äußerst relevant für das Profil vermerkt und grün markiert.

Anschließend wurden auch 2 Werte der Internetumfrage in die Entscheidungsfindung miteinbezogen. Zuerst wurde der Median der Ergebnisse herangezogen und im Falle einer

Bewertung mit 3, was sehr bis äußerst relevant bedeutete, ebenfalls grün codiert. Die jeweiligen Intervalle für den Median errechneten sich aus den 12 Werten, welche während der Internetumfrage bewertet werden konnten und wurden anschließend den 4 Intervallen (Streichung, -, ~, +) der Gruppenphase zugeordnet. Als letzter Punkt, welcher entscheidend für die Aufnahme in die Anforderungsprofile war, wurde die Summe der Ergebnisse der Teilkompetenzen gebildet. Hierbei schnitt „normativ-ethische Einstellung“ mit 199 Punkten eher mittelmäßig ab. Auf Grund der sonst durchwegs positiven Ergebnisse wurde diese Teilkompetenz aber als eine, den Vorgaben nach 12-16 (Heyse, 2007: 105), Schlüsselkompetenzen für RS auserkoren.

Dieser Prozess zur Entscheidungsfindung wiederholte sich mehrfach und die Ergebnisse der Gruppenphase wurden auch reflektiert. Danach entschied sich, ob Kompetenzen als Schlüsselkompetenz oder Teilkompetenz des erweiterten Kompetenzatlas für RS oder NKI in die Profile aufgenommen wurden. Um aber auch die teilweise Entscheidungskompetenz der jeweiligen Stakeholder weiter wahren zu können, konnten die Stakeholder in der Evaluationsphase ihre Wünsche und Vorstellungen bezüglich der Teilkompetenzen kundtun. Durch das Heranziehen der Ergebnisse der Workshops und der Einzelergebnisse mussten aber keine Teilkompetenzen in den Profilen überarbeitet werden.

7 Evaluationsphase

Im Sinne partizipativer Forschung und der damit verbundenen Einbindung der Stakeholder in den Forschungsprozess wurden nach den fünf Forschungsworkshops die vorläufigen Ergebnisse an die Stakeholder verschickt, um Rückmeldungen zu den Ergebnissen zu erhalten.

Die Evaluation fand entwicklungsorientiert statt, indem die Stakeholder der Forschungsworkshops die beiden Anforderungsprofile evaluieren konnten. Kausal dafür war es, mögliche inhaltliche Fehler (z.B. rechtlicher Natur) oder Elemente, die bei der Erstellung der Profile schlichtweg vergessen wurden, in die Profile integrieren zu können. Auch eine Einschätzung zum Status-Quo der Ausprägungen der dargestellten und beschriebenen Kompetenzen erfolgte im entwicklungsorientierten Evaluationsprozess. (vgl. Ovetveit, 2002: 51)

7.1 Ablauf der Evaluationsphase

Der Ablauf der Evaluationsphase kann in drei einzelnen Teilen mit jeweils zwei Strängen beschrieben werden.

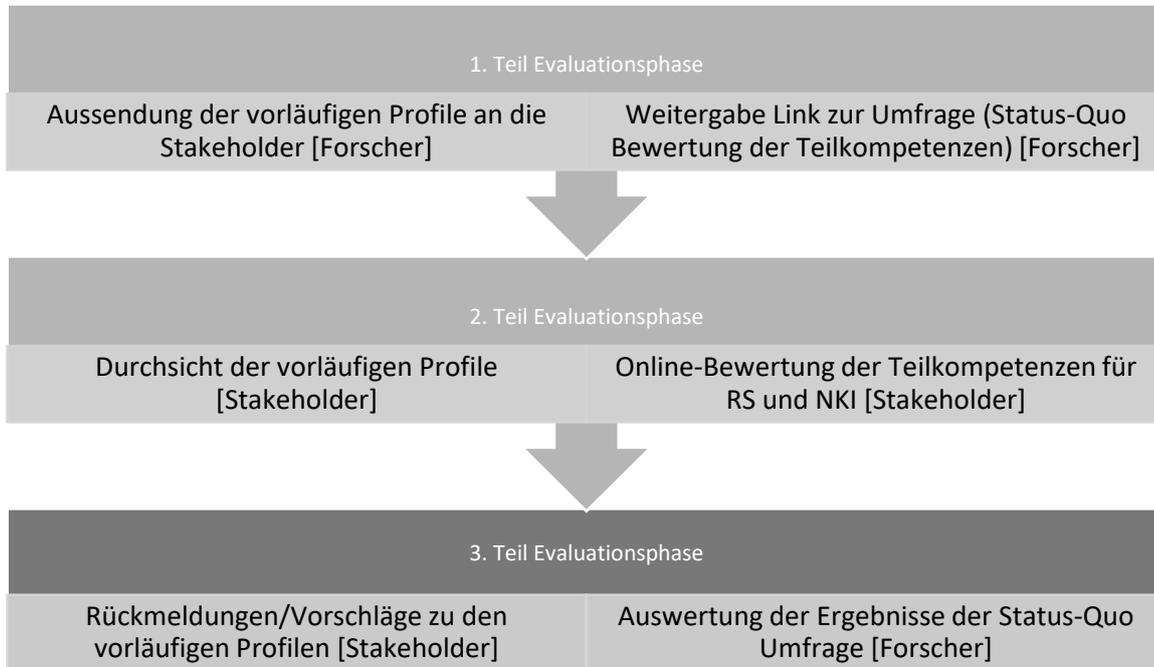


Abbildung 64: Die drei Teile der Evaluationsphase

Im ersten Teil wurden einerseits die vorläufigen KOAP für RS und NKI an die Stakeholder der fünf Forschungsworkshops und an vier weitere ExpertInnen gesendet. Wie bereits in Kapitel 6.2.4 beschrieben, wurden diese Stakeholder als Ergänzung hinzugezogen, um die ausständigen Positionen und Blickwinkel innerhalb des Ö-RD vertreten zu können. Zusätzlich bekundeten diese Stakeholder auch Interesse an der Teilnahme an den Forschungsworkshops, hatten aber aus unterschiedlichen Gründen keine Möglichkeit, an den Workshops teilzunehmen. Die Thematik und der Ablauf der Erstellung der Profile war auch den zusätzlichen Stakeholdern also vor der Evaluation der Profile bereits bekannt.

Andererseits wurde im ersten Teil auch der für zwei Monate gültige Link zur Online-Umfrage mit dem Zweck der Bewertung der Ausprägungen der Teilkompetenzen von RS und NKI im Österreichischen RD ausgesendet. Ziel dieser Bewertungen war es nicht, wie bereits beschrieben, repräsentative Aussagen zu allen RS bzw. NKI treffen zu können, sondern explorativ die jeweiligen Kompetenzen von SanitärerInnen in der Praxis durch die ExpertInnen der Workshops bewerten zu lassen. Aus den Ergebnissen konnten dann

grundlegende Aussagen zur Möglichkeit und Notwendigkeit der Kompetenzentwicklung von SanitäterInnen getroffen werden.

Im zweiten Teil der Evaluationsphase erhielten die Stakeholder die Möglichkeit, Rückmeldungen zu den Profilen zu geben, um Mögliche (inhaltliche) Fehler melden bzw. Bedenken oder Möglichkeiten zur Erweiterung äußern zu können. Zeitgleich konnten die Stakeholder die Ausprägungen der Teilkompetenzen von RS und NKI im Ö-RD anhand ihrer Einschätzung und Erfahrung aus der Praxis bewerten. Die Bewertungen erfolgten an Hand der schon bekannten Skalen und Begriffe, was eine Bewertung der Ausprägungen erleichterte.

Der dritte Teil der Evaluationsphase umfasste die Rückmeldungen und Vorschläge der Stakeholder zu den KOAP, sowie die Auswertung der Ergebnisse der Status-Quo Bewertung zu Ausprägungen der Teilkompetenzen von RS und NKI im Ö-RD. Auf Grund der Tatsache, dass ein Großteil der Stakeholder direkt an der Bearbeitung der Profile mitgewirkt hat und auch ein Teil der Formulierungen von den Stakeholdern selbst stammt, fielen die Rückmeldungen entsprechend gering aus. Dieser Teil wird also in weiterer Folge nicht im Detail besprochen, da es keine Rückmeldungen in Form von Verbesserungsvorschlägen im proklamierten Zeitraum von zwei Monaten oder auch im Anschluss gab.

Bei den Auswertungen der Ausprägungen der Kompetenzen von RS und NKI durch die Stakeholder der Workshops konnten relevante Ergebnisse für die österreichische Rettungsdienstpraxis gewonnen werden. Eine Gegenüberstellung dieser Status-Quo-Ergebnisse mit den SOLL-Ausprägungen erfolgt im Anschluss und wird mit Vorschlägen zur (Weiter-)Entwicklung der Kompetenzen für RS und NKI ergänzt.

7.2 SOLL-IST Vergleiche

Die bei den fünf Forschungswshops erstellten KOAP und die darin enthaltenen Kompetenzen wurden von den ExpertInnen aus den Workshops hinsichtlich ihrer Ausprägung für jeweils RS und NKI bewertet. Diese Praxis entspricht dem von Heyse (2007) vorgeschlagenen Erstellen eines SOLL-Korridors, den KOAP, und der danach einfach durchzuführenden IST-Bewertung. Der Korridor sollte demnach minimal 3 Ausprägungen betragen, wie es hier bei den Schlüsselkompetenzen, den MUST-Dos, der Fall ist. Zusätzlich sollte dieser Korridor maximal 5 Ausprägungen umfassen, wie es bei den Kompetenzen des

erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI, den CAN-Dos, der Fall ist. (vgl. 2007: 113ff.) Die vorgeschlagene Verwendung des Mittelwerts der Ergebnisse für den SOLL-IST-Vergleich wurde in Form des Medians ausgewertet.

Aus diesem explorativ erhobenen Status-Quo der Ausprägung von Kompetenzen im Ö-RD kann durch den SOLL-IST-Vergleich der Kompetenzausprägungen von RS und NKI grundlegend festgestellt werden, welche Teilkompetenzen weiter gestärkt und weiterentwickelt werden sollten, um PatientInnen kompetent versorgen zu können. (vgl. ebd.: 121) Es wurde hier also ein von den Erstellern des Kompetenzatlas' vorgeschlagener Vergleich vom SOLL und IST der Teilkompetenzen für RS und NKI durchgeführt, da durch diesen Vergleich festzustellen ist, welche Teilkompetenzen des Kompetenzatlas' entwickelt oder gestärkt werden müssen. (vgl. ebd.)

Die zu erbringende Leistung und notwendige Qualität in Form des SOLL (vgl. Rutherford, 1995, Hager et al. 1994) soll mit der beobachtbaren Leistung, der IST-Leistung (vgl. Boam & Sparrow, 1992; Bowden & Masters, 1993), verglichen werden. Diese Einschätzung kann grundsätzlich in Form von Selbst- und/oder Fremdeinschätzung erfolgen. (vgl. Ortmann, 2010: 284) Die Bewertung der Ausprägungen der Kompetenzen wurde von den Stakeholder der Workshops und der Evaluierung der Profile durchgeführt und kann keinesfalls ein repräsentatives Bild der Ausprägungen der Kompetenzen von SanitäterInnen in Österreich geben, soll aber als Grundlage dafür dienen, einen Überblick dafür zu bekommen, welche Kompetenzen weiterentwickelt werden sollen, und ebenso darstellen, wie die ExpertInnen des Ö-RD, die an der Erstellung der Anforderungsprofile beteiligt waren, die Situation im Ö-RD einschätzen.

Organisatorisch wäre es sehr schwierig gewesen, eine große Anzahl von RS und NKI die Ausprägung ihrer Kompetenzen beurteilen und dann bewerten zu lassen. Einer der Hauptgründe ist nicht nur die Akquise der möglichen TeilnehmerInnen, welche durch das rege Interesse der HiOrg grundsätzlich sicher möglich gewesen wäre, sondern hauptsächlich das unterschiedlichen Verständnis bezüglich des Konzeptes von Kompetenzen. Für alle TeilnehmerInnen müssten demnach auch die jeweiligen Teilkompetenzen noch erklärt und diskutiert werden, um ein umfangreiches Verständnis für das Konzept des Kompetenzatlas' und dessen Teilkompetenzen zu bekommen. Da aber das Feld der Stakeholder der Forschungsworkshops möglichst breit und repräsentativ ausgewählt wurde und diese Stakeholder gleichzeitig die Ausprägung der Kompetenzen in der Praxis gut einschätzen

können, wurde die Bewertung des SOLL-IST-Vergleiches durch diese ExpertInnen durchgeführt. Die Stakeholder waren auch Entscheidungsträger dafür, welche Kompetenzen in die Anforderungsprofile für RS und NKI aufgenommen wurden. Zusätzlich war ihnen durch diese Erarbeitung auch die Bedeutung der einzelnen Teilkompetenzen bewusst, was essenziell für die Bewertung der Ausprägung war. Ein weiterer Faktor war der Umstand, dass auch bei KODE®X Einschätzungen in Unternehmen und Organisationen Bewertungen von Kompetenzen durch Führungskräfte oder ExpertInnen jenen der Selbsteinschätzung der AkteurInnen vorgezogen werden. (vgl. Ortmann, 2010: 284) Diese Gründe waren entscheidend dafür, dass die Bewertung des SOLL-IST-Vergleiches durch die Stakeholder der Forschungsworkshops durchgeführt wurde.

Im folgenden Kapitel werden nicht nur die Ergebnisse des SOLL-IST-Vergleiches für RS und NKI besprochen, sondern auch Möglichkeiten zur Entwicklung oder Weiterentwicklung der Teilkompetenzen für RS und NKI gegeben. Diese Vorschläge werden dann im Kapitel zur Finalisierung noch ergänzt.

Die Intention des Forschungsvorhabens war es allerdings nicht, die in weiterer Folge noch sehr aufwändigen Entwicklungsprozesse hin zu einer Kompetenzentwicklung in den schwach ausgeprägten Kompetenzen zu beschreiben, sondern Grundlagen für eine weitere Erforschung und Erarbeitung der Thematik bereitzustellen.

Aus diesem Grund werden nur exemplarisch Vorschläge hin zur Kompetenzentwicklung gegeben. Ursächlich sollen die erstellten Profile für Ausbildung, Prüfungen im Rettungsdienst, Qualitätsmanagement, Assessments bei Personalverfahren oder aber auch einfach zur Optimierung der Patientenversorgung dienlich sein. Ohne die Erstellung der vorhandenen Profile wäre es bisher schier unmöglich gewesen, Aussagen über den IST-Stand hinsichtlich eines Großteils der im Profil genannten Kompetenzen treffen zu können.

Auf Grund der Tatsache, dass Kompetenzen eine graduelle Ausprägung aufweisen, wurden diese im Zuge der SOLL-IST-Vergleiche bewertet. (vgl. Krumm et al. 2012: 6) Im Folgenden finden sich die Werte (1–12) aus den Umfragen mit ihrer entsprechenden wörtlichen Beschreibung wieder. Dies ermöglicht ein leichteres Verständnis als das reine Anführen von Zahlen. Um noch einen Schritt weiter hin zu einem leichteren Verständnis der Bedeutung der Kompetenzausprägungen zu ermöglichen, wurden diese auch – wie in der folgenden Tabelle ersichtlich ist – farblich codiert. Basierend auf den zwei Teilen der Anforderungsprofile wurde jeweils ein eigener Cut-Score, eine Mindestausprägung der jeweiligen Kompetenzen,

für RS und NKI festgesetzt. Die Mindestausprägung bei den Schlüsselkompetenzen (MUST-Dos) beträgt hierbei 9, was „sehr ausgeprägt“ entspricht. Dies zeigt, dass die Kompetenzen, welche als Schlüsselkompetenzen erachtet werden, essenziell für SanitäterInnen sind und auch in hohem Maße beherrscht werden sollten. Bei den Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS und NKI (CAN-Dos) beträgt die Mindestausprägung 7, was „deutlich ausgeprägt“ entspricht und noch immer eine starke Ausprägung bedeutet.

Diese Cut-Scores, Mindestausprägungen, ergaben sich einerseits aus den Diskussionen und Ergebnissen der Workshops und der dabei erhobenen Forschungsdaten sowie aus den Vorgaben von 12 bis 16 Schlüsselkompetenzen für Kompetenzprofile und den von Heyse (2017) vorgeschlagenen SOLL-Korridoren von minimal 3 bis maximal 5 Ausprägungen. Dies wird später im Bereich der Ergebnisse noch kurz thematisiert.

Wert der Ausprägung	Beschreibung der Ausprägung	MUST-Do	CAN-Do
1	Weniger ausgeprägt	1	1
2	Weniger ausgeprägt	2	2
3	Teilweise ausgeprägt	3	3
4	Teilweise ausgeprägt	4	4
5	Ziemlich ausgeprägt	5	5
6	Ziemlich ausgeprägt	6	6
7	Deutlich ausgeprägt	7	7
8	Deutlich ausgeprägt	8	8
9	Sehr ausgeprägt	9	9
10	Sehr ausgeprägt	10	10
11	Äußerst ausgeprägt	11	11
12	Äußerst ausgeprägt	12	12

Tabelle 57: Kompetenzausprägungen

7.2.1 Stakeholder bei SOLL-IST Vergleichen

Wie im Abschnitt TeilnehmerInnenauswahl bereits ausführlich beschrieben, rekrutierten sich die Stakeholder aus den unterschiedlichsten Bereichen des Ö-RD und konnten ein äußerst breites Spektrum der notfallmedizinischen Versorgung abdecken. Gleichermaßen bildeten diese Stakeholder auch die Grundlage für die Bewertung des Status-Quo der Teilkompetenzen der KOAP für den Ö-RD.

Bis auf wenige Ausnahmen, die im Folgenden beschrieben werden, bewerteten die TeilnehmerInnen auch die Ausprägungen der Teilkompetenzen. Diese Nicht-Bewertungen wurden aber durch die Bewertung von vier ExpertInnen aus dem Feld ergänzt, welche davor aus unterschiedlichen Gründen nicht an den Forschungsworkshops teilnehmen konnten,

aber mit der Thematik vertraut waren. Die durchgeführten Bewertungen bildeten schließlich einen Status-Quo der Ausprägung der Teilkompetenzen der Anforderungsprofile für RS und NKI im Ö-RD ab.

7.2.2 Gründe für eine Nicht-Bewertung

Auf Grund der Tatsache, dass mehrere Stakeholder den Status-Quo nicht bzw. nur teilweise bewertet haben, erfolgt hier eine Klärung dieses Sachverhaltes. Zuerst muss geklärt werden, inwieweit die teilnehmenden Stakeholder den Status-Quo der einzelnen Kompetenzen für RS und NKI bewerten können.

Die Erhebung des Status-Quos war nicht das Hauptaugenmerk der Forschung. Hauptaugenmerk lag auf der Erstellung von KOAP für RS und NKI. Um als Stakeholder teilnehmen zu können, war natürlich Praxiserfahrung essenziell. Dies setzte aber nicht voraus, dass man derzeit noch aktiv im Dienst sein und auch die gesamte Rettungsdienstlandschaft überblicken können muss. Die erstellten Profile beschreiben nämlich nicht einen Status-Quo, sondern ein Idealbild für die PatientInnenversorgung, welches es bestmöglich umzusetzen gilt. Aus diesen Gründen scheint es nur logisch zu sein, dass mehrere Stakeholder nicht alle beschriebenen Kompetenzen für RS und NKI auch für die derzeitige Situationen im Ö-RD bewerten können.

Dies wird insofern klar, als dass in Österreich kein homogenes System im RD vorherrscht. So gibt es Bundesländer, in welchen NFS mit Notfallkompetenzen nicht alltäglich oder sogar kaum existent sind – Kompetenzen für NFS bis NKI zu bewerten, ist hier also schier unmöglich. Aus diesem Grund wurde auch etwa von einem Stakeholder nur der Teil für RS bewertet und nicht für NKI.

Ein weiterer Grund für das Nichtbewerten des IST-Standes war die Tatsache, dass ein Teilnehmer zwar in der Aus- und Weiterbildung von SanitäterInnen tätig ist und auch bei Einsätzen mit boden- und luftgebundenen Rettungsmitteln zusammenarbeitet, aber keinen direkten Einblick in alle Kompetenzbereiche von RS und NKI hat. Aus diesem Grund wurde auch hier keine Bewertung durchgeführt.

Aus Mangel an Zeit dürften drei TeilnehmerInnen die Bewertungen der Kompetenzen nicht ausgefüllt haben. Da aber in der Evaluationsphase der Profile vier weitere Stakeholder, jeweils Experten in den Feldern (Medizin)Recht, Psychologie, Soziale Arbeit und mehrjährige

Berufsausbildung für SanitäterInnen der Wiener Berufsrettung die Gruppe verstärkten, bewerteten diese auch den IST-Stand der Teilkompetenzen.

7.2.3 Vorgehen bei der IST-Stand Erhebung

Der erste Schritt des SOLL-IST-Vergleiches war die Erstellung einer weiteren Umfrage auf der Plattform LimeSurvey, welche von der Karl-Franzens-Universität Graz zur Verfügung gestellt wird. Erfahrungen zur Erstellung von Umfragen mit LimeSurvey waren durch die Internetumfrage, welche während den Forschungsworkshops durchgeführt wurde, schon vorhanden.

Methodisch ähnelte diese Umfrage der vorangegangenen stark, nur war es nicht notwendig, alle 64 Teilkompetenzen für jeweils RS und NKI in vier weitere Kompetenzbereiche aufzuteilen und alle zu bewerten. Es mussten lediglich jene Teilkompetenzen bewertet werden, welche in den Profilen beschrieben wurden. Durch einen Fehler bei der Auswertung der Daten von der Datenbank wurde allerdings eine Teilkompetenz „Pflichtgefühl“, die jeweils im erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI zu finden ist, nicht bewertet.

Für NKI wurden also 35 von 36 Teilkompetenzen bewertet – 16 Schlüsselkompetenzen und 19 Teilkompetenzen aus dem erweiterten Kompetenzatlas NKI. Bei der Bewertung der Ausprägungen von Teilkompetenzen von RS wurden 31 von 32 Kompetenzen bewertet – 15 Schlüsselkompetenzen und 16 Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS.

Für die Bewertung wurde wiederum die Skala 1 bis 12, was „weniger relevant“ bis „äußerst relevant“ bedeutet, verwendet. Einerseits war diese Skalierung den Stakeholdern schon bekannt, andererseits blieb man hier den schon in der gängigen Praxis der erprobten Skalierungen bei der Erstellung von Kompetenzprofilen auf Basis des Kompetenzatlas' treu.

7.2.4 Bewertete Kompetenzen der IST-Stand Erhebung

Im Zuge der Erhebung zum Status-Quo der Ausprägungen der jeweiligen Kompetenzen wurden nur jene Kompetenzen bewertet, welche im Zuge der Workshops erarbeitet wurden – Schlüsselkompetenzen für NKI und RS – sowie die Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS und NKI. Die Ausprägungen der zwölf Metakompetenzen in den Profilen wurde nicht bewertet, da Metakompetenzen übergeordnete Kompetenzen darstellen, welche jedenfalls notwendig sind, um die Tätigkeiten im RD durchführen zu können. Sie sind also in jedem Fall Voraussetzung für SanitäterInnen. Die drei

Querschnittskompetenzen Interkulturelle Kompetenz, Führungskompetenz und Selbstentwicklungskompetenz wurden ebenfalls nicht einzeln bewertet, da sie sich aus mehreren Teilkompetenzen der vier Grundkompetenzen (P,A,S,F) zusammensetzen, welche durch jene Kompetenzen abgebildet werden, die bei den Workshops als relevant erachtet wurden und dann in weiterer Folge bei der IST-Stand-Erhebung bewertet wurden. Diese Form der Bewertung der Teilkompetenzen und nicht der Meta- bzw. Querschnittskompetenzen ist auch gängige Praxis bei der Verwendung des Kompetenzatlas' von Heyse und Erpenbeck (2007) und wurde deshalb auch dementsprechend weitergeführt.

7.2.5 Kompetenzentwicklung Österreichischer Rettungsdienst

Ein zentraler Punkt, welcher nicht außer Acht gelassen werden darf, wenn Lernen bzw. Kompetenzentwicklung im Ö-RD thematisiert werden, sind die juristischen Grundlagen, die den Aus-, Fort- und Weiterbildungen von SanitäterInnen in Österreich als Fundament für die jeweilige Tätigkeit dienen. (vgl. Grönheim & Kemperdick, 2018: 9) Jegliche Kompetenzentwicklung muss also die Inhalte des SanG bzw. der SanAV umfassen bzw. darf diesen nicht widersprechen. Im Falle der KOAP konnten keine Konflikte mit dem SanG ausgemacht werden.

Im SanG §4 kann die Vorgabe gefunden werden, alle PatientInnen gewissenhaft zu versorgen und mitunter eigenständig im Tätigkeitsfeld RD zu agieren, da nur nötigenfalls ÄrztInnen anzufordern sind. Der Großteil der restlichen Inhalte ist allerdings fachlicher Natur. Lediglich im Ausbildungsziel und den didaktischen Grundsätzen können Ansätze zu nicht fachlichen Kompetenzen gefunden werden. (vgl. ebd.)

Nichtsdestotrotz ist Entwicklung von jeglichen notwendigen Kompetenzen für SanitäterInnen im Sinne der PatientInnenversorgung essenziell und muss auch gefördert werden, obwohl dies im SanG nicht direkt abgebildet wird, wie es etwa im NotSanG in Deutschland der Fall ist. (vgl. BMJV, 2019)

Kompetenzentwicklung stellt eines der zentralen Themen jeglicher Kompetenzdiskussion dar. In diesem konkreten Fall, den KOAP für den Ö-RD, soll auf Basis der Status-Quo-Erhebungen zu den Ausprägungen der von RS und NKI geforderten Kompetenzen ein Grundstock für die weitere didaktische Umsetzung einer rettungsdienstlichen Kompetenzentwicklung ermöglicht werden.

Ein Vorteil, welchen NKI im Vergleich zu RS genießen, ist, dass viele Tätigkeiten in der Notfallrettung Neuigkeitscharakter aufweisen und die mögliche Verantwortung und der Entscheidungsspielraum größer ist, wodurch NKI eher in der Lage sind, ihre Kompetenzen weiterzuentwickeln als RS mit oft monotonen Tätigkeiten und geringerer Verantwortung. (vgl. Geldermann et al. 2005: 7) Dieser Umstand bildet sich auch in den Erhebungen zum IST-Stand der Kompetenzen für RS und NKI ab.

7.2.6 SOLL-IST Vergleiche Ergebnisse

Die Ergebnisse der IST-Stand-Bewertungen werden im nächsten Schritt den SOLL-Bestimmungen entgegengestellt. Während die Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas', die CAN-Dos, eine Ausprägung von 7 bis 11 haben sollten, müssen jene der Schlüsselkompetenzen, der MUST-Dos, mindestens 9 bis 11 aufweisen. Im Bereich der CAN-Dos bedeutet dies „deutlich ausgeprägt“ bis „äußerst ausgeprägt“. Für MUST-Dos waren hingegen „sehr ausgeprägt“ bis „äußerst ausgeprägt“ notwendig. Heyse (2017: 121) schlug einerseits den Korridor von minimal 3 bis maximal 5 Ausprägungen vor, was ebenfalls hier umgesetzt wurde. Andererseits bedeutete 12 die Maximalausprägungen, welche voraussagbar nicht oder nur für wenige Kompetenzen erreicht werden würde. Dies bewahrheitete sich auch bei den Bewertungen der Kompetenzen, wobei allerdings bei RS eine und bei NKI sogar vier Teilkompetenzen den Wert 11, also „äußert ausgeprägt“ im Durchschnitt erreichten.

Grundlegend kann gesagt werden, dass die Ausprägungen der Kompetenzen bei NKI bis auf eine von 35 bewerteten Kompetenzen, über den Mindestanforderungen liegen. Es besteht für NKI vergleichsweise wenig Bedarf, Kompetenzen neu zu entwickeln. Natürlich sollten Überlegungen angestellt werden, wie man die vorhandenen Kompetenzen gezielt weiterentwickeln kann bzw. zukunftsfit für den Rettungsdienst bleiben kann.

Konträr ist die Situation allerdings bei RS, bei welchen es einen starken Bedarf für didaktische Überlegungen gibt, um eine Kompetenzentwicklung hin zu einer professionellen, kompetenten PatientInnenversorgung zu ermöglichen. Im Bereich der RS gab es immerhin 12 der 31 bewerteten Kompetenzen, welche unter den Mindestanforderungen lagen.

Eine detaillierte Aufschlüsselung der Ergebnisse wird im Anschluss vorgenommen und mögliche Gründe, welche überwiegend aus den Diskussionen der Workshops stammen, werden als Gründe für die jeweiligen Bewertungen der Teilkompetenzen herangezogen.

Diese Gründe decken allerdings bei Weitem nicht alle Gründe ab, warum die jeweiligen Stakeholder die Teilkompetenzen für RS und NKI entsprechend bewertet haben, denn dies würde mit Sicherheit den Rahmen der Arbeit sprengen. Anschließend werden grundlegende Überlegungen hin zu einer möglichen Kompetenzentwicklung unterbreitet. Die zentrale Aufgabe dieser Arbeit ist es allerdings nicht, eine vollständige Aufarbeitung hin zur Kompetenzentwicklung aller im Ö-RD geforderten Kompetenzen zu geben. Der Kern dieser Arbeit sind die Kompetenzprofile welche in Kapitel 9 vorgestellt werden. Die im Anschluss beschriebenen Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung sollen einen Anstoß dazu geben, jene Kompetenzen zu entwickeln oder auch weiterzuentwickeln, welche in den KOAP für RS und NKI beschrieben wurden.

7.2.6.1 Schlüsselkompetenzen RS

Die Ergebnisse der 15 Schlüsselkompetenzen für RS im Ö-RD sind ernüchternd, da 10 von 15 Kompetenzen unter dem Cut-Score, der erforderlichen Mindestausprägung der jeweiligen Kompetenz, liegen. Im Folgenden findet sich ein Balkendiagramm, welches die Ergebnisse der Bewertung des IST-Standes der Schlüsselkompetenzen für RS zeigt.

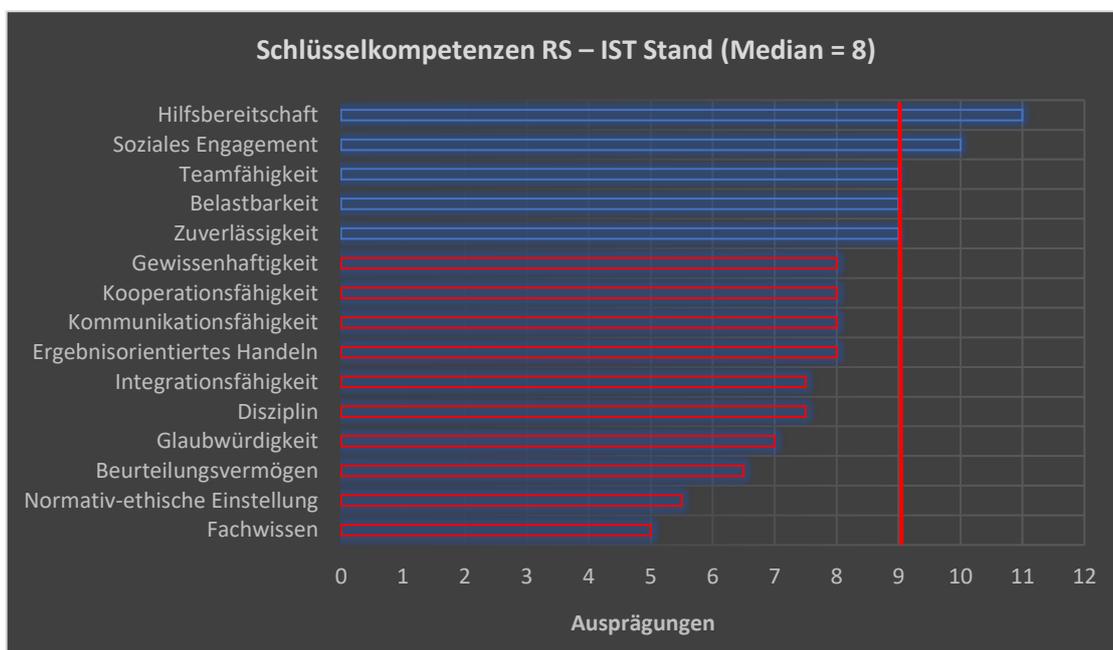


Abbildung 65: Schlüsselkompetenzen von RS – IST-Stand

Zusätzlich werden auch die numerischen Ergebnisse erwähnt und farblich im Ampelsystem codiert, um eine gute Übersichtlichkeit zu gewährleisten.

7.2.6.1.1 Ergebnisse:

Obwohl die in den KOAP beschriebenen Schlüsselkompetenzen als Pflicht für RS gesehen werden müssen und MUST-Dos darstellen, sind die Ausprägungen der Bewertungen durch die ExpertInnen der Forschungsworkshops durchwegs negativ und zu schwach ausgeprägt. Von 15 Kompetenzen wurden lediglich 5 Teilkompetenzen – *Teamfähigkeit, Belastbarkeit, Zuverlässigkeit, Soziales Engagement* und *Hilfsbereitschaft* – als für Schlüsselkompetenzen ausreichend ausgeprägt bewertet. Drei dieser Kompetenzen – *Teamfähigkeit, Belastbarkeit* und *Zuverlässigkeit* – wurden genau mit der Mindestausprägung 9 bewertet – *Hilfsbereitschaft* mit 11 von 12 und *Soziales Engagement* mit 10.

Tabelle 58: Ergebnisse Ausprägungen - Schlüsselkompetenzen RS

		Teilkompetenz	Ausprägung
Folglich wurden <i>Ergebnisorientiertes Handeln, Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Gewissenhaftigkeit, Disziplin, Integrationsfähigkeit, Glaubwürdigkeit, Beurteilungsvermögen, Normativ-ethische Einstellung</i> und <i>Fachwissen</i> als zu wenig ausgeprägt für Schlüsselkompetenzen bewertet.		Hilfsbereitschaft	11
		Soziales Engagement	10
		Zuverlässigkeit	9
		Belastbarkeit	9
		Teamfähigkeit	9
		Ergebnisorientiertes Handeln	8
		Kommunikationsfähigkeit	8
		Kooperationsfähigkeit	8
		Gewissenhaftigkeit	8
		Disziplin	7,5
		Integrationsfähigkeit	7,5
		Glaubwürdigkeit	7
		Beurteilungsvermögen	6,5
		Normativ-ethische Einstellung	5,5
		Fachwissen	5

Fachwissen etwa wurde nur mit 5 und *Normativ-ethische Einstellung* mit 5,5 bewertet. Wörtlich beschrieben würde dies zwar „ziemlich ausgeprägt“ bedeuten, ist aber deutlich unter der Cut-Score von 9, was „sehr ausgeprägt“ bedeutet. Zusätzlich war auch noch *Beurteilungsvermögen* mit 6,5 unter den Mindestanforderungen auch für Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS. *Ergebnisorientiertes Handeln, Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Gewissenhaftigkeit, Disziplin, Integrationsfähigkeit* und *Glaubwürdigkeit* entsprechen zumindest mit einer Ausprägung zwischen 7 und 8 den Mindestausprägungen von Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' RS. Für Schlüsselkompetenzen sind diese Ausprägungen aber zu wenig. Logischerweise liegt auch der Median mit 8 unter der Mindestanforderung von 9.

7.2.6.1.2 Erkenntnisse

Allgemein

Da es bereits absehbar war, dass die Ausprägungen der Kompetenzen von RS nicht den Anforderungen entsprechen, verwundern die teilweise sehr niedrigen Einstufungen nicht. Einerseits ist dies darauf zurückzuführen, dass der Einsatz von RS in der Notfallrettung im SanG nicht vorgesehen ist, andererseits auch, dass diese Thematik im Zuge der Workshops ebenfalls thematisiert wurde. Da es aber notwendig war, einen Überblick zu den Kompetenzen von SanitäterInnen zu bekommen, um Aussagen für eine mögliche Kompetenzentwicklung geben zu können, bewerteten die an der Forschung beteiligten ExpertInnen die Kompetenzausprägungen. Grundsätzlich beträgt der erreichte Cut-Score 8. Dies ist was zwar nicht deutlich unter den geforderten 9, 10 von 15 Schlüsselkompetenzen sind aber zu gering ausgeprägt. Speziell *Beurteilungsvermögen* (6,5), *Normativ-ethische Einstellung* (6) und *Fachwissen* (5) liegen deutlich unter den geforderten Ausprägungen. Mit einer Ausprägung von 11 ist allerdings *Hilfsbereitschaft* eine der Schlüsselkompetenzen unter RS äußerst ausgeprägt. Auf Grund der hohen Anzahl an zu gering ausgeprägten Kompetenzen werden die Erkenntnisse anhand der vier Basiskompetenzen mit Bezug auf die einzelnen Teilkompetenzen zusammengefasst und auch jene Teilkompetenzen besprochen, die über der Mindestausprägung liegen.

Erkenntnisse – Personale Kompetenz (P)

Die Eigenschaft anderen Personen – speziell jenen in Not – Hilfestellungen anzubieten, scheint unter RS stark ausgeprägt zu sein. *Hilfsbereitschaft* (11) ist zugleich die unter RS am stärksten ausgeprägte Teilkompetenz. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, stellt auch der Wunsch, anderen Menschen zu helfen, eine Hauptmotivation dar, um überhaupt im RD aktiv zu werden. Dieses Ergebnis und der hohe Prozentsatz an freiwillig tätigen RS unterstreicht dies.

Zuverlässigkeit – eine weitere (P)-Schlüsselkompetenz von RS – ist, wie als Mindestmaß gefordert, genau mit 9 ausgeprägt, was auf die hohe Motivation und Leistungsbereitschaft von vielen RS zurückzuführen ist. Auf Grund der Masse an RS und auch jenen, welche – u. a. bedingt durch keine regelmäßige Dienstverrichtung – nicht mit gleichbleibender Sorgfalt und Akkuratesse PatientInnen versorgen können, ist die Ausprägung vermutlich nicht höher ausgefallen.

Die weiteren drei (P)-Schlüsselkompetenzen von RS sind allerdings deutlich zu gering ausgeprägt. Dies gilt vor allem für *Normativ-ethische Einstellung* mit 5,5. Dies bedeutet einerseits, dass viele RS sich ihrem Umgang mit Werten und Normen der Gesellschaft oft nicht bewusst sind, andererseits auch in unterschiedlichen nicht alltäglichen Situationen, welche außerhalb der Erfahrungswerte liegen, überfordert sind und mitunter nicht wissen, wie man mit bestimmten PatientInnen umgehen muss.

Auch im Bereich von *Disziplin* (7,5) scheinen RS in Österreich Entwicklungsbedarf zu haben. Dies dürfte mitunter darauf zurückzuführen sein, dass im Zuge von Disziplin auch eine ständige Reproduzierbarkeit von Versorgungen gleichbleibender Qualität gewährleistet sein muss, was bedingt durch oft geringe Erfahrung und Praxis nur schwer möglich zu sein scheint.

Zuletzt wurde auch die Ausprägung von *Glaubwürdigkeit* (7,5) zu gering bewertet. Dies kann darauf zurück zu führen sein, dass das zur Bewältigung notwendige Wissen zur Behandlung und zum Umgang mit PatientInnen nicht vorhanden ist und RS dadurch möglicherweise einen unsicheren Eindruck erwecken.

Erkenntnisse – Aktivitäts- und Handlungskompetenz (A)

Zwei der drei (A)-Schlüsselkompetenzen von RS wurden über der Mindestausprägung bewertet. Da etliche RS freiwillig im RD aktiv sind, ist es kaum verwunderlich, dass *Soziales Engagement* (10) dermaßen hoch bewertet wurde. Auch *Belastbarkeit* (9) ist für RS essenziell, andernfalls würden diese sehr früh den Dienst quittieren und nicht mehr im RD aktiv sein können. Dies gilt auch für den Krankentransport.

Ergebnisorientiertes Handeln (8) ist zwar zu gering ausgeprägt, lässt aber sehr wohl erkennen, dass auch RS das Ziel der kompetenten PatientInnenversorgung vor Augen haben. Das Ergebnis stellt jedoch einen Status-Quo dar, bei welchem RS auch für etliche NotfallpatientInnen eigenverantwortlich eingesetzt werden. Die Bewertung für nur einen Einsatz im Bereich des Krankentransports läge anhand der geführten Diskussionen sicherlich über der geforderten Ausprägung.

Erkenntnisse Sozial-kommunikative Kompetenz (S)

Erstaunlicherweise ist im Bereich der (S)-Schlüsselkompetenzen, welche den für RS relevantesten Teil der vier Grundkompetenzen darstellen, nur eine Teilkompetenz entsprechend ausgeprägt – laut Bewertung der ExpertInnen. Diese Kompetenz,

Teamfähigkeit (9), stellt natürlich das Fundament für jede Besetzung von Einsatzmitteln in und außerhalb des RD dar, dies beinhaltet natürlich auch den KTP. Aus diesem Grund muss diese Kompetenz entwickelt sein, damit ein Funktionieren der Versorgung von jeglichen PatientInnen gewährleistet werden kann. Natürlich besteht auch hier noch einiges an Entwicklungspotential.

Die zu gering ausgeprägten Teilkompetenzen *Kommunikationsfähigkeit* (8) und *Kooperationsfähigkeit* (8) dürften auf Grund der teilweise mangelnden Erfahrung und des fehlenden nötigen Wissens über die dabei ablaufenden Prozesse – wie etwa den Ablauf einer Gesprächsführung – dementsprechend bewertet worden sein. Da aber auch bei RS etliche Situationen im Rettungsdienst Kooperation unterschiedlicher AkteurInnen verlangen und Kommunikation in jeglicher Situation erforderlich ist, dürfte die Ausprägung dieser Teilkompetenzen nur knapp unter der Cut-Score liegen. Ähnlich dürfte es sich mit *Integrationsfähigkeit* (7,5) verhalten, bei der ebenfalls kultursensibles Verhalten und die Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren, notwendig sind. Oft sind sich RS aber nicht bewusst, dass dies zu ihren Aufgaben gehört. Für *Gewissenhaftigkeit* (8) müssen sich RS sorgfältig und gründlich mit zukünftigen und bereits erlebten Problemstellungen im Zuge des RD auseinandersetzen, was nicht immer möglich ist, da auch hier die Aufgaben- und Tätigkeitsfelder von RS und NFS oft vermischt werden und dadurch nicht ganz klar ist, welche Aufgaben von RS erledigt werden müssen und welche nicht notwendig sind. *Gewissenhaftigkeit* ist allerdings auch eine Schlüsselkompetenz von RS.

Erkenntnisse Fach- und Methodenkompetenz (F)

Jener Bereich der Schlüsselkompetenzen von RS, welcher am schwächsten ausgeprägt zu sein scheint, sind klar Fach- und Methodenkompetenzen. Auf Grund des großen Umfangs des Tätigkeitsfeldes in der österreichischen RD-Praxis fehlen RS oft benötigtes *Fachwissen* (5,5) und ein mitunter darauf und auf Praxiserfahrungen aufbauendes *Beurteilungsvermögen* (6,5). Die Werte liegen dabei deutlich unter den geforderten Ausprägungen von 9. Dies sollte sicherlich zu bedenken geben, ob es sinnvoll ist RS trotzdem für die Notfallrettung heranzuziehen. Die Bewertung für RS im Bereich des KTP würde sicherlich höher ausfallen, wenn auch nicht viel höher, da RS eher zu Generalisten ausgebildet werden und nicht zu Spezialisten für KTP.

7.2.6.2 Erweiterter Kompetenzatlas RS

Die 17 Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS wurden von den ExpertInnen der 5 Forschungsworkshops bis auf zwei Ausnahmen über oder mit der Mindestausprägung bewertet. Im Vergleich dazu wurden bei den Schlüsselkompetenzen nur 5 von 15 dementsprechend bewertet. Der Mindest-Score für Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' wurde mit 7 von 12 festgesetzt, was „deutlich ausgeprägt“ entspricht. Im Folgenden kann ein Balkendiagramm gefunden werden, welches die Ergebnisse der Bewertung des IST-Standes der Teilkompetenzen für RS zeigt.

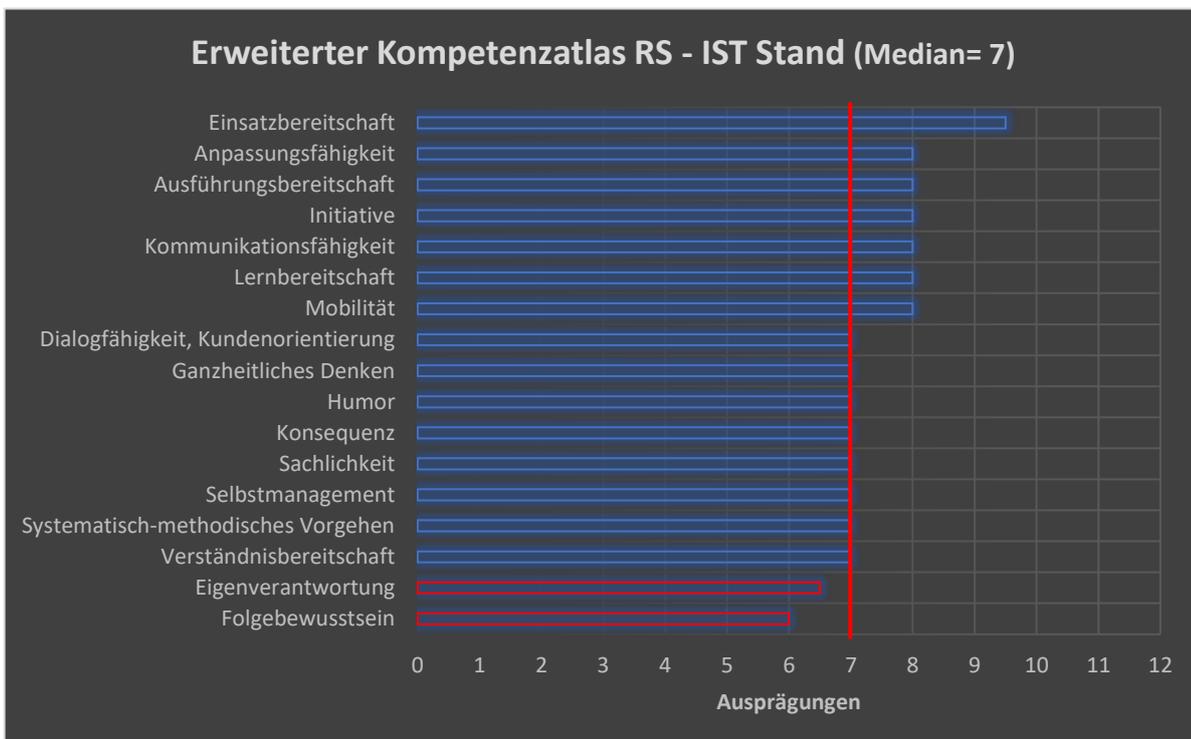


Abbildung 66: Erweiterter Kompetenzatlas von RS – IST-Stand

7.2.6.2.1 Ergebnisse

Im Gegensatz zu den durchwegs schlechten Ergebnissen der ExpertInnenbewertungen der Schlüsselkompetenzen von RS im Ö-RD wurden die Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS überwiegend als ausreichend für die RD-Praxis bewertet. Die Mindestausprägung von 7, „deutlich ausgeprägt“, wurde lediglich bei *Eigenverantwortung* knapp mit 6,5 und bei *Folgebewusstsein* mit 6 nicht erreicht. Die Teilkompetenzen *Verständnisbereitschaft*, *Systematisch-methodisches Vorgehen*, *Sachlichkeit*, *Konsequenz*, *Humor*, *Ganzheitliches Denken* und *Dialogfähigkeit* sowie *Kundenorientierung* wurden mit 7 von 12 als „deutlich ausgeprägt“ und somit ausreichend für RS bewertet. *Optimismus*,

Mobilität, Lernbereitschaft, Kommunikationsfähigkeit, Initiative, Auszubereitschaft und *Anpassungsfähigkeit* wurden mit 8 bewertet. Lediglich *Einsatzbereitschaft* wurde mit 9,5 höher bewertet und ist daher bei RS in Österreich „sehr ausgeprägt“.

Tabelle 59: Ergebnisse Ausprägungen - Erweiterter Kompetenzatlas von RS

7.2.6.2.2 Erkenntnisse

Allgemein

Vergleichsweise wurden die Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS hoch eingestuft, und der Median entsprach genau der Mindestausprägung von 7. Dies bedeutet natürlich nicht, dass es bei den CAN-DOs keine Notwendigkeit zur Weiterentwicklung der Teilkompetenzen gäbe. Ein

Teilkompetenz	Ausprägung
Einsatzbereitschaft	9,5
Optimismus	8
Mobilität	8
Lernbereitschaft	8
Kommunikationsfähigkeit	8
Initiative	8
Auszubereitschaft	8
Anpassungsfähigkeit	8
Verständnisbereitschaft	7
Systematisch-methodisches Vorgehen	7
Sachlichkeit	7
Konsequenz	7
Humor	7
Ganzheitliches Denken	7
Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	7
Eigenverantwortung	6,5
Folgebewusstsein	6

klares Abbild jener Kompetenzen, die bei RS am stärksten ausgeprägt sind, stellen *Einsatzbereitschaft, Optimismus* und *Mobilität* dar. Diese spiegeln sicherlich auch den hohen Prozentsatz der freiwillig-tätigen RS und deren Motivation wider. Nichtsdestotrotz wird aber im Anschluss lediglich auf jene Teilkompetenzen eingegangen, welche unter der Mindestausprägung liegen. Im nächsten Kapitel werden allerdings auch Möglichkeiten vorgestellt, welche auch eine (Weiter-)Entwicklung der übrigen Teilkompetenzen für RS beinhalten.

Eigenverantwortung

Mit einer Bewertung von 6,5, was nur knapp unter der Mindestanforderung von 7 liegt, ist die Teilkompetenz *Eigenverantwortung* beinahe stark genug ausgeprägt. *Eigenverantwortung* oder auch als Eigenständigkeit bekannt, ist allerdings eine Kompetenz, die für RS in Österreich schwer zu entwickeln ist. Gründe hierfür sind das SanG und die für RS vorgesehenen Aufgaben und Tätigkeiten sowie die Lehrmeinungen der Rettungsorganisationen. Grundsätzlich muss aber gesagt werden, dass es sich bei der

Bewertung um einen Status-Quo, also eine IST-Stands Bewertung handelt. Gegenwärtig übernehmen RS Tätigkeiten, für die sie laut SanG aber nicht vorgesehen wären.

Folgebewusstsein

Die Teilkompetenz *Folgebewusstsein* (6), welche zu schwach ausgeprägt ist, wird als Problemkenntnis und Auswirkungsabschätzung interpretiert. Klarerweise ist es für RS – teilweise auf Grund mangelnder Praxis und Ausbildung bzw. mangelnden Wissens – nicht möglich, Probleme von gesetzten oder nicht-gesetzten Maßnahmen und die jeweiligen Auswirkungen für (Notfall-)PatientInnen abzuschätzen.

7.2.6.3 Schlüsselkompetenzen NKI

Die 16 Schlüsselkompetenzen für NKI im Österreichischen Notfallrettungsdienst wurden von den Experten der 5 Forschungsworkshops bewertet. Die Ergebnisse sind durchwegs positiv, da 14 von 15 Kompetenzen eine hohe Ausprägung der Teilkompetenzen aufweisen. Der Mindest-Score für Schlüsselkompetenzen wurde mit 9 von 12 festgesetzt, was „sehr ausgeprägt“ entspricht. Im Folgenden findet sich ein Balkendiagramm, welches die Ergebnisse der Bewertung des IST-Standes der Schlüsselkompetenzen für NKI zeigt. Zusätzlich werden auch die numerischen Ergebnisse erwähnt. Sie wurden farblich im Ampelsystem codiert – *grün* bedeutet positiv – eine Weiterfahrt ist möglich, *gelb/orange* deutet auf mögliche Gefahren in der Zukunft hin, *rot* bedeutet allerdings erhöhten Handlungsbedarf für die jeweiligen Teilkompetenzen.

7.2.6.3.1 Ergebnisse

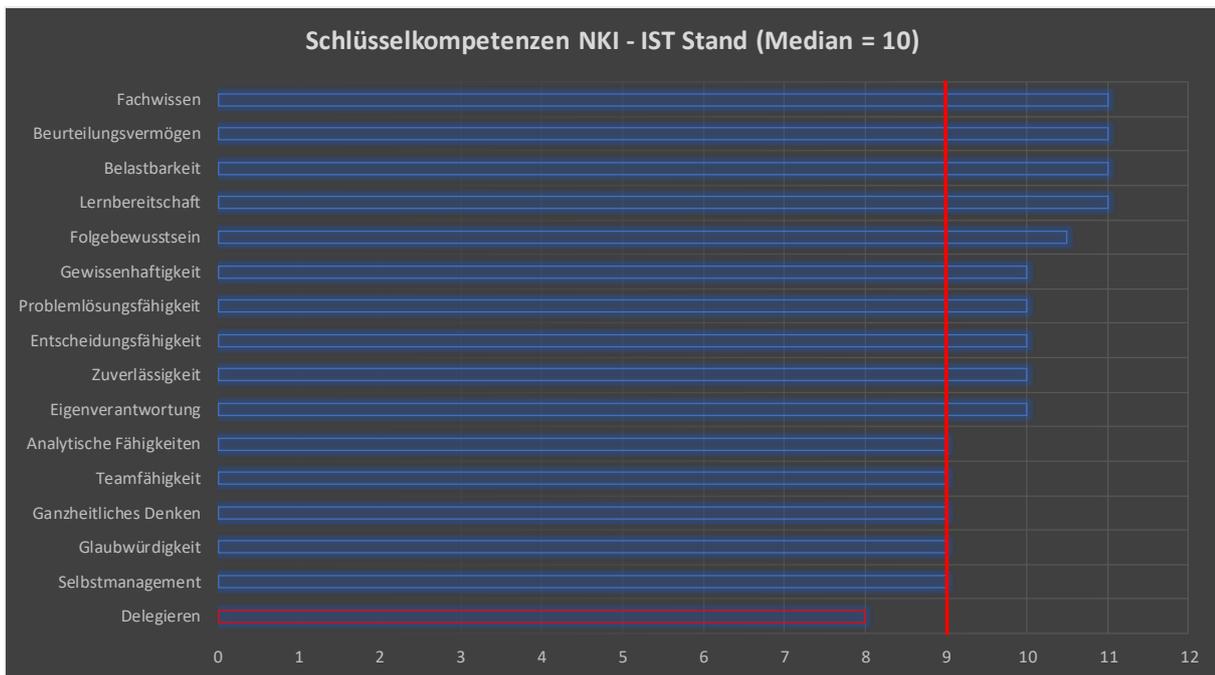


Abbildung 67: Schlüsselkompetenzen von NKI - IST Stand

Die Schlüsselkompetenzen von NKI sind generell stark ausgeprägt, was durch einen Median von 10 von maximal 12 möglichen Ausprägungen gut widerspiegelt wird. 4 Schlüsselkompetenzen – *Lernbereitschaft*, *Belastbarkeit*, *Beurteilungsvermögen* und *Fachwissen* – wurden beinahe mit der maximal möglichen Ausprägung bewertet, was für die äußerst starke Ausprägung dieser Kompetenzen spricht. Zusätzlich wurden auch *Folgebewusstsein*, *Eigenverantwortung*, *Zuverlässigkeit*, *Entscheidungsfähigkeit*, *Problemlösungsfähigkeit*, *Gewissenhaftigkeit*, *Selbstmanagement*, *Glaubwürdigkeit*, *Ganzheitliches Denken*, *Teamfähigkeit* und *Analytisches Denken* als „sehr ausgeprägt“ eingestuft. Lediglich die Schlüsselkompetenz *Delegieren* wurde mit 8 von 12 als „deutlich ausgeprägt“ eingestuft, was allerdings unter der Mindestanforderung für Schlüsselkompetenzen liegt.

Teilkompetenz	Ausprägung
Lernbereitschaft	11
Belastbarkeit	11
Beurteilungsvermögen	11
Fachwissen	11
Folgebewusstsein	10,5
Eigenverantwortung	10
Zuverlässigkeit	10
Entscheidungsfähigkeit	10
Problemlösungsfähigkeit	10
Gewissenhaftigkeit	10
Selbstmanagement	9
Glaubwürdigkeit	9
Ganzheitliches Denken	9
Teamfähigkeit	9
Analytische Fähigkeiten	9
Delegieren	8

Tabelle 60: Ergebnisse der Ausprägungen - Schlüsselkompetenzen von NKI

7.2.6.3.2 Erkenntnisse

Allgemein

Die Schlüsselkompetenzen von österreichischen NKI sind laut ExpertInnen-Bewertung durchwegs sehr stark ausgeprägt. Dies lässt darauf schließen, dass NotfallpatientInnen eine kompetente Versorgung durch NKI, wenn vorhanden, erwarten können. Die einzige als zu gering ausgeprägt interpretierte Teilkompetenzen stellt *Delegieren* dar – eine Kompetenz, welche sich durch Elemente der beiden Basiskompetenzen Sozial-kommunikative Kompetenzen, aber auch der Personalen Kompetenzen auszeichnet. Grundsätzlich ist aber *Delegieren* der Personalen Kompetenz zugeordnet.

Delegieren

Grundsätzlich hat auch *Delegieren* eine Ausprägung von 8, was über dem Median der Kompetenzen von RS liegt. Dennoch gibt es hier für NKI Nachholbedarf, um die Situation für NotfallpatientInnen verbessern zu können. In der Praxis scheint es für NKI oft schwierig zu sein, richtig zu delegieren, da in vielen Bereichen und Gebieten des Ö-RD wenig Teamtrainings durchgeführt werden und auch die Rollen der einzelnen SanitäterInnen nicht immer klar definiert sind. Zum Teil gibt es in diversen Bundesländern und HiOrgs die Situation, dass die besser ausgebildeten SanitäterInnen hinter dem Steuer sitzen und die SanitäterInnen mit weniger Ausbildung und kürzerer Diensterfahrung als TransportführerInnen für die PatientInnen verantwortlich sind. Hier ist es oft schwierig für die LenkerInnen der Rettungswagen, zu delegieren, da der PatientInnenzustand hinter dem Lenkrad schwer eingeschätzt werden kann und nicht jede Tätigkeit ohne weiteres – und auch ohne die Verkehrssicherheit zu beeinträchtigen – delegiert werden kann.

Ein weiterer Faktor, warum *Delegieren* nicht sehr ausgeprägt ist, wird durch den Umstand hervorgerufen, dass viele Entscheidungen in der Notfallrettung im Team getroffen werden und nicht einfach von NKI an andere Besatzungsmitglieder delegiert werden. Die hierfür notwendige Kompetenz – im Falle des Anforderungsprofiles für NKI sogar eine Schlüsselkompetenz – ist *Teamfähigkeit*. Diese ist mit 9 im Rahmen der erwünschten Ausprägungen und zeigt, dass die Fähigkeit, im Team zu arbeiten, stärker ausgeprägt ist als Maßnahmen zu delegieren.

7.2.6.4 Erweiterter Kompetenzatlas von NKI

Von den 20 im erweiterten Kompetenzatlas für NKI beschriebenen Teilkompetenzen wurden 19 von den ExpertInnen der Forschungsworkshops bewertet. Dies bedeutet, dass lediglich für *Pflichtgefühl* keine Bewertungen vorliegen. Von den verbleibenden 19 Teilkompetenzen wurden alle mindestens mit „deutlich ausgeprägt“ bewertet. Dies bedeutet, dass alle Teilkompetenzen für NKI mit mindestens 7 von 12 bewertet wurden. Im Falle aller Teilkompetenzen – sowohl Schlüsselkompetenzen als auch Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas NKI – war die Bewertung der Ausprägungen aber mindestens 8, also über den geforderten Ausprägungen für CAN-Dos. Der Median der Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' NKI liegt sogar bei 9, „sehr ausgeprägt“.

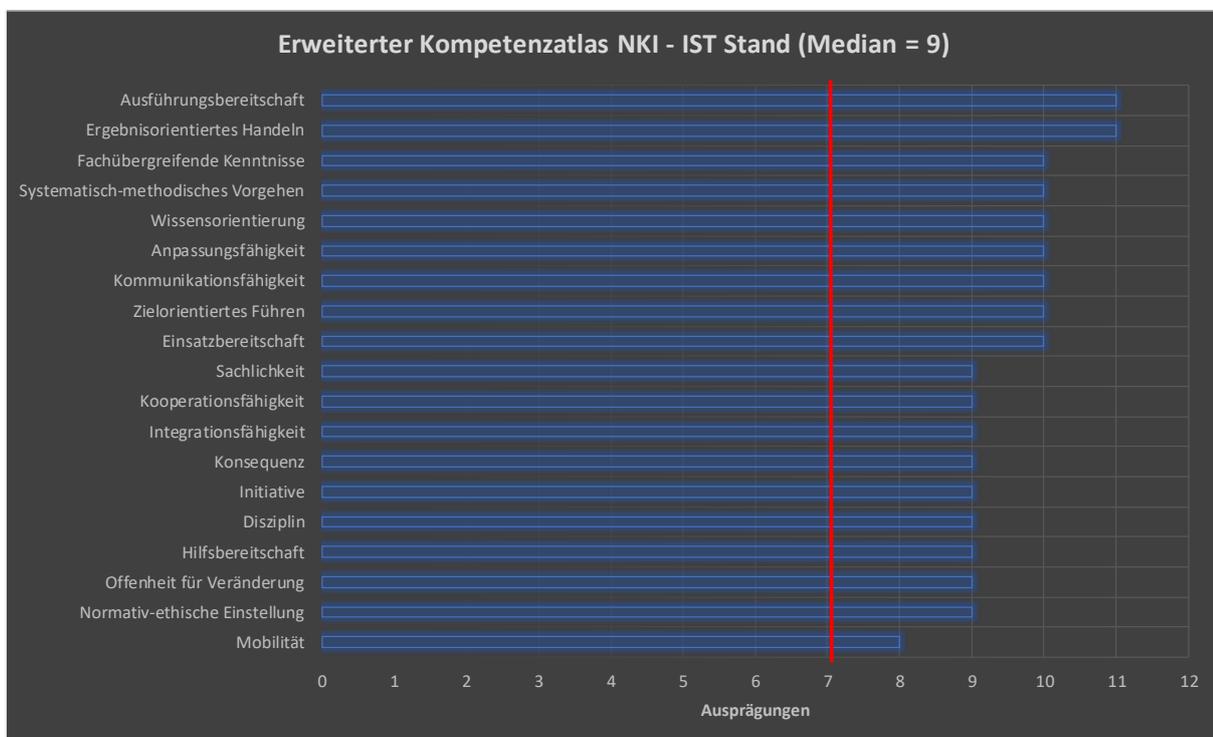


Abbildung 68: Erweiterter Kompetenzatlas von NKI - IST Stand

7.2.6.4.1 Ergebnisse

Generell wurden die Teilkompetenzen mit sehr hohen Werten für die Ausprägung bewertet. Zwei Teilkompetenzen, *Ergebnisorientiertes Handeln* und *Ausführungsbereitschaft*, wurden sogar mit 11 von 12 bewertet, was „äußerst ausgeprägt“ bedeutet.

16 von 19 Kompetenzen wurden mit „sehr ausgeprägt“ bewertet:

Einsatzbereitschaft, Zielorientiertes Führen, Kommunikationsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit, Wissensorientierung, Systematisch-methodisches Vorgehen, Fachübergreifende Kenntnisse, Normativ-ethische Einstellung, Offenheit für Veränderung, Hilfsbereitschaft, Disziplin, Initiative, Konsequenz, Integrationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit und Sachlichkeit.

Teilkompetenz	Ausprägung
Ergebnisorientiertes Handeln	11
Ausführungsbereitschaft	11
Einsatzbereitschaft	10
Zielorientiertes Führen	10
Kommunikationsfähigkeit	10
Anpassungsfähigkeit	10
Wissensorientierung	10
Systematisch-methodisches Vorgehen	10
Fachübergreifende Kenntnisse	10
Normativ-ethische Einstellung	9
Offenheit für Veränderung	9
Hilfsbereitschaft	9
Disziplin	9
Initiative	9
Konsequenz	9
Integrationsfähigkeit	9
Kooperationsfähigkeit	9
Sachlichkeit	9
Mobilität	8

Tabelle 61: Ergebnisse der Ausprägungen – Erweiterter Kompetenzatlas von RS

Einzig *Mobilität* wurde mit nur 8 von 12 bewertet, was aber trotzdem „deutlich ausgeprägt“ bedeutet und noch immer über der Cut-Score, der Mindestausprägung von 7, liegt. Das entspricht noch immer einer höheren Ausprägung als der Median der Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas’ RS und sogar dem Median der Schlüsselkompetenzen von RS.

Für den erweiterten Kompetenzatlas NKI gilt ähnliches wie für die Schlüsselkompetenzen von NKI. Der Median der Ausprägungen mit 9, „sehr ausgeprägt“, ist sehr hoch bewertet.

Einzig die Teilkompetenz *Pflichtgefühl* ist nicht erfasst, da auf Grund von Problemen bei der Auswertung des Kompetenzatlas’ eine Bewertung nicht durchgeführt wurde.

7.2.6.4.2 Erkenntnisse

Allgemein

Die Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas’ von österreichischen NKI sind laut ExpertInnen-Bewertung mit einem Median 9 durchwegs „sehr ausgeprägt“. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass NotfallpatientInnen eine kompetente Versorgung erwarten können, sollten sie von NKI versorgt werden.

Mobilität

Obwohl *Mobilität* noch immer stärker ausgeprägt ist, als es die Mindestanforderung für RS ist, kann hier für NKI Optimierungs- und Entwicklungsbedarf gefunden werden. Diese Erkenntnisse entstammen unter anderem den Diskussionen während der Forschungsworkshops.

Das Synonym Flexibilität ist ebenfalls sehr gebräuchlich und wird im rettungsdienstlichen Sprachgebrauch viel öfter verwendet als der Begriff *Mobilität*. In etlichen Situationen ist Flexibilität von NKI gefordert, die aber auf Grund von Lehrmeinungen, Gesetzen und internen Vorgaben der HiORg nur schwer umzusetzen ist.

7.2.6.5 Weitere Erkenntnisse der Umfrage

Neben den schon erwähnten Ergebnissen des SOLL-IST-Vergleiches gab es auch noch weitere Erkenntnisse, die hier Erwähnung finden sollen.

- Auf Grund der Tatsache, dass es derzeit mehrere Hilfsorganisationen gibt, bei denen keine oder nur wenige NKI oder NFS mit Notfallkompetenzen aktiv im Dienst stehen, war es für mehrere Stakeholder schwer, Kompetenzen von NKI zu beurteilen.
- Manchen Teilkompetenzen – wie etwa normativ-ethische Einstellung – waren für die Stakeholder schwer einzuschätzen. Diese Kompetenz wurde daher von zwei Stakeholdern nicht bewertet.
- Die in der Arbeit vorgestellten Ergebnisse werden anonymisiert präsentiert. Ein Umstand, welcher aber trotzdem nicht vorenthalten werden sollte, ist, dass der rettungsdienstspezifische Ausbildungsstand der Stakeholder mit den Bewertungen der Teilkompetenzen korreliert. Durch die Ergebnisse kann schlussgefolgert werden, dass je höher der Ausbildungs- und größtenteils auch Bildungsstand war, desto niedriger wurden die Werte bei RS und gleichzeitig desto höher die Werte für NKI bewertet. Im umgekehrten Falle waren die Differenzen pro Teilkompetenz nicht so stark ausgeprägt.
- Wie bereits in den Ergebnissen beschrieben, waren die Mediane für NKI mit 9 und 10 weit stärker ausgeprägt als jene von RS mit 7 und 8. Die Mediane beider Anforderungsprofile liegen aber über den jeweiligen Mindestanforderungen.

- Obwohl ein Großteil der für NKI geforderten Kompetenzen laut den Vorgaben ausreichend ausgeprägt sind, werden noch verschiedene Möglichkeiten vorgestellt, um auch eine (Weiter-)Entwicklung von Teilkompetenzen von NKI zu ermöglichen.

7.2.7 Vergleich der Ergebnisse von RS und NKI

7.2.7.1 Ausprägungen von RS und NKI

In der folgenden Tabelle werden die Ausprägungen der Teilkompetenzen, welche jeweils in den Profilen für RS und NKI zu finden sind, dargestellt und die jeweiligen Differenzen der Ausprägungen angeführt. Die Kompetenzen wurden nach Schlüsselkompetenzen und Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' RS sortiert und die jeweiligen Ergebnisse der Bewertungen für NKI beigefügt

Die Ausprägungen von „weniger ausgeprägt“ (1 und 2) zu „äußerst ausgeprägt“ (11 und 12) wurden übersichtlich mit rot bis grün farblich skaliert. Dies es ermöglicht es, Unterschiede zwischen RS und NKI visuell gut erfassen zu können. Unter dem Bereich Teilkompetenzen finden sich die jeweiligen Teilkompetenzen des Kompetenzatlas', welcher für RS und NKI adaptiert wurde.

Der Begriff MUST-Dos bedeutet für RS und NKI, dass es sich um Schlüsselkompetenzen handelt und RS sowie NKI diese Kompetenzen jeweils aufweisen müssten, was einer Ausprägung von mindestens 9 entspricht und „sehr ausgeprägt“ bedeutet.

Der Begriff CAN-Dos bedeutet für RS und NKI jeweils, dass es sich um Teilkompetenzen aus dem erweiterten Kompetenzprofil handelt und RS sowie NKI diese Kompetenzen jeweils ausweisen sollten, was einer Ausprägung von mindestens 7 entspricht und „deutlich ausgeprägt“ bedeutet.

Jene Kompetenzen, die exklusiv bei RS oder NKI zu finden sind, werden im Anschluss gesondert besprochen.

Teilkompetenzen	RS	Auspräg.	NKI	Auspräg.	Differenz
Hilfsbereitschaft	MUST-Do	11	CAN-Do	9	2
Zuverlässigkeit	MUST-Do	9	MUST-Do	10	1
Belastbarkeit	MUST-Do	9	MUST-Do	11	2
Teamfähigkeit	MUST-Do	9	MUST-Do	9	0
Ergebnisorientiertes Handeln	MUST-Do	8	CAN-Do	11	3
Kommunikationsfähigkeit	MUST-Do	8	CAN-Do	10	2
Kooperationsfähigkeit	MUST-Do	8	CAN-Do	9	1
Gewissenhaftigkeit	MUST-Do	8	MUST-Do	10	2
Disziplin	MUST-Do	7,5	CAN-Do	9	1,5
Integrationsfähigkeit	MUST-Do	7,5	CAN-Do	9	1,5
Glaubwürdigkeit	MUST-Do	7	MUST-Do	9	2
Beurteilungsvermögen	MUST-Do	6,5	MUST-Do	11	4,5
Normativ-ethische Einstellung	MUST-Do	5,5	CAN-Do	9	3,5
Fachwissen	MUST-Do	5	MUST-Do	11	6
Folgebewusstsein	CAN-Do	6	MUST-Do	10,5	4,5
Eigenverantwortung	CAN-Do	6,5	MUST-Do	10	3,5
Systematisch-methodisches Vorgehen	CAN-Do	7	CAN-Do	10	3
Selbstmanagement	CAN-Do	7	MUST-Do	9	2
Sachlichkeit	CAN-Do	7	CAN-Do	9	2
Konsequenz	CAN-Do	7	CAN-Do	9	2
Ganzheitliches Denken	CAN-Do	7	MUST-Do	9	2
Mobilität	CAN-Do	8	CAN-Do	8	0
Lernbereitschaft	CAN-Do	8	MUST-Do	11	3
Kommunikationsfähigkeit	CAN-Do	8	CAN-Do	10	2
Initiative	CAN-Do	8	CAN-Do	9	1
Ausführungsbereitschaft	CAN-Do	8	CAN-Do	11	3
Anpassungsfähigkeit	CAN-Do	8	CAN-Do	10	2
Einsatzbereitschaft	CAN-Do	9,5	CAN-Do	10	0,5

Tabelle 62: Übersicht Kompetenzausprägungen von RS und NKI

Erstaunlicherweise zeigt sich, dass Kompetenzen, welche Schwächen bei RS darstellen und im CAN-Do Bereich der Profile gefunden werden können, Stärken von NKI darstellen. Dies ist etwa bei *Eigenverantwortung*, *Folgebewusstsein* und *Fachwissen* der Fall.

Höhere Ausprägung von RS

Hilfsbereitschaft

Kennzeichnend für die Kompetenz *Hilfsbereitschaft* ist, dass dies die einzige Kompetenz ist, die bei RS höher ausgeprägt ist als bei NKI. Es muss aber angemerkt werden, dass es sich bei NKI nur um ein CAN-Do und um keine Schlüsselkompetenz handelt. Gründe hierfür sind, dass bei RS unter anderem der persönliche Hintergrund für eine Hilfestellung bei Menschen mit Problemen mehr in den Vordergrund rückt als bei NKI, die oft mit der eigenverantwortlichen, umfangreichen Versorgung von lebensbedrohlich Erkrankten konfrontiert sind. Durch einen hauptsächlichen Einsatz im KTP ergibt sich, dass RS in manchen Fällen mehr Zeit aufwenden können, um PatientInnen bei persönlichen Dingen im

Alltag zu helfen. In der Praxis zeigt sich jedoch auch manchmal das Problem, dass diese Hilfsbereitschaft ausgenutzt wird und Tätigkeiten von RS verlangt werden, für die sie nicht zuständig sind. Das kann von pflegerischen Maßnahmen bis hin zum Kochen von Kaffee reichen.

Gleiche Ausprägungen von RS und NKI

Teamfähigkeit

Teamfähigkeit ist eine Teilkompetenz, die bei RS und NKI gleichermaßen relevant ist, da man, egal ob im Krankentransport oder in der Notfallrettung eingesetzt, immer im Team PatientInnen versorgt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen und Tätigkeiten gemeinsam durchgeführt. Aus diesem Grund ist es nicht verwunderlich, dass Teamfähigkeit für RS und NKI gleich stark ausgeprägt ist.

Mobilität

Flexibilität – oder auch Mobilität genannt – ist bei RS und NKI gleich stark ausgeprägt. Während es bei NKI oft um Entscheidungen in Notfallsituationen geht, handelt es sich bei RS mehr um Entscheidungen, die nicht lebenswichtig sind, das persönliche Wohlbefinden von PatientInnen aber steigern können.

Höhere Ausprägung von NKI

Die Ausprägung der folgenden Kompetenzen wurde bei 5 Teilkompetenzen von NKI jeweils nur um einen Wert höher bewertet: *Zuverlässigkeit, Kooperationsfähigkeit, Disziplin, Integrationsfähigkeit* und *Initiative*.

Zwei Werteunterschiede gab es sogar bei 10 Teilkompetenzen: *Hilfsbereitschaft, Belastbarkeit, Kommunikationsfähigkeit, Gewissenhaftigkeit, Glaubwürdigkeit, Selbstmanagement, Sachlichkeit, Konsequenz, Ganzheitliches Denken, Kommunikationsfähigkeit* und *Anpassungsfähigkeit*.

Einen Unterschied von drei Werten gab es bei fünf Teilkompetenzen: *Ergebnisorientiertes Handeln, Normativ-ethische Einstellung, Eigenverantwortung, Lernbereitschaft* und *Ausführungsbereitschaft*.

Drei weitere Teilkompetenzen wurden sogar mit bis zu 6 Werten Unterschied interpretiert, was beinahe der Mindestausprägung für Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' entspricht. Diese hohe Differenz war bei *Fachwissen* zu verzeichnen. Auch *Beurteilungsvermögen* und *Folgebewusstsein* wurden mit einer Differenz von 4,5 bei RS deutlich geringer bewertet als bei NKI.

Dies ist nicht verwunderlich, da NKI im Vergleich zu RS eine deutlich längere Ausbildung und oft mehr Praxis haben. Bereiche wie Fachwissen, welche beim RS sehr schwach ausgeprägt sind, sind bei NKI stark ausgeprägt. Dies ist sicherlich ein positiver Nebeneffekt der unterschiedlichen Praktika im Krankenhaus und im Notarztsystem sowie auch der meist jahrelangen Erfahrung im Rettungsdienst – bis die höchste Qualifikationsstufe erreicht ist.

7.2.8 Exklusive Teilkompetenzen von RS und NKI

Es gibt aber auch Teilkompetenzen, welche jeweils nur für RS oder NKI relevant sind und daher nur für die jeweilige Stufe bewertet wurden. Grundsätzlich muss gesagt werden, dass alle diese Kompetenzen für die jeweiligen Profile genügend ausgeprägt sind, aber natürlich noch weiterentwickelt werden können. Dies zeigt auch, dass es wichtig ist, RS und NKI als Spezialisten in ihrem Bereich des RD zu etablieren, um diese Werte noch weiter stärken zu können, was vor allem bei RS noch deutlich möglich ist.

7.2.8.1 Ausprägungen der Teilkompetenzen exklusiv von RS

Insgesamt gibt es vier Teilkompetenzen, welche lediglich in den KOAP von RS zu finden sind und daher für den KTP äußerst relevant sind. Diese weisen einen Median von 7 auf, was der Mindestausprägung für den erweiterten Kompetenzatlas für RS entspricht.

Teilkompetenzen	RS	Ausprägung
Soziales Engagement	MUST-Do	10
Verständnisbereitschaft	CAN-Do	7
Humor	CAN-Do	7
Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	CAN-Do	7

Tabelle 63: Ausprägungen der Teilkompetenzen exklusiv von RS

Soziales Engagement, welches eine Schlüsselkompetenz von RS darstellt, ist mit 10 „sehr ausgeprägt“, was auch bedingt durch die hohe Anzahl an Freiwilligen nicht erstaunlich ist.

Verständnisbereitschaft, Humor und *Dialogfähigkeit*, welche mit 7 bewertet wurden, stellen ebenfalls Eigenschaften dar, welche speziell im KTP benötigt werden. Durch den Umstand, dass aber mitunter auch Notfälle von RS absolviert werden, kann man zum derzeitigen Stand RS nicht als Spezialisten des KTP sehen und noch viel Entwicklungspotential für diese Kompetenzen ausmachen.

7.2.8.2 Ausprägungen der Teilkompetenzen exklusiv von NKI

Im Bereich der NKI gibt es acht Teilkompetenzen, welche nur in den Profilen für die NK – also dem Bereich der Notfallrettung – Erwähnung finden. Der Median dieser Kompetenzen beträgt 10, was einer durchschnittlichen Ausprägung über den Mindestausprägungen für Schlüsselkompetenzen von NKI entspricht, obwohl nur die Hälfte dieser Kompetenzen auch Schlüsselkompetenzen sind.

Teilkompetenzen	NKI	Ausprägung
Entscheidungsfähigkeit	MUST-Do	10
Problemlösungsfähigkeit	MUST-Do	10
Analytische Fähigkeiten	MUST-Do	9
Delegieren	MUST-Do	8
Offenheit für Veränderung	CAN-Do	9
Zielorientiertes Führen	CAN-Do	10
Wissensorientierung	CAN-Do	10
Fachübergreifende Kenntnisse	CAN-Do	11

Tabella 64: Ausprägungen der Teilkompetenzen exklusiv von NKI

Fachübergreifende Kenntnisse wurde sogar mit 11 bewertet, was dem Höchstwert der Kompetenzen entspricht und nur knapp unter der Maximalausprägung von 12 liegt. Auch *Entscheidungsfähigkeit*, *Problemlösungsfähigkeit*, *Zielorientiertes Führen* und *Wissensorientierung* wurden mit 10 hoch eingestuft. *Analytische Fähigkeiten* und *Offenheit für Veränderung* waren mit 9 ausgeprägt, was aber für beide Teilkompetenzen ausreichend war. Lediglich *Delegieren* entsprach mit 8 nicht der Mindestausprägung für Schlüsselkompetenzen. Obwohl *Zielorientiertes Führen* zu den Stärken von NKI zu zählen scheint, muss an der Delegation von Maßnahmen gearbeitet werden, um auch *Delegieren* in ausreichendem Maße zu entwickeln.

7.2.9 Vergleich der Ergebnisse nach den vier Grundkompetenzen

Im folgenden Vergleich der Kompetenzen von RS und NKI auf Basis der vier Grundkompetenzen wurden die jeweiligen Teilkompetenzen in der Reihenfolge der Nennungen im Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) gereiht und nicht nach den Ergebnissen der Bewertungen durch die ExpertInnen der Forschungsworkshops. Die Ergebnisse wurden ebenfalls wieder farblich codiert, um eine bessere Übersichtlichkeit gewährleisten zu können. Die Farben reichen jeweils von 1 (rot) bis 12 (Dunkelgrün), dies gilt auch für die Differenz zwischen den Teilkompetenzen. Auf die Frage, ob es sich um MUST- oder CAN-Dos handelt, konnte hierbei allerdings wenig Rücksicht genommen werden.

7.2.9.1 Personale Kompetenz (P)

Im Bereich der (P)-Kompetenzen finden sich für RS 11 und für NKI 12 Kompetenzen. Dies bedeutet, dass diese Basiskompetenzen die größte Zahl an Kompetenzen von RS und NKI umfasst. Für RS waren dies fünf MUST-Dos und sechs CAN-Dos mit einem Median von 7, für NKI sieben MUST-Dos und fünf CAN-Dos mit einem Median von 9. Diese Werte entsprechen den Mindestausprägungen von CAN-Dos (7) und MUST-Dos (9) und zeigen also deutlich, dass RS im Bereich Personaler Kompetenzen enormes Entwicklungspotential aufweisen, welches es zu entwickeln gilt. Der Median der Differenz der Ausprägungen für RS und NKI entspricht im Durchschnitt 2, was als ein großer Unterschied im Vergleich zu anderen Basiskompetenzen interpretiert werden muss. Dies unterstreicht die Notwendigkeit für die (Weiter-)Entwicklung Personaler Kompetenz von RS, schließt dies aber auch für NKI nicht aus.

Teilkompetenzen (P)	RS	Auspräg.	NKI	Auspräg.	Differenz
Normativ-ethische Einstellung	MUST-Do	5,5	CAN-Do	9	3,5
Einsatzbereitschaft	CAN-Do	9,5	CAN-Do	10	0,5
Selbstmanagement	CAN-Do	7	MUST-Do	9	2
Glaubwürdigkeit	MUST-Do	7	MUST-Do	9	2
Eigenverantwortung	CAN-Do	6,5	MUST-Do	10	3,5
Offenheit für Veränderung			CAN-Do	9	
Humor	Can-Do	7			
Hilfsbereitschaft	MUST-Do	11	CAN-Do	9	2
Lernbereitschaft	CAN-Do	8	MUST-Do	11	3
Ganzheitliches Denken	CAN-Do	7	MUST-Do	9	2
Delegieren			MUST-Do	8	
Disziplin	MUST-Do	7,5	CAN-Do	9	1,5
Zuverlässigkeit	MUST-Do	9	MUST-Do	10	1

Tabelle 65: (P)-Kompetenz - Vergleich der Ergebnisse für RS und NKI

7.2.9.2 Aktivitäts- und Handlungskompetenz (A)

Das Profil für RS beinhaltet 7 (A)-Teilkompetenzen, wovon 3 Schlüsselkompetenzen sind. Für NKI können hier zwar nur zwei Schlüsselkompetenzen verortet werden. Mit 6 Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für NKI umfasst das KOAP für NKI allerdings sogar 9 (A)-Kompetenzen. Die durchschnittliche Ausprägung von RS liegt bei 8, bei NKI hingegen sogar bei 10. Die Differenz von Teilkompetenzen, welche in beiden Profilen vorhanden sind, beträgt im Durchschnitt 2.

Teilkompetenzen (A)	RS	Auspräg.	NKI	Auspräg.	Differenz
Entscheidungsfähigkeit			MUST-Do	10	
Mobilität	CAN-Do	8	CAN-Do	8	0
Belastbarkeit	MUST-Do	9	MUST-Do	11	2
Ausführungsbereitschaft	CAN-Do	8	CAN-Do	11	3
Initiative	CAN-Do	8	CAN-Do	9	1
Soziales Engagement	MUST-Do	10			
Ergebnisorientiertes Handeln	MUST-Do	8	CAN-Do	11	3
Zielorientiertes Führen			CAN-Do	10	
Konsequenz	CAN-Do	7	CAN-Do	9	2

Tabelle 66: (A)-Kompetenz - Vergleich der Ergebnisse für RS und NKI

7.2.9.3 Sozial-kommunikative Kompetenz (S)

Der Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenz (S) beinhaltet mehr Teilkompetenzen, welche für RS notwendig sind als für NKI, auch wenn der Unterschied mit 9 zu 8 eher gering ausfällt. Dabei fällt aber auf, dass RS fünf Schlüsselkompetenzen in diesem Bereich aufweisen, NKI hingegen nur drei. Allerdings sind (S)-Teilkompetenzen von RS im Durchschnitt mit einem Wert von 8 ausgeprägt, jene von NKI mit 10. Die Differenz von Kompetenzen, welche in beiden Profilen angeführt sind, beträgt 1,75, wobei *Teamfähigkeit* – gemeinsam mit der (A)-Kompetenz *Mobilität* – die einzigen Kompetenzen sind, welche für RS und NKI gleich stark ausgeprägt sind.

Teilkompetenzen (S)	RS	Auspräg.	NKI	Auspräg.	Differenz
Integrationsfähigkeit	MUST-Do	7,5	CAN-Do	9	1,5
Problemlösungsfähigkeit			MUST-Do	10	
Teamfähigkeit	MUST-Do	9	MUST-Do	9	0
Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	CAN-Do	7			
Kommunikationsfähigkeit	MUST-Do	8	CAN-Do	10	2
Kooperationsfähigkeit	MUST-Do	8	CAN-Do	9	1
Verständnisbereitschaft	CAN-Do	7			
Anpassungsfähigkeit	CAN-Do	8	CAN-Do	10	2
Pflichtgefühl	CAN-Do		CAN-Do		
Gewissenhaftigkeit	MUST-Do	8	MUST-Do	10	2

Tabelle 67: (S)-Kompetenz - Vergleich der Ergebnisse für RS und NKI

7.2.9.4 Fach- und Methodenkompetenzen (F)

Die bei RS am schwächsten ausgeprägten Basiskompetenzen waren jene der (F)-Teilkompetenzen. Beide Schlüsselkompetenzen waren zu gering ausgeprägt und damit ebenfalls die Werte mit einem Median von 6,5. Während bei RS nur 2 von 5 Teilkompetenzen für den Einsatzbereich ausreichend ausgeprägt waren, waren dies bei NKI alle der 8 Teilkompetenzen. Mit einem Median von 10,25 stellten diese Teilkompetenzen also die Stärke von NKI dar, während sie für RS die schwächste Basiskompetenz darzustellen scheinen. Dies wird auch durch eine Differenz von 4,5 Ausprägungen von NKI im Vergleich zu RS leicht ersichtlich. Speziell die Dauer der Ausbildung und die geringe Erfahrung mancher RS dürften hier ausschlaggebend für die niedrigen Bewertungen gewesen sein.

Teilkompetenzen (F)	RS	Auspräg.	NKI	Auspräg.	Differenz
Wissensorientierung			CAN-Do	10	
Analytische Fähigkeiten			MUST-Do	9	
Sachlichkeit	CAN-Do	7	CAN-Do	9	2
Beurteilungsvermögen	MUST-Do	6,5	MUST-Do	11	4,5
Systematisch-methodisches Vorgehen	CAN-Do	7	CAN-Do	10	3
Folgebewusstsein	CAN-Do	6	MUST-Do	10,5	4,5
Fachwissen	MUST-Do	5	MUST-Do	11	6
Fachübergreifende Kenntnisse			CAN-Do	11	

Tabelle 68: (F)-Kompetenz - Vergleich der Ergebnisse für RS und NKI

7.2.10 Kurzzusammenfassung der SOLL-IST-Vergleiche

Abschließend muss gesagt werden, dass im Bereich der Kompetenzen von RS die Ausprägungen für die von ihnen geforderten Teilkompetenzen deutlich zu gering ausgeprägt waren. Dies war speziell bei Schlüsselkompetenzen der Fall. Für NKI waren die Ausprägungen überwiegend stark genug ausgeprägt, obwohl auch noch Möglichkeit zur (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen gegeben ist.

7.3 Evaluation der Profile

Nach der Aussendung der vorläufigen Profile an die Stakeholder gab es nur geringe Rückmeldungen. Diese betrafen aber weniger Änderungsvorschläge zu den Profilen als vielmehr Rückfragen zum Erhalt der Ergebnisse der Status-Quo-Bewertung. Da auch noch, wie besprochen, weitere Stakeholder in den Prozess einbezogen wurden und auch von ihnen keine Rückmeldungen zur Änderung der Profile erfolgten, nahm der Forscher nur geringfügige Änderung vor und ergänzte kleine Bereiche mit Beispielen aus der einschlägigen Fachliteratur.

Die geringe Zahl an Änderungsvorschlägen und Rückmeldungen ist auch der Grund, warum dieser Bereich kurzgehalten wird. Mangelndes Interesse der Stakeholder muss ausgeschlossen werden, da sie auch die Mühe auf sich nahmen und teilweise weit anreisen, um an den Forschungsworkshops teilnehmen zu können. Ebenso wurden die Teilkompetenzen der Kompetenzprofile anhand ihrer Ausprägungen im gegenwärtigen Ö-RD bewertet, was ebenfalls von den Stakeholdern abgehandelt wurde. Aus diesem Grund muss davon ausgegangen werden, dass die Profile einen Großteil der notwendigen Aspekte und Kompetenzen, welche für die Tätigkeiten von RS und NKI im Ö-RD notwendig sind, abdecken und keine Anpassungen notwendig waren. Da auch ein Großteil der Stakeholder direkt an der Erarbeitung der Profile mitgewirkt hat, war die Erwartungshaltung des Forschers bezüglich des Erhalts von Änderungsvorschlägen eher gering.

8 Finalisierungsphase

Den letzten Teil des Forschungsprozesses stellt die Finalisierungsphase dar, welche in Abläufe gegliedert werden kann. Einerseits wurde Kompetenzentwicklung im Ö-RD thematisiert und konkrete Beispiele zur Kompetenzentwicklung für RS und NKI geliefert, andererseits die bereits erstellten und an die Stakeholder versendeten KOAP überarbeitet und ergänzt.

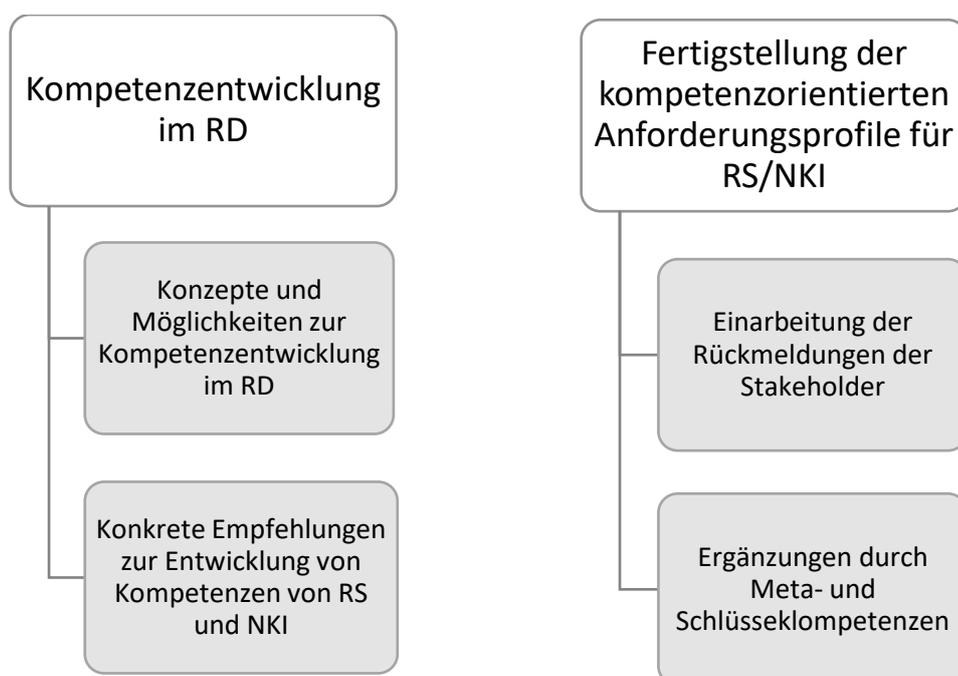


Abbildung 69: Die beiden Handlungsstränge der Finalisierungsphase

Im Folgenden wird zuerst eine generelle Übersicht zu Kompetenzentwicklung im RD angeführt, wobei unterschiedliche Möglichkeiten und Konzepte besprochen werden. Danach erfolgen konkrete Vorschläge, zu einer (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen im Ö-RD.

Im Anschluss daran finden sich die KOAP für RS und NKI, welche im Zuge der Finalisierungsphase allerdings auf Grund mangelnder Änderungsvorschläge seitens der Stakeholder nur mehr um Beispiele aus der Fachliteratur ergänzt wurden. Zusätzlich wurden die Schlüsselkompetenzen und Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS und NKI im Rahmen dieser Phase auch noch um Meta- und Querschnittskompetenzen ergänzt.

8.1 Kompetenzentwicklung im Rettungsdienst

Da in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern auch die erforderlichen Kompetenzen variieren, ist es nicht verwunderlich, dass auch spezifische Differenzen des Lernens und somit der Kompetenzentwicklung verortet werden können. (vgl. Heyse et al. 2002: 7) Die Kompetenzen der beiden KOAP für RS und NKI müssen somit im Vergleich zu anderen Anforderungs- oder Kompetenzprofilen differenziert betrachtet werden. Speziell im Bereich der Schlüsselkompetenzen und der Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS und NKI ist hier der Einbezug des speziellen Kontexts – Krankentransport und Notfallrettung bzw. die Lernkultur der SanitäterInnen – wichtig. Dies gilt auch für Querschnittskompetenzen. Im Bereich der Metakompetenzen kann Kompetenzentwicklung sicherlich auch in anderen Gesundheitsberufen in ähnlichem Maße erfolgen. Der Fokus der Empfehlungen hin zur Kompetenzentwicklung von RS und NKI bezieht sich aber hauptsächlich auf die Entwicklung und Weiterentwicklung von Schlüsselkompetenzen und Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS und NKI.

Anschließend erfolgt ein Überblick über Methoden und Konzepte zur (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen im RD. Dieser Überblick reicht von der Vorstellung des Modells der *beruflichen Handlungskompetenz* bis hin zu unterschiedlichen Formen des Lernens wie *Kooperatives Lernen* oder *Blended Learning*, des *Lernfeldkonzeptes*, aber auch *Simulation* in Form von *Fallbeispielen*, *Virtual Reality*, *Augmented Reality* oder *Teamtrainings* wie *CRM*. Zusätzlich werden auch noch *internationale Kurskonzepte* thematisiert wie auch *Portfolios*, *Dokumentationen*, *Nachbesprechungen* und viele weitere Möglichkeiten.

8.1.1 Berufliche Handlungskompetenz

Ein in Deutschland bereits zur Zeit der RettungsassistentInnen etabliertes Modell, welches die Förderung der Handlungskompetenz von SanitäterInnen zum Ziel hat, kann in Abbildung 70 gefunden werden. (vgl. Karutz, 2008: 30)

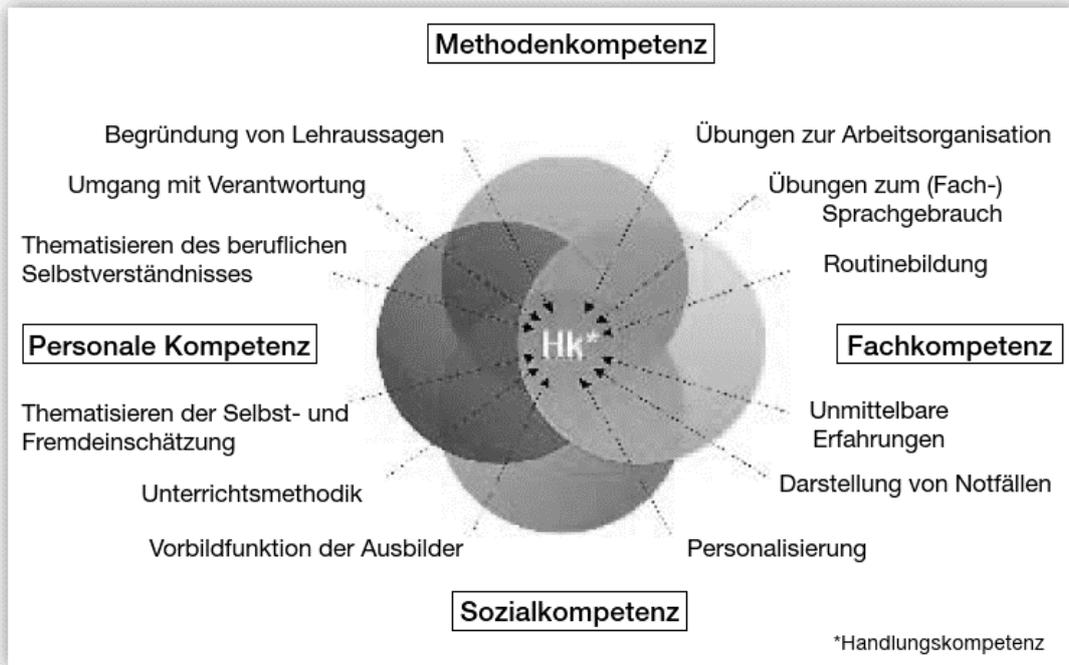


Abbildung 70: Kugelmodell der Förderung beruflicher Handlungskompetenz (Karutz, 2008: 30)

Die Kompetenzbereiche des Modells der *beruflichen Handlungskompetenz* wurden ebenfalls in vier, mit dem Kompetenzatlas vergleichbare Grundkompetenzen eingeteilt: Methodenkompetenz, Personale Kompetenz, Sozialkompetenz und Fachkompetenz, wobei berufliche Handlungskompetenz die Schnittmenge dieser vier Kompetenzen beinhaltet.

Für AusbilderInnen im RD stellt dieses Modell einen Rahmen dar, in dem die berufliche Handlungskompetenz von SanitäterInnen entwickelt werden soll. Im Bereich der Schnittmenge Methodenkompetenz und Fachkompetenz sollen Übungen zur Arbeitsorganisation und zum (Fach-) Sprachgebrauch erfolgen, was mitunter auch zu Routinebildung dienen soll. Für den Bereich zwischen Fach- und Sozialkompetenz sind unmittelbare Erfahrungen – also Praxis, Darstellung von Notfällen und Personalisierung von Lernprozessen – notwendig. Für die Entwicklung von Sozialkompetenzen und die Schnittmenge mit personaler Kompetenz spielt auch das Thematisieren der Selbst- und Fremdeinschätzung, die Unterrichtsmethodik sowie die Vorbildfunktion der AusbilderInnen

eine entscheidende Rolle. Schließlich müssen auch Lehraussagen begründet werden und ein Umgang mit Verantwortung trainiert werden. Zusätzlich soll es auch zu einer Thematisierung des beruflichen Selbstverständnisses kommen. Diese Begriffe bedürfen weiterer Erklärung, weswegen sie im Folgenden skizziert werden.

8.1.1.1 Übungen zur Arbeitsorganisation

Übungen zur Arbeitsorganisation befassen sich mit der Selbstorganisation des Lernens. Auszubildende müssen demnach Einsatzübungen und Notfallszenarien selbst vorbereiten und dabei das benötigte Material systematisch verwenden. (vgl. Karutz, 2008: 36) Der Zweck besteht darin, Selbstorganisationsfähigkeiten von SanitäterInnen wie auch Organisationsfähigkeiten zu verbessern, um in weiterer Folge selbstverantwortete Aufgaben übernehmen zu können.

8.1.1.2 Übungen zum (Fach-) Sprachgebrauch

Kommunikative Fähigkeiten stellen ohne Zweifel eine wichtige Komponente im RD-Alltag dar. Eine adäquate (Fach-)Sprache ist eine Grundvoraussetzung für das Gelingen von Gesprächssituationen mit KollegInnen, ÄrztInnen und Pflegekräften. Eine regelmäßige und selbstverständliche Anwendung dieser Fachsprache innerhalb des Unterrichts kann gut in Simulations-Szenarien trainiert werden. (vgl. Karutz, 2008: 36)

Teilweise müssen Vokabeln aber auch gelernt werden, wobei die Wort-Herkunft oft dabei helfen kann, den Begriff mit anderen artverwandten Begriffen in Verbindung zu setzen und Ähnlichkeiten herleiten zu können. Methoden, um die Sprachfähigkeit zu trainieren, wären etwa Referate, Erstellen von schriftlichen Ausarbeitungen zu diversen Thematiken, Rollenspiele, Diskussionsrunden oder auch gezielte Rhetorikseminare.

Nichtsdestotrotz darf aber auch eine zielgerichtete, möglichst versorgungsorientierte und empathische Kommunikation mit PatientInnen und Angehörigen ebenfalls nicht fehlen. Möglichkeiten, dies zu erlernen, bieten sich ebenfalls durch gezielte (Szenarien-)Trainings gepaart mit theoretischem Input, der selbstorganisiert gelernt werden kann.

8.1.1.3 Routinebildung

Routine wird oft mit viel Erfahrungen in der Praxis gleichgesetzt, allerdings benötigt man für eine kompetente Versorgung von PatientInnen mehr als reine, unreflektierte Praxiserfahrung. Unbestritten müssen Maßnahmen und Handlungsabläufe trainiert werden, damit diese auch in Stresssituationen automatisiert abrufbar sind und von SanitäterInnen beherrscht werden und somit kognitive Ressourcen nicht unnötig gebunden werden. (vgl. Karutz, 2008: 36) Dies ist möglich, da in Situationen, für welche bereits Routine – also Bewältigungshandlungen – kognitiv verfügbar sind, wodurch Stresssituationen weniger häufig das Gefühl von Bedrohung oder Herausforderung entsteht. (vgl. Richter, 2014: 23) Herausforderung muss hierbei allerdings eher als Überforderung gesehen werden, da Notfälle in vielen Fällen nicht stringent nach einem Muster ablaufen, sondern Flexibilität von SanitäterInnen abverlangen. Allerdings dürfen auch SanitäterInnen bei ihrer routinierten Tätigkeit im RD das Ziel PatientInnen empathisch zu versorgen. Dies leidet leider oft durch Routine und Gewohnheiten von SanitäterInnen.

In Zusammenhang mit Routinebildung soll die praktische Unterweisung in Form der *Vier-Stufen-Methode* genannt werden, bei der Abläufe zuerst von Lehrenden vorgezeigt werden und Auszubildende sich danach selbst anleiten. Die vier Schritte dabei sind: Vorbereiten und Vormachen, Erklären, Nachmachen und Üben. (vgl. Hündorf & Lipp, 2011: 93) Vor allem in immer wiederkehrenden Fortbildungen kann etwa die zweite Stufe übersprungen werden. (vgl. Grönheim & Kemperdick, 2018: 53f.) Bei dieser Methode ist es allerdings essenziell, korrekte Handlungsabläufe einzuüben, da sich schon falsche oder ungenaue Abläufe einprägen. Aus diesem Grund kann zwar eigenständig geübt werden, was ebenfalls häufig zu den gleichen Abläufen erfolgen sollte, eine eigenständige Erarbeitung sollte vermieden werden. (vgl. Karutz, 2008: 36) Allerdings muss durch die Komplexität von Notfallsituationen und den Anforderungen an SanitäterInnen die Wirksamkeit dieser Vier-Stufen-Methode auch kritisch hinterfragt werden. Teilweise wird die Anwendung dieser Methode in Gesundheitsberufen kritisch gesehen, da diese Methode sehr von der Motivation der Lernenden, der detaillierten Vorbereitung und der vor allem fachlichen und methodischen Kompetenzen der Ausbilder abhängt. (vgl. Langewand, 2016: 147) Trotzdem hat sich diese Methoden in den letzten Jahren in der österreichischen Praxis bereits in der Ausbildung von ErsthelferInnen, aber auch für SanitäterInnen bewährt. Der Aufwand für Lehrende und die Anforderungen an diese sind aber höher als zunächst angenommen.

8.1.1.4 Unmittelbare Erfahrungen

Speziell während der Ausbildung sollten SanitäterInnen Erfahrungen unmittelbar selbst machen. Dies bedeutet natürlich nicht, dass SanitäterInnen selbst in Notfallsituationen kommen, allerdings die Position von PatientInnen einnehmen sollten. Exemplarisch können die Immobilisation in einer Vakuummatratze oder das Spielen einer eingeklemmten Person in einem Auto auf dem Dach genannt werden. Solche Erlebnisse sind sicherlich prägend für SanitäterInnen und ermöglichen es, sich besser in die jeweilige emotionale Situation von PatientInnen hineinversetzen zu können. Mündliche Instruktionen von AusbilderInnen oder das selbstständige Abarbeiten von Notfällen in Simulationen können gleich einprägsam und eindrucksvoll sein wie auch die Übernahme der Rolle von PatientInnen in Simulationen. Auf diese Weise erfährt man auch, wie es ist HelferInnen ausgeliefert zu sein. Dies muss allerdings in möglichst realitätsnahen Einsatzübungen erfolgen. Die Herausforderung und Konfrontation mit fordernden Ereignissen sollen allerdings wohl dosiert und didaktisch überlegt erfolgen, eine Überforderung bei Übungen ist wenig zielführend. (vgl. Karutz, 2008: 34)

8.1.1.5 Darstellung von Notfällen

Bei Notfällen handelt es sich in den meisten Fällen um komplexe Situationen, bei denen es für HelferInnen notwendig ist, den Gesamtüberblick zu bewahren. Dazu zählen unter anderem das Wahrnehmen von relevanten Informationen, das Erkennen von Ursachen und weiteren Gefahren und das Trainieren von zu setzenden Handlungen. Der Gesamtüberblick darf bei diesen umfangreichen Tätigkeiten allerdings nie verloren gehen. (vgl. Wagner, 2006: 22ff.) Diese Komplexität ist mitunter darauf zurückzuführen, dass Notfälle in der Realität meist nicht nach einem Standardschema ablaufen, sondern immer wieder ein gewisses Maß an Flexibilität erfordern. Aus diesem Grund ist es auch notwendig, Notfälle in Szenarien und praktischen Übungen möglichst vielfältig darzustellen, wobei auch ErsthelferInnen, Angehörige oder Zuschauer eine Rolle in diesem Kontext spielen und wenn möglich auch in Fallbeispiele einbezogen werden sollen. (vgl. Karutz, 2008: 34) Weitere Details zu Simulation im Rettungsdienst folgen später in Kapitel 8.1.2.9.

8.1.1.6 Personalisierung

PatientInnen werden im Rettungsdienst oft auf ihre Vitalparameter reduziert. Sie stellen keine Maschinen dar, die repariert werden müssen. Ganz im Gegenteil befinden sich PatientInnen in physischen und psychischen Ausnahmesituationen mit ihren persönlichen Gefühlen, Gedanken und Problemen und müssen daher auch dementsprechend versorgt werden. (vgl. Karutz, 2008: 34) Dazu zählen weit mehr als rein mechanische Tätigkeiten wie das Monitoring von Vitalfunktionen und Medikamentengabe. Neben Einfühlungsvermögen müssen auch kommunikative und soziale Kompetenzen in ausreichendem Maße ausgeprägt sein, um dies zu gewährleisten. Die KOAP dieser Arbeit dienen hierzu als gute Übersicht über geforderte Kompetenzen, die erforderlich sind, um (Notfall-)PatientInnen individuell und nach deren Bedürfnissen versorgen zu können.

8.1.1.7 Vorbildfunktion der Ausbilder

SanitäterInnen haben bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten immer eine Vorbildfunktion, derer sie sich ständig bewusst sein müssen. (vgl. May & Mann, 2003: 38) Im selben Maße gilt diese Vorbildfunktion auch für Lehrende im Rettungsdienst. Nur wenn sich auch Lehrpersonen vorbildlich verhalten, kann dieser Umstand auch von Auszubildenden in der Praxis umgesetzt werden. Wenn man die Entwicklung sozialer Kompetenz fördern möchte, ist auch ein gewisses Maß an sozialer Kompetenz erforderlich. (vgl. Karutz, 2008: 36) Dies betrifft einerseits natürlich das in Aus-, Fort- und Weiterbildungen eingesetzte Personal, aber auch PraxisanleiterInnen während der Praktika.

8.1.1.8 (Veränderte) Unterrichtsmethodik

Rettungsdienstausbildung ausschließlich in Form von Frontalunterricht gehört seit langem der Vergangenheit an, dennoch gibt es noch etliches didaktisches Potential, um die Entwicklung von Kompetenzen von SanitäterInnen zu fördern. Wie bereits bei der Diskussion über Kompetenzentwicklung besprochen, sollen nicht nur fremdorganisatorische Maßnahmen, sondern auch speziell jene der Selbstorganisation gefördert werden, um kompetente, für den Einsatz im Rettungsdienst geeignete SanitäterInnen zur Verfügung zu haben, welche in der Lage sind, eigenständig Entscheidungen zu treffen.

Ein zu beachtender Grundsatz aus didaktischer Sicht ist die Anwendung von aktivierenden Methoden des Unterrichts, durch welche speziell soziale Aspekte, welche von SanitäterInnen gefordert werden, trainiert werden können. Dies kann sowohl in Form von Partner- bzw. Gruppenarbeiten, Podiumsdiskussionen, Simulationstraining mit verschiedenen AkteurInnen oder Rollenspielen trainiert werden. (vgl. Karutz, 2008: 32ff.) Damit soll auch ein Verständnis für die Orientierung an Problemen und neuen Erfahrungen erleichtert werden, was zu mehr Lernwirksamkeit führen soll. Diese Wirksamkeit wird auch durch die Übertragung von Verantwortung an SanitäterInnen gefördert, wobei allerdings auch ein Verständnis für mögliche Konsequenzen von Handlungen notwendig ist. In Form von Projektarbeiten, Lernpartnerschaften, Tutorensystemen, aber auch von Ausarbeitung von spezifischen Themen und Abhaltung von Referaten, Durchführung von Übungen und Exkursionen kann dies ebenfalls gefördert werden. (vgl. Karutz, 2014: 23)

Zusätzlich sollen auch unterschiedliche Formen des Lernens angewendet werden. Die Orientierung an Lernzielen, eine Möglichkeit zur Kompetenzentwicklung zählt etwa zu diesen Formen und wird später in diesem Kapitel beschrieben. In der Praxis etablierten sich in den letzten Jahren bereits etliche Kurskonzepte wie Teamtrainings oder diverse internationale Kursformate wie etwa für Traumaversorgung oder diverse Kurse des Europäischen Rates für Wiederbelebung, welche sich auch unterschiedlicher didaktischer Mittel bedienen. Ein kurzer Überblick über einen Teil dieser Kurse erfolgt später im Kapitel über die Möglichkeiten der Kompetenzentwicklung für SanitäterInnen.

8.1.1.9 Thematisieren der Selbst- und Fremdeinschätzung

Selbstreflexionsfähigkeit als Teil *Ergebnisorientierten Handelns*, welches in beiden KOAP gefunden werden kann, und *Selbsterkenntnis(vermögen)* – eine für den Rettungsdienst essenzielle Metakompetenz – müssen im Zuge von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ständig thematisiert werden, um SanitäterInnen dazu zu animieren, die eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten, das Verhalten und deren Kompetenzen laufend selbst zu reflektieren. Somit können Stärken, Schwächen, aber auch (eigene) Grenzen erkannt werden, um darauf aufbauend eine Weiterentwicklung der Kompetenzen zu ermöglichen und gleichermaßen Chancen und Potenziale zu nützen. (Vgl. Karutz, 2008: 36) Die Möglichkeit von *Peerassessments* etwa ermöglicht eine Befassung mit Performanz, Einstellungen, professionellem Verhalten, Kreativität, Engagement und der Fähigkeit der Selbsteinschätzung mit Hilfe von gleichgestellten Lernern. (vgl. Regener, 2005: 348ff.)

8.1.1.10 *Thematisieren des beruflichen Selbstverständnisses*

Vor allem im Zuge der Ausbildung von SanitäterInnen ist es notwendig, zu thematisieren, warum einer Tätigkeit im Rettungsdienst nachgegangen werden möchte und wie Begriffe wie *Helfen* oder *Retten* individuell interpretiert werden. Unterschiedliche Perspektiven können dazu beitragen, eigene Meinungen und Vorstellungen weiterzuentwickeln und auch unterschiedliche Beweggründe für die Aufnahme einer Tätigkeit im RD zu erfahren. (vgl. Karutz, 2008: 32)

Speziell im Kontext der Freiwilligkeit scheinen Motive für die Tätigkeit im RD durchaus sehr hohe Relevanz zu haben, da eben diese Tätigkeit unentgeltlich ausgeübt wird. Laut einer Umfrage ist das Hauptmotiv für eine freiwillige Tätigkeit im Ö-RD, anderen helfen zu wollen. (vgl. Czech & Hajji, 2011)

8.1.1.11 *Begründung von „Lehraussagen“*

Flexibilität ist auf Grund unterschiedlicher Ausformungen von Notfällen in der Praxis unabdingbar. Allerdings müssen sich SanitäterInnen und Lehrende darüber im Klaren sein, dass es meist nicht nur eine richtige Möglichkeit zum Vorgehen bei einer Behandlung von PatientInnen gibt. Vor- und Nachteile müssen in ausreichendem Maße abgewogen werden und Entscheidungen mit Hinblick auf die daraus resultierenden Folgen getroffen werden.

Lehrende sollen daher SanitäterInnen dahingehend fördern, eigenständig Entscheidungen zu treffen und die Verantwortung dafür zu übernehmen. Damit dies aber nicht unreflektiert erfolgt, sollen Begründungen und Argumente für oder gegen bestimmte Handlungen thematisiert werden. Eine Imitation von vorgegeben Verhaltensmustern und Handlungsabläufen ist im Sinne der Erwachsenenbildung nicht zielführend. (vgl. Karutz, 2008: 34) Es besteht auch für AusbilderInnen die Möglichkeit, die eigene Meinung in Lehrprozesse einzubauen, wobei diese Aussagen dann transparent und fachlich fundiert sein müssen. (vgl. Karutz, 2011: 260)

Das Modell der „beruflichen Handlungskompetenz“ wurde mit der Einführung der deutschen NFS-Ausbildung und der damit gestiegenen Ausbildungszeit um einige Gesichtspunkte erweitert. Nichtsdestotrotz sind die darin enthaltenen Punkte überwiegend auch für die Ausbildung von RS und beinahe gänzlich für NKI relevant.

8.1.1.12 *Entwicklung von und Umgang mit Lehraussagen*

Das reine Begründen von Lehraussagen ist aber für eine zielführende Ausbildung von SanitäterInnen nicht ausreichend, da umfangreiche Konzepte hinter diesen Lehraussagen stecken und von Lehrenden gezielt entwickelt werden müssen, um Lernprozesse fördern zu können.

Im Falle von unterschiedlichen, mitunter sogar widersprüchlichen Aussagen von unterschiedlichen Lehrern sollten Lernende animiert werden, diese Widersprüchlichkeiten zu thematisieren. Es darf nicht vorkommen, dass solche Probleme unkommentiert bleiben und Lernende dadurch irritiert und verunsichert werden. (vgl. Karutz, 2011: 255ff.)

Es ist unbestritten, dass einerseits eine gemeinsame Linie in Aus-, Fort- und Weiterbildungsprozessen gefunden werden muss, um Lernenden Halt und Sicherheit vermittelt zu können. Dies ist unter anderem durch fachlich abgesicherte Standards und Algorithmen möglich. In diesem Zusammenhang oft verwendete Termini sind sogenannte Standard Operating Procedures (SOP), welche für SanitäterInnen in Einsatzsituationen Orientierungshilfen darstellen. Im Umgang mit solchen Algorithmen muss allerdings ein reflektierter Einsatz dieser Standards erfolgen. Wissen über diese Algorithmen reicht mitnichten aus, um PatientInnen in Notfallsituationen kompetent versorgen zu können. Die jeweiligen Entscheidungen für oder gegen Handlung sollen begründet werden. Dies ist besonders in jenen Fällen wichtig, die von SOP nicht gänzlich abgedeckt werden können, wodurch ein gewisses Maß an eigenverantwortlichem Handeln notwendig wird. (vgl. Karutz, 2014a: 24) Um dies aber in der Praxis gewährleisten zu können, müsste es für NFS mehr Möglichkeiten geben, eigenverantwortlich zu handeln. Dies wäre mitunter durch eine Ausweitung der Befugnisse, etwa durch eine Änderung der bereits thematisierten Notfallkompetenzverordnung möglich. (vgl. RIS, 2020a, ÖGERN, 2019a: 5, Hellwagner, 2015b) Auch die flächendeckende Ausbildung inklusive des Einsatzes von NFS mit Notfallkompetenz würde schon etliche Möglichkeiten bieten, SanitäterInnen im Ö-RD eigenverantwortlich einsetzen zu können.

8.1.1.13 *Umgang mit Frust*

Ein Umstand, der unbedingt bei SanitäterInnen beachtet werden sollte, ist der Umgang mit potenziellem Frust. (vgl. Karutz, 2014a: 26) Da in Österreich vielerorts Ausbildung und

Erfahrung nebensächlich für einen Einsatz im Rettungsdienst sind bzw. Befugnisse für die Ausübung von Notfallkompetenz trotz absolvierter Ausbildung nicht gegeben sind, ist Frust von MA jeglichen Anstellungsverhältnisses sicherlich ein für den RD relevantes Thema. Ein in dieser Arbeit bereits mehrfach erwähntes Beispiel ist der Umstand, dass etwa RS NotfallpatientInnen betreuen, während NKI Krankentransporte durchführen. Dies kann weder im Sinne von PatientInnen sein noch im Sinne der SanitäterInnen selbst. Um SanitäterInnen auf solche Umstände vorzubereiten, sollten diese Umstände bereits im Zuge der Ausbildung besprochen werden, was zu einer erhöhten Frustrtoleranz der MA führen könnte. (vgl. ebd.) Zusätzlich sollte auch darauf geachtet werden, dass sich Auszubildende selbst mit den Aufgaben und dem Tätigkeitsfeld auseinandersetzen. (vgl. Kaltenberger, 2017³: 81) Auch Frust, welcher durch Aus- oder Fortbildung und durch Überforderung, Lernstress, Angst vor Prüfungen oder (negatives) Verhalten von Lehrkräften entsteht, muss in Betracht gezogen und die Lernumgebungen bestmöglich gestaltet werden. (vgl. Kupfernagel, 2016: 129)

8.1.1.14 Aufrechterhaltung der Kompetenz

Die Aufrechterhaltung der Kompetenz ist ebenfalls ein Punkt, welchem oft nicht genügend Beachtung geschenkt wird. Eine Differenzierung von Qualifikation und Kompetenz, wie bereits in Kapitel 4.4 vorgenommen, ist für ein Verständnis, was kompetente SanitäterInnen auszeichnet, notwendig. Die Absolvierung einer Ausbildung ist nicht gleichbedeutend damit, dass SanitäterInnen auch kompetent sind. Des Weiteren besteht auch die Gefahr, dass auf Grund von mangelnder Dienstverpflichtung, wenig Erfahrung, geringer Motivation oder auf Grund von anderen Faktoren Kompetenzen nicht aufrechterhalten werden können. Es bedarf also einer ständigen (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen, auch von jenen, die bereits entwickelt wurden.

Möglichkeiten, diese (Weiter-)Entwicklung zu ermöglichen, sind beispielsweise Fortbildungen oder verpflichtende Praktika. (vgl. Karutz, 2014a: 26) Der Umfang von 8 verpflichtenden Fortbildungsstunden pro Jahr und wenigen Praktika in Kliniken im Laufe der Ausbildung deuten schon darauf hin, dass es kein leichtes Unterfangen ist Kompetenzen aufrecht zu erhalten. Zusätzlich gibt es keine definierten Möglichkeiten, weitere Praktika für die Aufrechterhaltung von Kompetenzen zu nutzen. Des Weiteren orientieren sich Fortbildungen im Ö-RD oft an den Mindestanforderungen und ermöglichen kaum Weiterentwicklung. (vgl. Kaltenberger, 2017³: 61) Das Anstreben ständigen Lernens und

Weiterentwickeln im Sinne des lebenslangen Lernens ist hier mit Sicherheit angebracht und auch notwendig, da sich der RD stetig weiterentwickelt. (vgl. Karutz, 2014a: 26)

8.1.2 Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung von SanitäterInnen

Kompetenzentwicklung und -weiterentwicklung können sicherlich als zentrale Elemente jeglicher beruflicher Aus-, Fort- und Weiterbildung gesehen werden. Im beruflichen Kontext, und dies gilt auch für den Rettungsdienst, wird in diesem Zusammenhang oft von Handlungskompetenzen gesprochen, welche auch zuvor für den RD spezifisch beschrieben wurden. Diese Kompetenzbeschreibungen wurden oft „aus dem beruflichen Handlungsfeld entwickelt“. (vgl. KMK, 2011: 11) Eine Beschreibung des Handlungsfeldes und die daraus abgeleiteten KOAP für RS und NKI erfolgte auch im Zuge der fünf Forschungsworkshops. Vor allem in Deutschland kann in einschlägiger Fachliteratur – wie etwa Enke & Kuhnke 2013; Pluntke 2013; May & Mann, 2003; Grönheim & Kemperdick 2018 oder Hündorf & Lipp 2011 & 2016 – eine detaillierte Befassung mit unterschiedlichen Elementen der Kompetenzentwicklung im RD gefunden werden.

Während der Fokus der Entwicklung von fachlicher Kompetenz oft als zentrale Aufgabe der Ausbildung von SanitäterInnen gesehen wurde und sich oft als reines Faktenwissen präsentierte, wurden in den letzten Jahren vermehrt Forderungen zur Entwicklung weiterer Kompetenzen laut.

Ein Beispiel stellt die Förderung von Soft Skills, einem Synonym für soziale Kompetenzen, in der Ausbildung von SanitäterInnen dar, welche im deutschsprachigen Raum stark vernachlässigt wurden. (vgl. Karutz, 2014a: 22) Auch wenn die Notwendigkeit dieser Kompetenzen schon vor etlichen Jahren als Anforderungen für den RD erkannt wurden, entwickelten sich zuerst wenige Konzepte zur Förderung dieser Kompetenzen. Im Lauf der Jahre wurden allerdings diverse Konzepte zur Entwicklung von sozialer Kompetenz vorgestellt. (vgl. May & Mann, 2003) Die Umsetzung in der Ausbildung und die Auswirkungen auf den Dienstbetrieb waren allerdings oft verschwindend gering. Ein Umstand, der mit Sicherheit dafür verantwortlich ist, ist die geringe Ausbildungsdauer. Da das Tätigkeitsfeld des RD sehr umfangreich ist und in kurzer Zeit möglichst viel unterrichtet werden soll, bleibt wenig Zeit für Entwicklung von Kompetenzen.

Im Zuge dieser Arbeit musste bei der Literaturrecherche und den Erhebungen im Feld festgestellt werden, dass es in absehbarer Zeit – und dies ist bereits seit 2013, als mit den

Vorarbeiten für diese Dissertation begonnen wurde, der Fall – keine Änderung oder Verlängerung der Ausbildungsdauer geben wird.

Es musste erkannt werden, dass durch die beschränkten Möglichkeiten zur Änderung der Ausbildung im Ö-RD, bereits erprobte Konzepte zur Entwicklung von Kompetenzen zur Anwendung zu bringen sind. Der Fokus sollte stark auf Praxis(-erfahrungen) liegen und nicht auf theoretischen Konstrukten, welche sich fernab jeglicher Realität präsentieren. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 1997: 198)

Wie bereits beschrieben, sollten die für Kompetenzentwicklung angewendeten Lern- und Lehrformen bestimmte Umstände berücksichtigen. Dazu zählt unter anderem ein auf bereits vorhandenen Kompetenzen und Wissen basierender Aufbau, bei welchem die Lösung von Problemen im Vordergrund steht. Auch im Sinne der Ausbildung des Ö-RD ist darauf zu achten, die vorhandenen Ressourcen zu schonen und sich auf zentrale Anliegen und Probleme zu fokussieren. Dies soll nur teilweise fremdgesteuert erfolgen. Selbstorganisation stellt einen zentralen Teil des Lernprozesses auch für SanitäterInnen dar. (vgl. Edelmann & Tippelt, 2007: 134)

Erste Tendenzen, solche Selbstlern-Prozesse für SanitäterInnen zu initiieren, können vor allem im Bereich der sozialen Kompetenzen verortet werden. (vgl. Uebermuth, 2016: 27ff.) Dieser Prozess ist allerdings für die Entwicklung jeglicher Art von Kompetenzen notwendig. SanitäterInnen in Österreich müssen daher das „Lernen lernen“.

Der Umstand, dass SanitäterInnen sich also im Zuge von Aus-, Fort- und Weiterbildungen nicht entspannt zurücklehnen können, sondern aktiv werden müssen, um Kompetenzen (weiter) zu entwickeln, erfordert ein gewisses Maß an Selbst- und Fremdorganisation. Aus diesem Grund werden im Folgenden unterschiedliche Möglichkeiten für Lernende und auch Lehrende vorgestellt, um Kompetenzentwicklung zu gewährleisten. Moderne neurodidaktische Erkenntnisse werden dabei zwar berücksichtigt, aber auf Grund des begrenzten Umfangs nicht im Detail behandelt. Psychische Bedürfnisse wie *Eigenständigkeit*, *Eingebundensein* und *Erfolg* sowie Faktoren des nachhaltigen Lernens wie etwa die *Bedeutsamkeit der Thematik*, *Praxisrelevanz* und *Anschlussfähigkeit* werden nicht gesondert gesprochen, aber als Grundlage für erfolgreiches Lernen erachtet. (vgl. Ziegler, 2014: 40)

8.1.2.1 Ganzheitliches Lernmanagement

Eine Möglichkeit zur Darstellung der Organisation des Lernens, wie es etwa für Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Rettungsdienst praktikabel wäre, ist das ganzheitliche Lernmanagement von Petermandl (2018: 351f.) Lernen kann in den drei Formen *intendiert*, *integriert* und *innovativ* erfolgen. Während das Lernen *intendiert* in kompakter Weise in Form von Trainings, Seminaren oder Lehrgängen planbar ist, kann dies bei den beiden weiteren Formen nicht in diesem Maße erfolgen. So erfolgt *integriertes Lernen* kontinuierlich, wobei Prozesse personenbezogen dokumentiert werden. Beim *innovativen Lernen* kommt es zu Prozessen, welche durch Veränderungschancen generiert werden.

8.1.2.2 Kooperatives Lernen

Eine weitere Möglichkeit, Kompetenzen im RD zu entwickeln, wäre Kooperatives Lernen. Bei dieser Form des Lernens interagieren die am Lernarrangement beteiligten Personen miteinander, wobei es zu einem gleichberechtigten, wechselseitigen Austausch kommt, um Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben. (vgl. Konrad & Traub, 2001: 5) Im besten Fall werden ebenfalls Kompetenzen wie Eigenverantwortung und Kooperationsfähigkeit entwickelt. (vgl. Weidner, 2003: 18f.) Vor allem ist Kooperationsfähigkeit nicht nur in beiden Profilen, RS und NKI, enthalten, sondern fördert auch in kooperativen Lernprozessen die Quantität wie auch die Qualität des Gelernten. (vgl. Johnson & Johnson, 2008: 18) Kooperatives Lernen weist dabei etliche Merkmale auf, die sich teilweise stark von traditionellem Lernen in der Gruppe unterscheiden, wie aus Tabelle 69 ersichtlich wird:

Kooperativ lernende Gruppe	Traditionell lernende Gruppe
Positive Interdependenz zwischen den Gruppenmitgliedern	Keine Interdependenz zwischen den Gruppenmitgliedern
Individuelle Verantwortung für die eigene Leistung und auch für die Leistung der Gruppenmitglieder	Verantwortung nur die für individuelle Leistung
Heterogene Gruppenzusammensetzung	Oft homogene Gruppenzusammensetzung
Alle Mitglieder teilen die Verantwortung für die Bearbeitung der Aufgabenstellung	Ein Mitglied übernimmt die Verantwortung für die Bearbeitung der Aufgabenstellung
Gemeinsame Verantwortung füreinander	Verantwortung nur für sich selbst
Soziale Fähigkeiten werden gefördert	Sozialkompetenz wird fälschlicherweise vorausgesetzt

Trainer bzw. TrainerIn beobachtet, interveniert und gibt Feedback über den Arbeitsprozess der Gruppe	Trainer bzw. TrainerIn beobachtet und interveniert selten
Wirksamkeit des Gruppenprozesses wird reflektiert	Gruppenprozessen wird keine Aufmerksamkeit geschenkt

Tabelle 69: Was ist der Unterschied zwischen kooperativem Lernen und traditionellem Lernen in der Gruppe? (Johnson & Johnson, 1999⁵: 13, in Kernbichler, 2003: 110, editiert)

Für den RD birgt Kooperatives Lernen großes Potential, doch stellt es auch Lerner und Lehrende vor hohe Anforderungen. Betrachtet man jene Aspekte, die für TrainerInnen im RD relevant sind, so wird schnell klar, dass dies lediglich mit einer kurzen pädagogischen Ausführung – wie in Österreich üblich – schwer zu bewerkstelligen sein wird. Es bedarf hier einer umfassenden Entwicklung der eigenen (Lehr-)Kompetenzen und Erfahrungen mit Gruppenprozessen. Für SanitärerInnen steht hierbei vor allem der Teamgedanke im Vordergrund – etwa dass Entscheidungen im Team getroffen werden und jedes Teammitglied ein Mitspracherecht hat, wie dies etwa auch in CRM-Trainings der Fall ist. Auch Reflexionen der Gruppenprozesse können dabei helfen, *Kooperationsfähigkeit* zu stärken. Zusätzlich bietet Kooperatives Lernen aber auch noch weiteres Potential für RD-Fortbildungen. Genaue Konzepte müssen allerdings erst ausgearbeitet werden.

8.1.2.3 Selbstorganisiertes Lernen (SOL)

Eine Möglichkeit, gleichzeitig selbstgesteuert und kooperativ zu lernen, bietet Selbstorganisiertes Lernen. (vgl. Sembill & Seifried, 2006: 93ff.) SOL bietet aber auch die Möglichkeit, gelöst von fachwissenschaftlichen Systematiken des Unterrichts, handlungsorientiert zu unterrichten. Zusätzlich ändert sich aber auch das Verhältnis von Lehrenden und Lernern. SanitärerInnen sollen dazu befähigt werden, das eigene Lernen selbst zu organisieren, und werden dabei von Lehrenden unterstützt. (vgl. Bela & Rösch, 2014: 120) Neben dem erfolgreichen Einsatz von SOL in Schulen wurde dieses Konzept auch schon für die Ausbildung von NFS in Deutschland erfolgreich angewandt. (vgl. Langewand, 2018: 158)

Grundlagen von SOL sind der Aufbau von Methoden- und Lernkompetenzen der Lerner, die Organisation sozialer Lernstrukturen, die Generierung von Fachwissen und die Kompetenz, eigenverantwortlich und selbstständig zu lernen. (vgl. Herold & Herold, 2011: 96) Zusätzlich kann SOL auch strukturiert werden:

- „Lernorganisation: Der Lernende trifft Entscheidungen über Lernorte, Zeitpunkte, Lerntempo, Ressourcen, Verteilung und Gliederung des Lernstoffs, Lernpartner.
- Lernkoordination: Der Lernende übernimmt die Abstimmung des Lernens mit anderen Tätigkeiten/Anforderungen in Beruf und Familie.
- Lernzielbestimmung: Der Lernende wählt die Lerninhalte selbst aus und legt die Lernziele fest.
- Lern(erfolgs)kontrolle: Der Lernende kontrolliert selbst den Fortschritt seines Lernens und seinen Lernerfolg.
- Subjektive Interpretation der Lernsituation: Der Lernende sieht, definiert und empfindet sich als selbständig im Lernprozeß.“ (Kraft, 1999: 835)

Beispiele für Methoden, welche für SOL angewendet werden können, sind etwa: *Advanced Organizer*, *Gruppenpuzzle*, *Punktekonto* oder *Kann-Liste*. (Bela & Rösch, 2014: 121)

Advanced Organizer bezeichnet eine Lernform zur Verknüpfung und Verbindung von neuem Fachwissen und Vorwissen. Dabei wird eine Struktur hergestellt, ohne dabei allerdings in die Tiefe zu gehen. (vgl. Reich, 2007: 9)

Beim *Gruppenpuzzle* arbeiten Lernende kooperativ in Gruppen an einer Thematik. In den Gruppen bearbeiten die einzelnen Lerner andere Themen und werden so ExpertInnen für diesen Bereich der Thematik. In der Gruppe vermitteln diese ExpertInnen dann den anderen Lernenden ihr erworbenes Wissen. Dadurch erhalten die Lernenden einen Gesamtüberblick und können sowohl in die Rolle des Lernenden als auch des Lehrenden schlüpfen. (vgl. Kroker, 2019)

Eine mögliche Leistungsbewertung für SOL in der Unterrichtspraxis kann mit einem *Punktekonto* realisiert werden. In allen unterschiedlichen Phasen des Lernarrangements können Lernende Punkte für ihr Konto sammeln, welche sie selbstständig auf Basis ihres Handelns eintragen können. Diese Punkte dienen dann als Bestätigung des Lernerfolgs und dessen Sichtbarmachung. (vgl. Schilderoth, o.D.: 5) Die mögliche Punkteanzahl richtet sich nach der Schwierigkeit des Auftrages. (vgl. Noesen, 2013: 45)

Kann-Listen müssen vor Unterrichtseinheiten von Lehrenden erstellt werden und dienen den Lernenden als Leitfaden, um zu wissen, welche Kompetenzen im Laufe des Lernprozesses entwickelt werden sollen. Kann-Listen bestehen aus mehreren Spalten: „die Spezifizierung der fachlichen Kompetenzen, die Spalte der Taxonomie (Reproduktion, Reorganisation, Transfer, Problemlösen), die Tätigkeitsbeschreibung, der Tätigkeitsnachweis und zuletzt die Spalte, in der man abhaken kann, sobald man den Tätigkeitsnachweis erbracht hat.“

(Noesen, 2013: 41) Angehende SanitäterInnen könnten dadurch individuelle Pläne für eigene Lernarrangements aufstellen und auch gezielt auf die Entwicklung benötigter Kompetenzen hinarbeiten.

Im Sinne von SOL wird auch davon ausgegangen, dass jeder Mensch lernen will und sich auch nicht dagegen wehren kann. Der Erfolg hängt allerdings von der Motivation bzw. der Lust des Lernenden bezüglich des Zeitpunktes des Lernens und der zu lernenden Thematik ab. (vgl. Langewand, 2018: 158) Problematisch dabei ist allerdings, dass selbstgesteuertes Lernen beinahe durchwegs positiv bewertet wird und Theorien zu SOL und den erwünschten Ergebnissen oft nicht deckungsgleich sind. (vgl. Kraft, 1999: 834)

Weitere Formen des Lernens, welche für die Ausbildung von SanitäterInnen von Relevanz sein könnten, sind beispielweise (POL) Problemorientiertes Lernen, welches von Lernenden das Lösen von realistischen Problemstellungen erfordert (vgl. Bela & Rösch, 2014: 121f.) oder auch (EOL) Erfahrungsorientiertes Lernen, welches durch die Thematisierung von Wahrnehmung, Verhalten und Denkmustern auf die Entwicklung personaler und sozialer Kompetenz abzielt. (vgl. Bela & Rösch, 2014: 122) Letztlich soll auch exploratives Lernen erwähnt werden. Dabei wird auf direkte Stoffvermittlung durch Lehrende verzichtet und ein Umfeld geschaffen, welches zum Lernen anregen soll. (vgl. Zengerink, 2013: 69)

8.1.2.4 E-Learning

Der Begriff E-Learning beschreibt virtuelle Lern- und Lehrformen, welche Telekommunikationstechnik und Informatik nutzen. Mit dem Begriff E-Learning werden allerdings keine Prozesse des Lernens oder der Kompetenzentwicklung umschrieben, sondern die Umsetzung des Lernens in der digitalen Welt bzw. das digitale Arrangement der Medien. Digitale Bildungsprozesse, welche durch E-Learning entstehen können, werden mitunter durch sogenannte Learning Management System (LMS) unterstützt, welche seit mehreren Jahren durch Zugänge zu Internet und Social-Media-Plattformen ergänzt werden. (vgl. Arnold et al. 2018⁵: 18ff.)

Während zu Beginn von E-Learning diese Form des Lernens noch als Insel im Web gesehen wurden, erweiterten sich die Möglichkeiten und E-Learning 2.0 diente ab diesem Zeitpunkt als Portal zum Internet, welches Werkzeuge und Material für Lerner in Form von Plattformen und umfangreichen Lernsystemen zur Verfügung stellte. Mit dieser Möglichkeit vollzog sich auch eine Wende von reiner Zurverfügungstellung von Materialien hin zu mehr

Selbstorganisation durch Lernende. (vgl. Kerres, 2006: 6) Solche Systeme, welche ebenfalls die Lernenden als Autoren von eigens erarbeitetem Content beinhalten, werden auch Learning Content Management Systeme (LCMS) genannt.

„Ein Learning Content Management System ist eine Software, die das Erstellen, Speichern und Verwalten von wieder verwendbaren Lernobjekten (RLO's) sowie die Organisation und Betreuung webunterstützten Lernens ermöglicht.“ (vgl. Baumgartner, 2002: 282)

Eines der bekanntesten LCMS ist Moodle, welches auch in der österreichischen Bildungslandschaft häufig genutzt wird. Die Empfehlung der Europäischen Kommission, Moodle als Open-Source – eine nicht zahlungspflichtige Plattform – anzubieten, ebnete den Weg für den Erfolg auf europäischer Ebene. (vgl. Fischer, 2008: 4ff.)

Um das Ausmaß an Möglichkeiten, die E-Learning bietet, begreifen zu können, sollen hier Vor- und Nachteile von E-Learning gegenübergestellt werden. Zhang et al (2004) stellten etwa traditioneller Unterricht in Klassenräumen E-Learning gegenüber.

	<i>Traditioneller Unterricht</i>	<i>E-Learning</i>
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Unmittelbares Feedback • Lehrenden und Lernenden bekannt • Motivation für Lernende • Kultivierung eines sozialen Gefüges 	<ul style="list-style-type: none"> • Lerner-zentriert • Lerngeschwindigkeit selbst beeinflussbar • Zeitlich und örtlich flexibel • Potenziell weltweites Klientel • Unlimitierter Zugang zu Wissen • Archivierung von Wissen zum Teilen und Verbreiten leicht möglich
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrenden-zentriert • Zeitlich und örtlich eingeschränkt • Höhere Kosten 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein unmittelbares Feedback bei asynchronem E-Learning • Erhöhter Vorbereitungsaufwand für Lehrende • Nicht für alle Lernenden komfortabel • Mehr potenzieller Frust, Angst und Verwirrung der Lerner

Tabelle 70: Traditioneller Unterricht vs. E-Learning (Zhang et al. 2004: 76, übersetzt, editiert)

Diese Gegenüberstellung von Teilen der Vor- und Nachteile von traditionellem Unterricht und E-Learning macht deutlich, dass keine der beiden Formen perfekt für Lerner sein kann und es notwendig ist, die für den Lerner bestmöglichen Rahmenbedingungen des Lernens zu schaffen.

Zusätzlich muss auch zwischen unterschiedlichen Formen von E-Learning und deren Möglichkeiten unterschieden werden. Während die Anfänge des E-Learnings, welche oft als E-Learning 1.0 betitelt werden, die Werkzeuge und Methoden sehr gering waren und E-Learning als reine Bereitstellung von Wissen galt, änderte sich dies mit dem Übergang zu E-Learning 2.0 am Beginn der 2000er Jahre. Mit diesen Änderungen konnten in LCMS wie Moodle Chats, Wikis, Aufgaben, Blogs, Foren, Portfolios und viele weitere Möglichkeiten des Lernens genutzt werden. (vgl. Schober, 2015: 58ff.)

Diese Möglichkeiten wurden dann später durch moderne Lernformen wie Podcasts ergänzt. Die Integration des Internets zur Kompetenzentwicklung bietet Lernenden die Möglichkeit, selbstorganisiert (Medien-)Kompetenzentwicklung zu forcieren. Auch für Organisationen bieten sich Möglichkeiten zur Unterstützung des lebenslangen Lernens. (vgl. Slepcevic-Zach & Stock, 2012: 231f.)

Die Infrastruktur des Internets bietet aber noch etliche weitere Möglichkeiten – wie etwa Soziale Netzwerke, bei denen NutzerInnen persönliche Nachrichten, Microblogs oder Statusnachrichten posten und mit anderen interagieren können. Diese Instant-Messages werden entweder in Plattformen oder als eigenständige Anwendungen genutzt. Des Weiteren erfreuen sich auch Audio-, Dokument- und speziell Videoplattformen immer größerer Beliebtheit unter Lernenden. Dieser Trend bestätigt sich unter anderem auch darin, dass 2019 im Zuge der jährlich durchgeführten explorativen Online-Umfrage des englischen *Centre for Learning & Performance Technologies* zu den TOP 200 Lern-Werkzeugen die beiden sozialen Netzwerke Twitter und LinkedIn auf den Plätzen vier und fünf und YouTube, welches ebenfalls als ein soziales Netzwerk gesehen werden kann, auf Nummer eins rangieren. (vgl. Top Tools for Learning, 2020a) Unter den TOP 100 Tools für Lernen am Arbeitsplatz finden sich etwa Youtube (3), Microsoft Teams (5), Slack (6) und Skype (13), welche soziale Kontakte während des Lernprozesses ermöglichen. (vgl. Top Tools for Learning, 2020b)

Des Weiteren können auch immer mehr Ökosystem-Dienste im Zuge von Lernplattformen ausgemacht werden, bei denen Interoperabilität zwischen den verschiedenen Plattformen

gegeben ist – beispielsweise durch das Einloggen mittels eines Facebook-Accounts. Letztendlich müssen aber auch Internet-Suchmaschinen als für Lernende nicht mehr wegzudenkende Hilfen erkannt werden. (vgl. Dückert, 2017: 87ff.) Dies kann speziell durch den Begriff „etwas googeln“ erkannt werden, da Personen dazu neigen, Unbekanntes im Internet zu recherchieren – in den meisten Fällen auf der Internet-Suchmaschine Google. Zur Befassung mit Kompetenzentwicklung und Lernen im Internet kann das „Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz“ empfohlen werden, in welchem in übersichtlicher Form diverse Möglichkeiten zur digitalen Kompetenzentwicklung beschrieben werden. (vgl. Erpenbeck & Sauter, 2017)

Zusätzlich zur Nutzung der Infrastruktur des Internets kann ein Trend hin zur Einbindung von Smart-Devices wie Smartphones, Tablets und Smartwatches erkannt werden, was Lernen jederzeit und überall ermöglicht. (vgl. Dittler & Kreidl, 2016: 159)

8.1.2.4.1 M-Learning

Bereits im Übergang zu E-Learning 2.0 wurden erste Ideen laut, mobile Geräte in das Lernen einfließen zu lassen. Eine der ersten Definitionen zeigte schon im Jahr 2000 das große Potential von M-Learning auf:

„mLearning is the intersection of mobile computing and eLearning: accessible resources wherever you are, strong search capabilities, rich interaction, powerful support for effective learning, and performance-based assessment. Elearning independent of time and space.“ (Quinn, 2000)

Diese Definition bezieht sich vor allem auf die Nutzung von mobilen Computern wie Laptops. Mit der Veröffentlichung des iPhones 2007 wurden Möglichkeiten geschaffen, auch weitere mobilere Endgeräte, die mittlerweile beinahe jeder zu jeder Zeit mit sich trägt, zum Lernen zu nützen.

Diese Verfügbarkeit von mobilen Endgeräten zu jeder Zeit und an jedem Ort wird noch durch etliche weitere Vorteile bereichert, wodurch M-Learning großes Potential für Lernarrangements und auch Kompetenzentwicklung besitzt. Jegliche Lernplattformen und Unterlagen können ortsunabhängig, sei es im Park oder im öffentlichen Verkehr, genutzt werden, was eine optimale Nutzung der zur Verfügung stehenden Zeit ermöglicht. Dies wird nicht zuletzt durch das geringe Gewicht und die Portabilität und die Nutzerfreundlichkeit moderner Geräte ermöglicht, was auch die Motivation der Lernenden erhöht. Neben der Verfügbarkeit von Inhalten besteht auch jederzeit die Möglichkeit, selbst Inhalte zu erstellen

oder zu ergänzen. Zudem ermöglicht E-Learning auch noch ein hohes Maß an Interaktivität zwischen Lehrenden und Lernenden und fördert somit auch die Möglichkeit zur Kommunikation. Letztendlich müssen auch Kosten-Effizienz und -Ersparnis im Vergleich zu anderen Formen des Lernens genannt werden. (vgl. Schober, 2015: 77f.)

Bei all dieser Euphorie sollen aber auch mögliche Nachteile von M-Learning nicht vorenthalten bleiben. Grundsätzlich muss die Displaygröße vieler mobiler Endgeräte als Limitierung angesehen werden, auch wenn Tablets mittlerweile größere Displays aufweisen als Smartphones. Nichtsdestotrotz werden diese Tablets nicht in dem Maße mitgeführt, wie Smartphones. Des Weiteren darf auch die schnelle Entwicklung unterschiedlicher Technologien nicht unterschätzt werden, wodurch etliche Endgeräte schnell veralten und für den gewünschten Gebrauch nicht mehr geeignet sind. Zwei weitere Probleme, welche auch in den letzten Jahren noch nicht zufriedenstellend gelöst wurden, sind die Haltbarkeit der Batterie und die Möglichkeit, Inhalte von mobilen Geräten zu drucken. (vgl. ebd.: 79) Während Akkukapazitäten zwar immer größer werden, nimmt auch die Zahl der Features von Endgeräten zu, was den Energieverbrauch ebenfalls erhöht, weswegen die Laufzeiten von Akkus überschaubar sind. Auch Akku-Packs sind hier keine unproblematische Lösung, da ein weiteres Gerät mitgetragen werden muss, welches oft schwerer ist als das eigentliche Endgerät. Für das Druck von Dateien etablierten sich zwar drahtlose Netzwerke oder Druckmittel Bluetooth, welche aber nicht überall, wo M-Learning betrieben werden kann, verfügbar sind.

M-Learning ist also eine Möglichkeit, E-Learning jederzeit und überall mit Hilfe von mobilen Endgeräten durchzuführen. In den letzten Jahren muss klar eine Tendenz hin zu E-Learning in Kombination mit Smart-Devices wie Smartphones, Tablets oder Smartwatches erkannt werden. Bei dieser Form des Lernens kommt es vermehrt zu einer Verzahnung von Beruf und Freizeit. Dieses „Smart Social eLearning“ beinhaltet mitunter auch Lernprozesse auf Social-Media-Plattformen. (vgl. Dittler & Kreidl, 2016: 159ff.) Dieser Umstand wird bei den meist mehrere Jahre alten Definitionen von M-Learning häufig nicht erfasst, weshalb ein neuer Terminus angebracht zu sein scheint.

8.1.2.4.2 E-Learning im Rettungsdienst

Wie bereits beschrieben, bieten E- und M-Learning viele Möglichkeiten, Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung zu forcieren. Dies ist auch im Rettungsdienst der Fall und kann mittlerweile durch etliche Beispiele belegt werden.

Eines der vermutlich geläufigsten Beispiele für E-Learning im Rettungsdienst stellt die zertifizierte Fortbildung für SanitäterInnen des deutschen Fachmagazins „Rettungsdienst“ dar. SanitäterInnen können hier einem Teil ihrer Fortbildungsverpflichtung online ablegen und bekommen nach erfolgreicher Überprüfung eine elektronische Bestätigung über die abgelegte Fortbildung. Obwohl diese Fortbildung überwiegend für den deutschen Rettungsdienst gedacht ist, gibt es mehrere österreichische Autoren dieser Online-Fortbildungen und auch – je nach Akzeptanz der verantwortlichen Personen in den HiOrgs – die Möglichkeit, diese FB in Österreich anrechnen zu lassen.

Natürlich können nicht alle geforderten FB-Stunden in Form von E-Learning absolviert werden, da sonst der Praxisanteil zu kurz kommen würde. Schon vor der Einführung von NFS in Deutschland wurde mitunter die Möglichkeit geschaffen, 10 von 30 Fortbildungsstunden per E-Learning zu absolvieren. (vgl. RR, 2012) Dies erfolgte zum Teil auch mit Hilfe der E-Learning-Komplettlösung Smedex, eines LCMS, bei welchem laut eigenen Angaben etwa 25.000 Helfer seit 2008 E-Learning anwenden konnten. (vgl. Smedex, 2019) Obwohl Kurse auf der Plattform Smedex einer großen Zahl an SanitäterInnen als FB dienen, muss erkannt werden, dass diese weniger problemorientiert und meist rein fachbezogen sind. Nichtsdestotrotz ist auch für Fortbildungen auf solchen Plattformen eine aktive Auseinandersetzung mit den Themen für eine positive Absolvierung notwendig. Dazu ist allerdings die Anwendung eines umfassenden Kompetenzansatz nicht erforderlich, weshalb diese Methode auch häufig nicht zur Förderung von (S), (P) oder (A)-Kompetenzen. (vgl. Uebermuth, 2016: 88)

Als österreichisches Beispiel soll der E-Learning Kurs *Risikomanagementkurs Tirol* des ÖRK genannt werden. Im Zuge dessen wurden 3220 RD-MA von 2015–2018 in den Bereichen Risikomanagement und CIRS geschult. Auf Grund dieser großen Zahl an MA bedurfte es eines überlegten und reflektierten Konzepts zur didaktischen und inhaltlichen Gestaltung sowie auch Umsetzung, wodurch es zur erfolgreichen Entwicklung des Verständnisses von einer *Schuldkultur* zu einer *Sicherheitskultur* kommen konnte. (vgl. Drexel et al. 2018: 53ff.)

Dies zeigt auch, dass man sich hierbei mehr an Problem von Risiken im Rettungsdienst und deren Vermeidung orientierte und weniger an rein fachlichen Aspekten.

Im Zuge einer Masterarbeit beschäftigte sich Uebermuth (2016) mit der Frage, wie soziale Kompetenzen von SanitäterInnen gefördert werden können, und nahm dabei speziell auf E-Learning, aber auch Telemedizin Bezug. Speziell E-Learning 2.0 bietet etliche Möglichkeiten, den Herausforderungen eines modernen Rettungsdienstes mit dem Ziel einer kompetenten PatientInnenversorgung gerecht zu werden. Die didaktisch-methodischen Chancen, welche durch E-Learning – in dieser Interpretation des Begriffs wird auch Blended Learning eingeschlossen – ermöglicht werden, sind äußerst hilfreich für die Förderung speziell von Soft-Skills, obwohl diese bisher im Zuge von E-Learning noch häufig vernachlässigt werden. (vgl. 2016: 87ff.)

E-Learning stellt einen wertvollen Beitrag zur Kompetenzentwicklung von SanitäterInnen dar, welcher besonders mit Flexibilität punkten kann, da etwa auch Leerzeiten während Diensten genutzt werden können und etwa an Fortbildungen teilgenommen werden kann. Dabei spielt allerdings Eigenverantwortung und Selbstorganisation eine wichtige Rolle. (vgl. Drexel et al. 2018: 62) Diese beiden Elemente von Kompetenzen sind auch für den Rettungsdienstalltag relevant, was auch durch die Inhalte der erstellten KOAP ersichtlich wird. Voraussetzung für Kompetenzerwerb und eine Weiterentwicklung ist aber auch weiterhin die Motivation des Lerners und zusätzlich auch die Fähigkeit, die für E-Learning notwendigen Medien nutzen zu können. (vgl. Uebermuth, 2016: 42) Ein gewisses Maß an *Medienkompetenz* ist also auch für Formen von E-Learning im RD von Bedeutung. Dieser Begriff ist in den KOAP als *Digitale Kompetenz* zu finden.

Zusätzlich bieten sich auch noch etliche weitere Potentiale für den RD, E-Learning einzusetzen. Neben individuellem Lernen wird durch die Interaktivität zwischen Lernenden gemeinsames, sozial-kommunikatives Lernen in Learning Communities ermöglicht. (vgl. ebd.) Elektronisches Lernen bietet sich ebenfalls speziell für Fort- und Weiterbildungen an, da nicht alle SanitäterInnen gleichzeitig für Schulungen zur Verfügung stehen. Durch die Unabhängigkeit von Zeit und Ort stellt dieser Umstand kein großes Hindernis mehr dar, und unterschiedliche Fort- und Weiterbildungen müssen nicht an möglichst vielen Terminen stattfinden, um alle involvierten HelferInnen schulen zu können. Obwohl E-Learning eine wesentliche Bereicherung für den Rettungsdienst und weitere Disziplinen – wie etwa Notfallmedizin – darstellt, ist auch ein gewisses Maß an Präsenz und „Face-to-Face“-

Unterricht unabdingbar. (vgl. Roe et al. 2010: 100ff.) Diese Mischung von Präsenz und Online-Abschnitten wird meist als Blended Learning bezeichnet.

8.1.2.5 Blended Learning

Eine weitere Möglichkeit, gezielt Lernarrangements für den Rettungsdienst bereit zu stellen und dabei trotz eines nicht zu leugnenden Maßes an Fremdorganisation ein gewisses Maß von Selbstorganisation zu gewährleisten, stellt *Blended Learning* dar. Der in dieser Arbeit verwendete Begriff versteht *Blended Learning* als „Vermischtes Lernen“. (Reinmann-Rothmeier, 2003: 19), auch „hybrides Lernen“ genannt. (vgl. Kuhnke, 2011: 367) Eine individuelle Definition ist – wie im Falle von Kompetenz – notwendig, da kein Konsens über die genaue Bedeutung von *Blended Learning* gegeben ist. Langgner (2014: 257) versuchte die wichtigsten Elemente von Blended Learning zusammenzufassen:

- Existenz von Präsenzphasen von Lernenden und Lehrenden mit gleichzeitiger Beschäftigung der Lehrinhalte
- Durchführung von Onlinephasen, welche selbstorganisiert (zeit- und ortsunabhängig) durchgeführt werden, wobei TutorInnen und andere Lernende je nach Bedarf integriert werden können
- Reflexion zum Verhältnis von Online- und Präsenzphasen, dem pädagogischen und organisatorischen Rahmenbedingungen entsprechend
- Aktivitäten in beiden Phasen verfolgen ähnliche Ziele

Eine genauere Unterteilung unterschiedlicher Formen von *Blended Learning* kann bei Kuhnke (2011) gefunden werden, welcher – wie aus Abbildung 71 ersichtlich wird – zwischen Medien, Theorien und Methoden unterscheidet und diese im Detail beschreibt. (vgl. 2011: 367ff.)

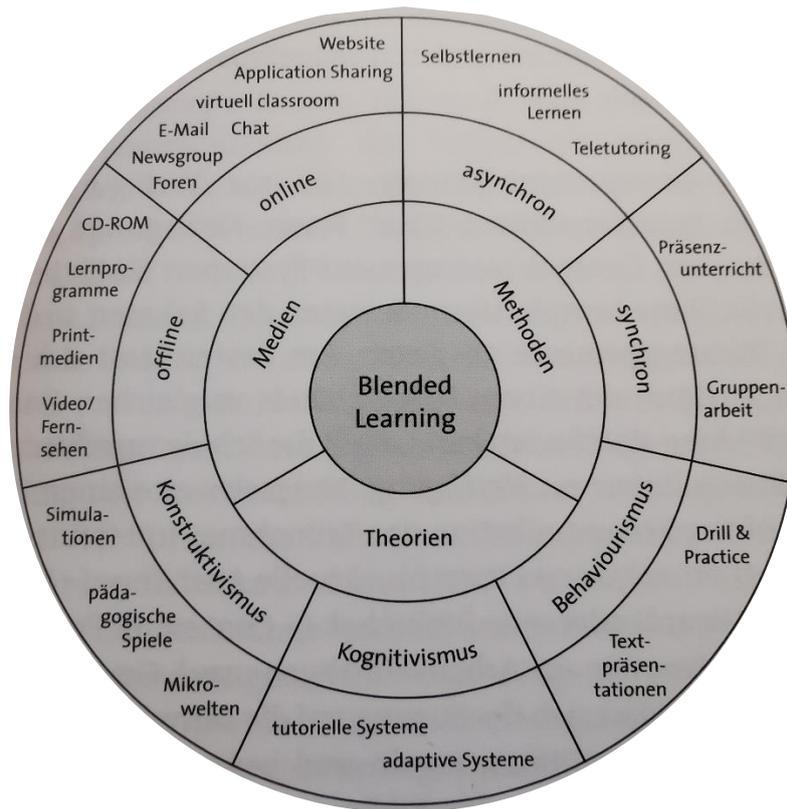


Abbildung 71: Medien, Methoden und Theorien des Blended Learning (Kuhnke, 2011: 369)

Neben der Befassung mit den Elementen Medien, Methoden und Theorien ist eine gezielte Vorbereitung für einen pädagogischen Einsatz von Blended Learning im RD unerlässlich. In diesem Zuge müssen gezielte Entscheidungen bezüglich der verwendeten Technologie und der Integration in den RD-Unterricht getroffen werden. Auch die jeweiligen NutzerInnen spielen eine wichtige Rolle dabei, in welcher Form Blended Learning erfolgen soll.

Zuallererst muss entschieden werden, welche Technologien eingesetzt werden. Dies umfasst sowohl Hardware, welche von Smartphones bis hin zu eigenen Computerräumen reichen kann, als auch Software, welche von Smartphone-Apps, diversen Online-Angeboten bis hin zu diversen LCMS – wie im Kapitel E-Learning beschrieben – reichen kann. (vgl. Kranz, 2012: 22)

Ein nicht zu unterschätzender Faktor sind Erfahrungen und Kompetenzen der Lehrenden, aber auch der Lernenden hinsichtlich der Aufgaben, Rollen, Formen des Lernens und der Partizipation innerhalb dieser Lern-Arrangements. Während Lernende in der Lage sein müssen, Verantwortung für ihre Selbstlernprozesse zu übernehmen und zu Produzenten ihres eigenen Wissens zu werden, müssen Lehrende diese Online-Arrangements gezielt für die Entwicklung von Kompetenzen vorbereiten und mit Präsenzphasen verknüpfen. Eine

reine Bereitstellung von digitalen Medien und Unterrichtsmaterialien reicht bei Weitem nicht aus, um Lernende zu einer Entwicklung von Kompetenzen leiten zu können. (vgl. Kranz, 2012: 22ff.)

Diese Form des Lernens eignet sich insbesondere für Praktika und in weiterer Folge deren Reflexion. Dies kann etwa durch die gemeinsame Produktion von Skripten, Weblogs oder dem Erstellen von E-Portfolios erfolgen. (vgl. Langgner, 2014: 255) Betrachtet man etwa die Stundenanzahl von 1640 im Falle von NKI, so entfallen je nach Definition bis zu 1260 Stunden auf Praktika. (Dabei sind 160 Stunden Erfahrung nach der RS Prüfung und 500 Stunden im Notarzdienst nach der Ausbildung zum NKV inbegriffen.) Speziell in dieser Zeit sollte *Blended Learning* zur Lernbegleitung und Reflexion eingesetzt werden. Natürlich kann dies auch für die restlichen 380 Stunden Theorie inklusive dem Berufsmodul oder fachspezifische Fortbildungen angewendet werden. Insbesondere für Theorieeinheiten bieten sich zusätzliche Schulungssequenzen in virtuellen Lernräumen an, wie dies bereits in vielfach in nicht-rettungsdienstlichen Bereichen Anwendung findet. (vgl. Langgner, 2014: 264) Gegenwärtig kann aber auch ein deutlicher Trend dazu im Ö-RD ausgemacht werden.

Durch die Existenz von synchronen und asynchronen Methoden bei Blended Learning erweist sich diese Form des Lernens sowohl für Praktika, aber auch für Fortbildungen und Teile der theoretischen Ausbildung als praktikabel. Während bei synchronen Formen der Präsenzunterricht zentral ist und dabei Kompetenzen, welche schwer im Online-Unterricht entwickelt werden können, fokussiert werden, bieten asynchrone Methoden die Möglichkeit, selbst zu lernen. Dies kann etwa in Form von Teletutoring erfolgen, bei dem LehrsanitäterInnen die Funktion von ModeratorInnen bei Lehr- und Lernprozessen übernehmen. Eine weitere Möglichkeit ist informelles Lernen außerhalb formaler Unterrichtssettings. (vgl. Kuhke, 2011: 374f.) Speziell bei asynchronen Methoden kommt dem *Selbstlernkompetenz* hohe Bedeutung zu. (vgl. ebd.: 380f.)

Ein Beispiel, das vom Forscher direkt erlebt wurde, war Blended Learning in der Ausbildung von RS zu Zeiten der COVID-19-Krise. Als Lehrsanitäter unterrichtete er Praxisstationen in Kleingruppen, die auf online Theorieeinheiten aufgebaut waren. Dadurch ergab sich die Möglichkeit, Theorie und Praxis zu verknüpfen. Bei reinem E-Learning-Unterricht, wie zu dieser Zeit ebenfalls vom Forscher als Lehrer in einer HTL – einer österreichischen Schule im dualen System mit einem Abschluss auf Level EQF 5 – erlebt, konnte der Unterricht zwar mit Hilfe des E-Learning bewerkstelligt werden, für die Ausbildung von RS erwies sich die

Anwesenheit eines Trainers allerdings als notwendig. Bei der Durchführung von Blended Learning zeigte sich deutlich, dass die Präsenz einer Person zur praktischen Anleitung und Anwendung der Lerninhalte, welche für RS im Ö-RD notwendig sind, für eine kompetente Ausübung der Tätigkeit als RS erforderlich ist. Reiner E-Learning-Unterricht konnte zwar im Unterrichtsfach Englisch auf Grund der über die Jahre zuvor gelegten Basis online abgehalten werden, da die Inhalte etwa durch Video(-konferenzen), Schreibaufträge und unterschiedlichste Formen des E-Learnings umsetzbar waren. Für die Anforderungen an die Ausbildung für RS ließ sich das allerdings nicht vollends übertragen.

Ein weiterer Aspekt, warum *Blended Learning* für SanitärerInnen in Österreich in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von SanitärerInnen integriert werden bzw. das Angebot ausgebaut werden sollte, ist nicht nur die Tatsache, dass *Digitale Kompetenz* sowohl Teil der Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen ist (vgl. Europäische Kommission: 2018b: 4f.), sondern auch die Tatsache, dass *Digitale Kompetenz* eine Metakompetenz für RS und NKI darstellt. Dies bedeutet, dass für SanitärerInnen die Voraussetzungen gegeben sein sollten, überhaupt *Blended Learning* anwenden zu können – ohne *Digitale Kompetenz* wäre dies womöglich nur mit weiteren, umfangreichen Schulungsmaßnahmen zu bewerkstelligen.

8.1.2.6 Traditionelle Medien

Abgesehen von den Möglichkeiten digitaler Medien im RD-Unterricht, welche *E-* und *M-*, sowie *Blended Learning* bieten, gibt es auch noch etliche, für manchen vielleicht schon antiquierte – traditionelle Medien, die ebenfalls in didaktisch versiert Unterrichtssettings eingebaut werden können. Dazu zählen etwa Anschauungsmaterial, Modelle, Versuche, oder Riechproben. (vgl. Kuhnke, 2014: 84ff.) Weitere Medien, die mitunter zum Standard vieler Ausbildungseinrichtungen – auch im RD – zählen, sind Flipchart, Whiteboard oder Tafel, Pinnwand, Beamer, Filme und Videos jeglicher Art sowie Handouts. (vgl. Pluntke, 2012: 139ff.) Der Großteil dieser Medien ist vor allem für jene Elemente der Kompetenzentwicklung relevant, bei denen der Anteil der Fremdorganisation signifikant ist.

8.1.2.7 Lernfeldkonzept

Im Bereich des Lernens und des Kompetenzdiskurses etablierte sich in den letzten Jahren der Begriff des Lernfeldkonzeptes, welches – wie der Name schon suggeriert – auf Lernfeldern aufgebaut ist. In diesen Lernfeldern werden Lernziele oder -ergebnisse, welche

im Kapitel über die Kompetenzen schon beschrieben wurden, dargelegt, welche Lernende erreichen sollen. Eine Beschreibung von Lernfeldern erfolgte etwa schon teilweise kurz nach der Einführung des Berufsbildes der NFS in Deutschland. (vgl. Ohder et al. 2014)

Bereits vor Jahren zeigten sich Probleme mit additiven an fach- und disziplinentorientierten Curricula. Kompetenzentwicklung konnte oft nicht in entsprechendem Maße gefördert werden, da Lernende das Gelernte oft nicht sinnvoll selbstständig vernetzen und daher auch in der Praxis nicht im erforderlichen Maße anwenden konnten. Zwar war viel Wissen vorhanden, dieses konnte aber nicht kompetent im Berufsalltag angewendet werden. (vgl. Karutz, 2014a: 24) Lernfelder orientierten sich daher an beruflichen Handlungsfeldern des Rettungsdienstes und umfassen auch konkrete Handlungssituationen. (vgl. Enke, 2011: 290) Daraus ergeben sich Praxisrelevanz des Unterrichts und realitäts- und praxisnahe Lernarrangements, um Lernenden für ihre zukünftigen Tätigkeiten im RD vorbereiten zu können. (vgl. Karutz, 2014a: 24)

Lernziele können auch in drei Lernzielbereiche mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden unterteilt werden. Zuerst sind kognitive Lernziele zu nennen, welche Kenntnisse oder Verständnis beinhalten und im RD etwa das Erkennen der Symptome eines Schlaganfalls bei PatientInnen sein können. Ferner können auch psychomotorische Lernziele genannt werden, bei denen es sich um manuelle und motorische Fertigkeiten – wie etwa die adäquate Durchführung einer Herz-Lungen-Wiederbelegung – handelt. Zu guter Letzt gibt es auch affektive Lernziele, welche Einstellungen, Werte, Motivation und Gefühle beinhalten und etwa einen respektvollen Umgang mit PatientInnen umfassen. (vgl. Pluntke, 2013: 94f.)

Der am Beginn dieses Kapitels vorgestellte Begriff Handlungskompetenz im Rettungsdienst ist vor allem im Zuge des Lernfeldkonzeptes von großer Bedeutung, wobei Ausbildung von SanitäterInnen an Handlungen orientiert erfolgen soll, was auch umfangreiche methodische Kompetenzen von AusbilderInnen abverlangt. (vgl. Enke, 2013: 129f.)

Zu den Methoden, welche im Lernfeldkonzept zur Anwendung kommen können, sind etwa Skills-Training, Mega-Code Training, Fallbeispiele, Darstellung von Notfällen, Rollenspiele, (Video-)Feedback, Planspiel und Teamtrainings wie etwa Crew-Ressource-Management zu nennen. (vgl. Zengerink, 2013: 70ff.) Ein Großteil dieser Methoden und etliche weitere Möglichkeiten, die für einen lernfeldorientierten, aber auch einen kompetenz- und handlungsorientierten Ansatz des Lernens und Lehrens relevant sind, werden im Kapitel Simulation im RD vorgestellt.

Obwohl ein Großteil der Initiativen, Lernfelder im RD zu etablieren, aus Deutschland stammen, gab es auch schon Initiativen, Lernziele von RS in Ö zu erstellen. (vgl. Löffler & Gruber, 2012: 42ff.) Eine Ausweitung auf die Ausbildung von NKI, LehrsanitäterInnen und Führungskräften wäre sicherlich ebenfalls sinnvoll.

8.1.2.8 Erfahrung / Praktikum

Die Förderung der Kompetenzen in Aus- und Weiterbildung stellt für bildungsverantwortliche Institutionen in medizinischen Bereichen eine große Herausforderung dar, da auch auf die Auszubildenden individuell eingegangen werden muss, um die jeweiligen Kompetenzen entwickeln zu können. (Heyse & Schircks, 2012b: 17) Dies gilt allerdings nicht nur für den Unterricht in Ausbildungsstätten, sondern ebenso für Praktika, welche direkt im Rettungsdienst, aber auch in Krankenanstalten erfolgen. Dies bedeutet, dass auch der Lernort eine entscheidende Rolle spielt und auch didaktische Konzepte – wie etwa Lernfelder für Praktika – als dienlich interpretiert werden können. Solche Konzepte existieren bereits, wobei dies vor allem im Bereich der Rettungsdienst-Praktika in Deutschland. (vgl. Bruschi et al. o.D.)

8.1.2.8.1 PraxisanleiterInnen

Während in Deutschland Lehrpersonen im RD mittlerweile zusätzlich zur NFS-Ausbildung sogar einen Hochschulabschluss absolviert haben müssen, bedürfen auch jene Personen, die angehende SanitäterInnen in ihren Praktika begleiten, einer fundierten Ausbildung. Gegenwärtig sind dies mindestens 200 Stunden. In Hessen beziehen sich diese Stunden auf die theoretische Ausbildung, welche noch durch 160 Stunden Praxis ergänzt wird. Die Praxis umfasst die Praktikumsbegleitung von angehenden NFS unter Supervision. (vgl. Hündorf & Lipp, 2016: 36ff.) Vergleicht man diese Dauer von 360 Stunden mit den Ausbildungen im Ö-RD, so umfasst ein RS mit gerade einmal 260 Stunden Ausbildungsdauer um 100 Stunden weniger Ausbildung als Praxisanleiter, welche zudem die Ausbildung zu deutschen NFS – einer dreijährigen Berufsausbildung – absolviert haben müssen und meist über mehrjährige Erfahrung im RD verfügen müssen.

In Österreich ist – unabhängig des Lernorts, welcher der RD oder eine Krankenanstalt sein kann – keine weitere Qualifizierung für Praxisanleiter vorgesehen. Laut SanG müssen diese fachkompetenten Personen „pädagogisch geeignet“ sein. Im Falle des RD sollten

PraxisanleiterInnen nur zwei PraktikantInnen zeitgleich unterweisen. Dies soll mitunter dabei helfen, Lehrinhalte der theoretischen Ausbildung in der Praxis umsetzen zu können. In Krankenanstalten kommen ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen für die Anleitung der PraktikantInnen in Frage, wobei die Zuteilung zu jenen Stationen erfolgen soll, welche Bezug zum zu absolvierenden Praktikum haben. (vgl. RIS, 2020b) Ein Praktikum für NKI sollte daher etwa nicht in einer dermatologischen Ambulanz absolviert werden.

Weitere Angaben zu Kompetenzen und Ausbildung der PraxisanleiterInnen werden im SanG nicht gemacht. Es wäre daher dringend empfohlen, klare Strukturen zu schaffen und dabei zu definieren, was PraxisanleiterInnen können müssen, um PraktikantInnen im Rahmen von Praktika helfen zu können. Kompetenzprofile ähnlich jener KOAP für RS und NKI, welche in dieser Arbeit erstellt wurden, könnten hierfür angewendet werden.

Abgesehen von der Tatsache, dass weitere Details über PraxisanleiterInnen im SanG ausständig sind, existieren diverse Konzepte und Ausbildungen in den Organisationen des Ö-RD. Allerdings unterscheiden sich diese Konzepte mitunter auch innerhalb einzelner HiOrg stark im Umfang und in den Anforderungen. Teilweise handelt es sich bei der Ausbildung von PraxisanleiterInnen lediglich um einen einzigen Ausbildungstag. Die Möglichkeit, in dieser kurzen Zeit – mit oft vielen anderen TeilnehmerInnen in einem Lehrsaal – Kompetenzen für die Tätigkeit als PraxisanleiterInnen (weiter-)zuentwickeln, ist daher beinahe inexistent. Allerdings bringen diverse TeilnehmerInnen schon informell oder formell erworbene Kompetenzen und didaktische Fähigkeiten mit, welche diese Tätigkeit unterstützen. Dieser Umstand kann allerdings nicht generalisiert werden, wodurch die Sinnhaftigkeit, eine für den Ö-RD derart zentrale Ausbildung in dieser Form durchzuführen, hinterfragt werden muss.

Generell muss gesagt werden, dass Anleitung und Begleitung während der Ausbildung neben der Selbstorganisation von Auszubildenden wichtige Komponenten für die (Weiter-)Entwicklung relevanter Kompetenzen sind. Dabei darf aber nicht auf eine Strukturierung des Praktikums und zunächst auf eine Konzentration auf das Wesentliche vergessen werden, damit PraktikantInnen zunehmend mehr Aufgaben selbstständig, allerdings unter Aufsicht von PraxisanleiterInnen übernehmen können. (vgl. Fakioglu & Nikendei, 2016: 30f.) Die Anleitung im Zuge von Praktika dient nämlich dazu, die in der schulischen Ausbildung gelernten Inhalte in die RD-Praxis zu übertragen. (vgl. Fromm, 2019b: 65) Speziell Einsatznachbesprechungen bieten hier eine wertvolle Möglichkeit, Selbstreflexionsprozesse einzuleiten und daraus in weiterer Folge Kompetenzen zu entwickeln. (vgl. Widmer, 2012:

52ff.) Generell ist Selbstreflexion aber nicht nur für Lernende selbst, sondern auch für MultiplikatorInnen wie PraxisanleiterInnen oder auch LehrsanitäterInnen essenziell. (vgl. Grönheim & Kemperdick 2018: 162).

Speziell im Falle des Ö-RD, in welchem im Zuge von sehr kurzen Praktika ein umfangreiches Repertoire an Kompetenzen entwickelt werden soll, stellen diese Umstände hohe Anforderungen an PraxisanleiterInnen. Um dies zu gewährleisten, sind auch Pause und Stehzeiten, in denen gerade keine Aufträge oder Einsätze abgewickelt werden, für etwa Lernentwicklungsgespräche, Wiederholungen oder Feedback nützlich, um eine individuelle Förderung der angehenden SanitäterInnen zu ermöglichen. Im Falle von Feedback ist der Fokus auf konstruktives Feedback zu legen. Fachliche und methodische Kompetenzen von PraxisanleiterInnen müssen zwar ebenfalls in ausreichendem Maße vorhanden sein, wobei soziale Kompetenzen und didaktische Fähigkeiten in diesem Rahmen sicher den gleichen, wenn nicht sogar höheren Einfluss auf die Kompetenzentwicklung von PraktikantInnen haben. (vgl. Karutz, 2014b: 39)

Da es in Österreich an umfangreicher, allgemein zugänglicher Literatur für PraxisanleiterInnen fehlt, soll hier auf Hündorf & Lipp: 2016 und Pluntke: 2017 verwiesen werden, welche umfangreiche Konzepte und Hintergrundinformationen bieten, die von Grundlagen der Erwachsenenbildung bis hin zur Hilfe bei der Entwicklung von Kompetenzen von PraktikantInnen reichen.

8.1.2.9 Simulation im RD

Ein unbestritten entscheidender Faktor jeglicher Entwicklung von Kompetenzen ist die praktische Anwendung des erworbenen Wissens. Neben Praktika und den dabei erlebten Einsatz in Realsituationen, sowie Erfahrungen in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen auch Ausbildungen in Rettungsdienstschulen zur Entwicklung von praxisrelevanten Kompetenzen beitragen. Ein möglichst breites Portfolio an Methoden ist hierbei notwendig, um Kompetenzen auch außerhalb der Realität erwerben zu können. Damit können allen Auszubildenden ähnliche Voraussetzungen für einen Kompetenzerwerb und die Weiterentwicklung von Kompetenzen geboten werden.

Bei output-basierten Zugängen zu Kompetenzen erfolgt Kompetenzentwicklung zumeist in Form von Trainings. (vgl. Hoffmann, 1999: 283) Dies wird im Rettungsdienst oft durch Fort- und Weiterbildungen in Form von Simulationen realisiert. Als Simulation kann jeder Prozess

und jede Technologie verstanden werden, die realitätsnahe Trainings für SanitäterInnen ermöglicht. (vgl. Regener & Hackstein, 2016: 17)

Diese Simulationen beinhalten neben fachlichen Thematiken auch menschliche Faktoren wie Kommunikation, Führungsverhalten, Kooperation, situative Wahrnehmung, Entscheidungsprozesse, Risiko- und Fehlermanagement sowie das Verhalten von Menschen in kritischen Situationen. (vgl. Marx, 2017²: 7; 52) Andernfalls würden Simulationssettings nicht dem aktuellen Stand der (medizinischen) Wissenschaft entsprechen. (vgl. Rall & Oberfrank, 2016: 19)

Die Hauptintention von Simulationen im Rettungsdienst ist eine Reduktion der Diskrepanz zwischen klassischem Training und den realen, beruflichen Handlungsanforderungen. Mit Hilfe der durch Simulationen erzeugten Lernumgebung sollen SanitäterInnen sich vollends auf die möglichst realitätsnahen Aufgaben konzentrieren können. (vgl. Regener & Hackstein, 2016: 17) Der Nutzen solcher Simulationen besteht darin, Fehler an echten PatientInnen verringern oder gar vermeiden und somit auch das Outcome dieser Personen positiv beeinflussen zu können. (vgl. Fromm, 2019a: 39)

Simulationen können in die drei Phasen Briefing, der Simulation selbst und dem Debriefing unterteilt werden. Im Zuge des Briefings werden Aufgaben und Ziele definiert sowie alle Teammitglieder vorgestellt. Anschließend, im Zuge der Simulation, muss der Umstand, dass es sich um eine Simulation handelt, außer Acht gelassen und sich auf die Simulation eingelassen werden. Auch die Angst vor Fehlern ist in diesem geschützten Raum nicht angebracht. Schlussendlich erfolgt im Debriefing eine neutrale Moderation mit offenem, konstruktivem und wertschätzendem Feedback, wobei es bei Bedarf auch eine Fehleranalyse, ein Fazit und konkrete Zielvereinbarungen geben kann. (vgl. Marx, 2017²: 109) Eine weitere Einteilung in mehrere Phasen ist etwa auch jene in Instruktion, welche aus Wissen, Können, Einstellungen und Erwartungen besteht, und der Aktion selbst. Letztlich zählen auch Reflexion und Integration zum Simulationssetting, welche Rekonstruktion, Wissen, Können und Einstellungen beinhalten. (vgl. Dieckmann & Wehner, 2002: 3ff.) Diese Phasen müssen auch um weitere Unterbereiche wie etwa Pre-Briefing, Theorie, Simulator-Einführung, Fallbriefing, Szenario, Debriefing und Abschluss ergänzt werden. (vgl. Rall & Oberfrank, 2016: 27)

Rall (o.D.) versuchte überdies, Prinzipien von Simulationen in wenigen Punkten zusammenzufassen. So sollen Simulationen auf einer Trainings-Bedarfs-Analyse basieren

und in realitätsnaher Arbeitsumgebung – möglichst videogestützt – stattfinden, mit Debriefings kombiniert werden, Human Factors beinhalten und in realen Teams durchgeführt werden. Dabei gilt auch „Train together who works together“.

MitarbeiterInnen am Simulator zu schulen und zu trainieren, Struktur- und Prozesslücken zu erkennen sowie zu schließen, Forschung zu forcieren und Leistungen von MitarbeiterInnen evaluieren und bewerten zu können, sind weitere Anwendungsfelder von Simulation. (vgl. Rall & Oberfrank, 2016: 21) Simulation ist sogar unverzichtbar bei Prävention und Management von kritischen Ereignissen, wechselnden Teams – wie etwa durch Dienstplan oder Schnittstellen –, aber auch bei gefährlichen bzw. invasiven Maßnahmen, bei denen es auch zu potenziellen Schäden für MitarbeiterInnen oder PatientInnen kommen könnte. Ebenfalls erfordern Technizität und Komplexität der Einsätze Simulationssettings, da Training an realen PatientInnen keinesfalls akzeptabel ist. (vgl. ebd.: 19) Realitätserfahrungen werden allerdings im Zuge des Praktikums ermöglicht, um nicht gänzlich auf Realität verzichten zu müssen oder in der Praxis gar von dieser überwältigt zu werden.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass auch Simulationen reflektiert stattfinden sollen und keine Methode sind, um Stehzeiten in den Ausbildungen zu kompensieren. Zusätzlich muss auch noch gesagt werden, dass hochmoderne Ausrüstungen für Simulationen allein auch nicht ausreichen, um Kompetenzentwicklung unter SanitäterInnen zu fördern. Eine Einbettung in pädagogische Konzepte und eine Auswertung und Besprechung der Performanzen sollen ebenso stattfinden. (vgl. Karutz, 2014a: 23) Technik, PatientInnen-Monitorssysteme, DarstellerInnen bzw. Simulationspuppen, Kameras und TrainerInnen müssen hierbei bestmöglich auf dieses Konzept abgestimmt werden. (vgl. Marx, 2017²: 110ff.)

Ein Konzept, welches in der Ausbildung im RD häufig verwendet wird, ist jenes der Fallbeispieltrainings. Zusätzlich müssen auch Teamtrainings genannt werden, aber auch moderne Formen wie Virtual Reality, Augumented Reality oder Artificial Intelligence.

8.1.2.9.1 Fallbeispieltraining

Bei Fallbeispieltrainings handelt es sich um das Üben an anschaulichen, adressatengerechten Fällen aus der Rettungsdienstpraxis, die realitätsnah konstruiert oder nachgespielt werden und von den TeilnehmerInnen gelöst werden müssen. Der Fokus liegt

dabei nicht auf einzelnen Fertigkeiten, wie dies oft in Skills-Trainings der Fall ist (vgl. Hündorf & Lipp 2016: 189), sondern darauf, umfassende Handlungsabläufe üben zu können. (vgl. Hündorf & Lipp 2011: 152f.) Ein solches Training wird mitunter auch Full-Scale-Simulation bezeichnet. (vgl. Marx, 2017²: 102) Ein Training zum Erlernen von Intubation oder Venenpunktion ist also nicht als Simulation oder Fallbeispieltraining zu interpretieren. (vgl. Rall & Oberfrank, 2016: 23) Vorrangiges Ziel von Fallbeispielen ist die Automatisierung von Handlungsabläufen, welche für die RD-Praxis von Relevanz sind, sowie eine kompetente Versorgung von PatientInnen unter Einbezug persönlicher, sozialer, fachlicher und methodischer Kompetenzen. Eine Analyse zu Adressaten oder deren Vorkenntnissen sowie die Formulierung von Lernzielen können dabei helfen, Fallbeispieltrainings effizient zu gestalten. (vgl. (Grönheim & Kemperdick, 2018: 54)

Fallbeispiele können grundsätzlich in die drei Phasen Vorbereitung, Abarbeiten und Feedback unterteilt werden. (vgl. Hündorf & Lipp, 2011: 154) Die Dauer dieser Phasen kann zwar je nach Komplexität des Fallbeispiels variieren, wird aber für die Vorbereitung mit etwa 5 bis 10 Minuten, für die Durchführung mit 3 bis 15 Minuten sowie für die Auswertung mit 5 bis 15 Minuten angegeben. Der Grund für die lange Auswertung bzw. das Feedback ist, dass TeilnehmerInnen ihre Erfahrungen kundtun, Beobachtungen durch BeobachterInnen besprochen werden sollen und eine Analyse des Lehrpersonals erfolgen soll – wenn möglich auch mit Visualisierungen. Eine mögliche Wiederholung des Szenarios kann ebenfalls angedacht werden. (vgl. Pluntke, 2012: 132)

8.1.2.9.2 *Virtual Reality (VR)*

Die Möglichkeit, in virtuelle Welten einzutauchen und diese Erfahrungen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung zu nutzen, existiert schon seit etlichen Jahren. Dies ist auf Flugsimulatoren für PilotInnen zurückzuführen. In virtuellen Welten Erfahrungen durch „learning by doing“ zu sammeln, stellt Lehrkräfte allerdings vor immer neue didaktische und technische Herausforderungen.

Wenn man von *Virtual Reality (VR)* spricht, so handelt es sich um eigens geschaffene virtuelle Welten, in welche Lernende im Zuge von Computerspielen – derzeit meist mit Hilfe von eigenen VR-Brillen – eintauchen können. Obwohl es schon etliche ausgeklügelte Systeme im Sektor des *Virtual Reality (VR)* gibt, kommt Lehrkräften noch immer die wichtige Rolle des Moderators zu, bzw. müssen sie diese Erfahrungen einordnen und auf die

Nachfrage der Lernenden eingehen können, was bislang noch keinem künstlichen System möglich ist. (vgl. GEW, 2020)

Ungeachtet dessen, ob es sich um schulische oder rettungsdienstliche Ausbildung handelt, können Lehrende aus mehreren Potenzialen von VR schöpfen. Dazu zählt etwa der *Perspektivenwechsel*, welcher es ermöglicht, den Lernort von den eigenen Räumlichkeiten aus zu verlagern und in andere Rollen zu schlüpfen, was speziell beim Teamtraining hilfreich sein kann. VR ermöglicht aber auch *Interaktion*, indem Lernende nicht nur passiv digitale Medien konsumieren, sondern mit den eigenen Handlungen aktiv werden können, was zu guten Handlungsergebnissen führt. Ein weiterer Vorteil von VR ist auch die Möglichkeit zur Darstellung komplexer Vorgänge, wie dies in der Medizin, aber auch im Rettungsdienst der Fall sein kann. Diese komplexen, praxisrelevanten Strukturen können somit den Lernenden nähergebracht werden, was ohne VR oft kaum möglich ist. Schlussendlich bietet auch VR den Vorteil, dass diese Trainingsstationen in einer sicheren Umgebung stattfinden können, da im RD mitunter auch Gefahr für die HelferInnen herrschen kann. (vgl. Herndl, 2018)

8.1.2.9.2.1 VR im Rettungsdienst

Die Möglichkeit, virtuelle Welten zu schaffen und dadurch rettungsdienstliche Inhalte in einen Bedeutungszusammenhang zu bringen, entspricht konstruktivistischen Theorien. (vgl. Breckwoldt, 2018: 165ff.) Die vom Lerner konstruierte Wirklichkeit wird hierbei durch Sinneswahrnehmungen, welche in virtuellen Szenarien erfahren werden, ausgeformt und führt durch selbstorganisiertes Handeln in den simulierten Notfallszenarien zur möglichen Entwicklung von Kompetenzen. (vgl. Erpenbeck, 2014: 20) Auch die in dieser Arbeit erstellten KOAP folgen dieser Auffassung. Aus diesem Grund könnten diese Profile natürlich auch als Basis für VR-Simulationen dienen, wodurch bestimmt werden kann, was simuliert werden soll.

Mittlerweile gibt es schon mehrere Formen von VR im RD mit unterschiedlichen Komplexitätsgraden in diversen Anwendungsbereichen. Ein Beispiel, VR im Rettungsdienst einbinden zu können, sind etwa *Simulatoren*. Während Simulatorschulungen früher PilotInnen vorbehalten waren, gibt es mittlerweile auch schon Simulatorschulungen, welche speziell für die Aus- und Fortbildung von FahrerInnen von Wagen im Rettungsdienst abgestimmt sind. Auch hier eignen sich virtuelle Welten und Simulationen gut, um das

Verhalten im realen Straßenverkehr zu simulieren und das Risiko auf Einsatzfahrten zu minimieren. (vgl. Cremer, 2020: 22ff.)

Neben Simulatoren finden auch *Serious Games* – didaktisch aufbereitete Konzepte zur Abhandlung von Einsatzszenarien – eine immer größere Rolle in medizinischen Ausbildungen. Solche Spiele bieten Auszubildenden die Chance, mental, aber auch physisch aktiviert zu werden und dadurch Kompetenzen zu entwickeln. (vgl. Tolks & Fischer, 2013)

Zum Teil dienen VR-Umgebungen im Rettungsdienst dazu, reale Welten fotorealistisch darzustellen und dadurch Einsatzkräften Sichtungen an Notfallorten zu ermöglichen. Dadurch kann Einsatzplanung oder Lageerkundung geübt und auch in rettungsdienstliche Ausbildungen eingebaut werden – wie etwa beim Projekt MANV3D. (vgl. DRK Rheinhessen-Nahe, 2018) Einige aktuelle Projekte gehen einen oder sogar mehrere Schritte weiter, da Notfallsituationen nicht nur dargestellt werden, sondern aktiv PatientInnenversorgung durchgeführt werden kann. Dadurch kann es im Szenario zur Verbesserung des Zustandebildes von PatientInnen kommen, aber auch zu Komplikationen. Der Umgang mit diesen Komplikationen kann dann im Zuge der Simulation ebenfalls trainiert werden.

Im deutschen Herford soll etwa ein modulartiges VR-Assistenzsystem – *Machine@Hand* – in Kooperation mit dem Fraunhofer Institut in Rockstock bei der Ausbildung von RS eingesetzt werden, da nicht immer ein RTW zum Üben von Notfallsituationen zur Verfügung steht. Die digitale Trainingswelt wird dabei über eine VR-Brille, Tablet oder Smartphone gesteuert. Der dadurch entstehende dreidimensionale virtuelle Lernort kann dazu genutzt werden, Handlungsabläufe zu verinnerlichen, wenn notwendig auch durch erneutes Wiederholen der Situationen. Das Ersetzen von Erfahrungen in der Realität ist damit zwar nicht möglich, Ausbildungen können aber flexibler und weniger zeitintensiv erfolgen. (vgl. Schmitz-Eggen, 2020: 82ff.)

Eines der Vorzeigeprojekte von VR im Rettungsdienst, welches auch in etlichen Fachzeitschriften publiziert und auch mit Innovationspreisen ausgezeichnet wurde, ist EPICSAVE, was für „Enhanced Paramedic Vocational Training with Serious Games and Virtual Environments“ steht. Unter Mithilfe des BMBF, des ESF und der EU wurde ein Forschungsprojekt mit dem Gegenstand *Serious Games* gestartet. Im Zuge des Programms für digitale Medien in der beruflichen Bildung wurden Simulationen von Einsatzszenarien in computerspielartiger Form realisiert. (vgl. EPICSAVE, 2020)

Durch Immersion – das Eintauchen von Lernenden in das Einsatzszenario – wird mit Hilfe von EPICSAVE in der Praxis die Versorgung von seltenen Notfällen (speziell der anaphylaktische Schock – eine extreme Ausformung einer allergischen Reaktion) in verschiedenen Szenarien mit unterschiedlichen PatientInnengruppen trainiert. Diese Möglichkeit zur didaktisch konzipierten und berufspraktisch evaluierten Ausbildung von deutschen NotfallsanitäterInnen wurde nicht zuletzt durch den Einbezug von multiprofessionellen ExpertInnen ermöglicht, zu welchen Lehrende mit Bezug zur Rettungsdienstpraxis, MediendidaktikerInnen, InformatikerInnen und auch Produzenten von Serious Games gehörten. (vgl. Schild, 2018) Diese ausgeklügelte, hoch entwickelte Konzept ermöglicht es etwa, unterschiedlichste Symptomausprägungen wie Zyanose, Blaufärbung der Schleimhäute, oder Thoraxbewegungen zu simulieren. Zusätzlich kann etwa eine Motorisierung oder das Tasten von Pulsen durchgeführt werden. Schließlich sind auch Handlungen wie Medikamentengabe oder Lageänderungen der PatientInnen möglich. Diese Art der VR-Simulation ermöglicht also ein realitätsnahes, auf die Bedürfnisse von NFS abgestimmtes Training und kann als Ergänzung der Ausbildung gesehen werden, bei der es durch das Eintauchen in die Lernwelt zu einer kognitiven und emotionalen Auseinandersetzung mit den simulierten Notfallszenarien kommt. (vgl. Lerner et al. 2019: 234ff.)

Neben dem Einsatz für SanitäterInnen wurde VR auch schon für ErsthelferInnen etabliert, wobei Reanimationen mit Hilfe von VR Szenarios trainiert wurden. Dabei konnten ErsthelferInnen ihr prozedurales Wissen verbessern, um für Reanimationsszenarien im Alltag vorbereitet zu sein. (vgl. Bucher et al. 2019: 75f.) Diese Form des Trainings zählt zwar nicht direkt zu Ausbildungen im RD, kann aber zur Erhöhung der Qualität einer wertvollen Erstversorgung von PatientInnen vor dem Eintreffen von professionellen HelferInnen sein und spielt deshalb eine zentrale Rolle für das Überleben von NotfallpatientInnen. Daher soll auch diese Möglichkeit von VR hier Erwähnung finden.

8.1.2.9.2.2 VR im Österreichischen Rettungsdienst

Um zukunftsfit zu werden, bieten sich VR-Simulationen auch für Organisationen im Ö-RD an. Diese Thematik wurde etwa auch bei den 3. Tiroler Rettungsdienst-Tagen 2019 besprochen, wobei auch auf Beispiele aus Deutschland – wie im vorigen Kapitel besprochen – Bezug genommen wurde. (Amt der Tiroler Landesregierung, 2019) Im Bereich der Medizin wurden

auch in Österreich schon etliche VR-Programme entwickelt. (vgl. Fessler, 2019) Rettungsdienstlich stecken solche Initiativen jedoch noch in ihren Kinderschuhen.

Tatsächlich gibt es auch in Österreich bereits Versuche, VR in die Ausbildung des RD zu integrieren. Die Wiener ASBÖ-Akademie etwa ist einer der vier Partner eines mehrjährigen EU-geförderten Projektes, bei welchem Bildung im Rettungsdienst thematisiert wird und unterschiedliche Fortbildungsangebote aus der Kooperation von unterschiedlichen Akteuren entstehen sollen. In diesem Zuge wird auch im Juni 2020 in Wien ein Symposium abgehalten, bei dem auch eine Virtual-Reality-Umgebung für den Einsatz im Rettungsdienst vorgestellt wird. (vgl. Meyer et al. 2020: 21)

In der Praxis wird auch schon seit 2008 vom ÖRK Steiermark im XVR „exercise virtual reality“ Einsatztaktik virtuell trainiert. Das Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf Ausbildung, Training sowie Testung der zuständigen Einsatzkräfte. (vgl. ÖRK Steiermark, o.D.)

Bis auf vage Informationen konnten allerdings nur wenige weitere Projekte (wie etwa „VR On Site“ – eine Kooperation der Tiroler Johanniter mit unter anderem der TU Wien –, welche das Training von Führungskräften im Katastropheneinsatz zum Ziel hat) (vgl. Die Johanniter, 2017; Kaufmann, 2017) bezüglich VR im Ö-RD gefunden werden.

8.1.2.9.3 Augmented Reality (AR)

Während im Zuge von VR virtuelle Welten dargestellt werden, handelt es sich bei Augmented Reality (AR) um Formen erweiterter Realität. Die reale Welt wird dementsprechend mit virtuellen Elementen ergänzt. Dies erfolgt gegenwärtig oft in Form einer Smartphone-Kamera in Verbindung mit einer App. Die Darstellungen variieren dabei zwischen 2D und 3D. Gebräuchliche Einsatzbereiche sind etwa Erkennung von Planeten, Vermittlung von Informationen bei Exponaten in Museen oder Orientierung in Städten. (vgl. GEW, 2020)

8.1.2.9.4 Mixed Reality (MR)

Mit dem Begriff Mixed Reality (MR) wird der Bereich zwischen VR und AR beschrieben. Während bei AR ein Großteil der realen Welt dargestellt werden kann, kann es bei VR zur Erstellung einer eigenständigen Welt kommen. (vgl. Dall, 2018: 3) Die im Folgenden vorgestellten Anwendungsbeispiele befinden sich im Kontinuum zwischen AR und VR, weswegen der Begriff MR Anwendung findet.

8.1.2.9.4.1 MR und AR in Medizin und Rettungsdienst

Der Bereich zwischen MR und AR wird speziell in der Medizin oder der Pflege schon sehr rege genutzt, um etwa Operationen simulieren und dadurch trainieren zu können, Ultraschall durchzuführen oder auch PatientInnen im KH zu versorgen. Dies erfolgt häufig mit Hilfe von Hologrammen. (vgl. Meisel, 2018) Ein geläufiges Produkt für diese Art von Simulation ist die Spezialbrille HoloLens von Microsoft, welche sich bereits in etlichen Projekten, speziell in den USA, etablieren konnte. (vgl. Schmitt-Sausen, 2019) Mittlerweile wird auch schon die zweite Generation dieser Brille für Operationen, Training von PatientInnensimulation oder der Ausbildung von angehenden MedizinerInnen verwendet. (vgl. Zahorksy & Engelke, 2019)

Neben Medizin und Pflege wird auch in weiteren Schnittstellen des RD diese Spezialbrille angewendet. Eines dieser Beispiele ist die First Responder bzw. Ersthelfer Gruppe „Mobile Retter“, welche PatientInnen vor dem Eintreffen von Rettungskräften versorgen. Mit Hilfe eines Hologramms werden Einsätze simuliert und die Erstversorgung von PatientInnen trainiert. (vgl. Dall, 2018: 1ff.) Während es sich bei diesen mobilen Rettern um qualifizierte Kräfte wie ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen oder SanitäterInnen handelt, wurden auch schon Konzepte entwickelt, um AR im Einsatzfall auch LaienhelferInnen zugänglich zu machen. (vgl. Ludwig & Hoffmann, 2018)

Das AR-Projekt ViTAWiN, „Virtuell-augmentiertes Training für die Aus- und Weiterbildung in der interprofessionellen Notfallversorgung“, richtet sich hingegen direkt an SanitäterInnen der Notfallrettung. Es stellt zugleich das Nachfolgeprojekt des bereits besprochenen Erfolgsformats EPICSAVE dar. In einer AR-Simulationsumgebung unterstützen Lehrende angehende NFS oder NotfallpflegerInnen bei der Entwicklung von Kompetenzen in Notfallszenarien unter Zuhilfenahme von erweiterter Realität. Dabei werden etwa auch Übungspuppen eingesetzt, bei welchen durch den Einsatz von Spezialbrillen Notfallsituationen möglichst realitätsnah dargestellt werden können. Lernende können dadurch Entscheidungsfindung und PatientInnenversorgung in komplexen Notfallsituationen trainieren. (vgl. ViTAWiN, 2020)

Ein weiterer Versuch, AR für die Notfallmedizin und den Rettungsdienst für die Praxis zu etablieren, war der Einsatz einer virtuellen Größenschablone für Kinder als PatientInnen. Erste Versuche deuteten grundsätzlich auf die Praktikabilität im Einsatz hin, da NA wie auch

SanitäterInnen meist wenig Praxis im Umgang mit Kindernotfällen vorweisen können. (vgl. Schmucker et al. 2019: 17ff.)

8.1.2.9.4.2 MR und AR im Österreichischen Rettungsdienst

AR und MR scheinen im Ö-RD weitestgehend Neuland zu sein. Während im Bereich des VR zumindest der Bedarf von mehreren Stellen erkannt wurde, konnte im Bereich von MR nur ein Projekt mit RD-Bezug gefunden werden, an welchem unter anderem Joanneum Research beteiligt ist. Hier soll das Entscheidungsverhalten von Einsatzkräften von Feuerwehr, Rettung aber auch der Polizei-Spezialeinheit Cobra psychometrisch evaluiert werden. Die Einschätzung der Belastung von Einsatzkräften wurde hier sogar mittels künstlicher Intelligenz, welche im folgenden Kapitel thematisiert wird, realisiert. (vgl. Paletta, 2019)

Der Einsatz von MR-Hologrammen durch die österreichische Firma „Realsim“ in outdoor-Anlagen, welche für die Aus- und Weiterbildung von Einsatzkräften genutzt werden kann, soll auch Rettungsdiensten Möglichkeit zum gefahrlosen Training bieten. (vgl. Die Macher, 2020) Bei einer Durchsicht der Angebote dieses Unternehmens konnten allerdings nur Beispiele für die Anwendung im Bereich der Feuerwehr-Organisationen, der Polizei oder des Militärs gefunden werden. (vgl. RealSim, 2020) Es darf also davon ausgegangen werden, dass sich das Firmenportfolio künftig erweitern wird und sich zusätzlich auch weitere Firmen und Forschungseinrichtungen dieser durchaus spannenden Thematik widmen werden.

8.1.2.9.5 Artificial Intelligence (AI)

Bei AI – Artificial Intelligence – lernen Maschinen, Daten zu analysieren und Entscheidungen zu treffen, welche durch die Funktionsweise des menschlichen Gehirns beeinflusst sind. An der Johannes-Kepler-Universität in Linz gibt es mittlerweile auch schon ein Masterstudium, welches sich mit AI befasst. (vgl. JKU, 2020) Künstliche Intelligenz scheint also auch bereits in der österreichischen Bildungslandschaft angekommen zu sein. Im medizinischen oder rettungsdienstlichen Bereich sind die Anwendungen derzeit allerdings rar.

Im Bereich von Notfallaufnahmen bzw. der Notfallmedizin auf internationaler Ebene, welche sich teilweise recht deutlich von jener in Österreich unterscheidet, haben sich auch schon diverse Konzepte zu AI bereits etwa für Prognosen zum Outcome von PatientInnen oder der Überwachung von NotfallpatientInnen etabliert. (vgl. Liu et al. 2018: 2ff.)

In Zukunft könnte AI auch im Ö-RD diverse Funktionen in Einsatzsituationen übernehmen und die Anforderungen an das Rettungsdienstpersonal weiter verändern. (vgl. Uebermuth, 2016: 87f.) Beispielsweise könnten PatientInnen mit Brustschmerzen durch intelligente Systeme schnellstmöglich analysiert werden, was den Transport zu einer geeigneten Klinik deutlich beschleunigen würde. EKGs werden zwar schon jetzt teilweise an Kliniken versendet, meist aber nicht durch AI Systeme ausgewertet. Auch in Kliniken beginnt sich die Auswertung von EKGs mittels AI schon in manchen Bereichen zu etablieren, um die Versorgung von PatientInnen zu optimieren. Der Einsatz von AI im RD wäre also durchaus denkbar. (vgl. Goto et al. 2019)

Derzeit gibt es allerdings noch wenige Initiativen, AI in der Präklinik zu implementieren. Dies ist darauf zurückzuführen, dass auch intramural teilweise noch ethische und technische Bedenken gegenüber AI vorhanden sind und dadurch auch noch keine breite Akzeptanz der potenziellen Anwender gegeben ist. (vgl. Grant & McParland, 2019: 38) Der Einsatz von AI ist also im Gegensatz zu VR oder AR vor allem in der Praxis interessant, kann allerdings auch – wie bereits im vorhergehenden Kapitel beschrieben – als Simulationstraining für Einsatzkräfte, etwa zur Einschätzung der Belastungsintensität, angewendet werden.

8.1.2.9.6 Teamtrainings

Frei nach dem Motto “Dream Teams are made – not born!” verfolgen Teamtrainings die Prämisse, dass gute Teamarbeit ein Resultat von Training darstellt. Hochqualitative Teamarbeit kann demnach unabhängig vom Kontext nur mit gezieltem Training ermöglicht werden. Das Training richtet sich dabei nach den essenziellen Elementen für notwendige Handlungsabläufe und nach jenen Abläufen, die in der Praxis häufig nicht funktionieren. (vgl. Lackner et al. 2010: 347f.)

Während etwa Skills-Trainings als Basisstufe gesehen werden, um die notwendigen Skills überhaupt zu beherrschen, können Teamtrainings, bei denen komplexe Handlungsabläufe in Teams bewältigt werden müssen, als „Meisterklasse“ im Rettungsdienst interpretiert werden. Das Vorgehen nach bestimmten Handlungsabläufen wie SOPs dient hier oft als Basis zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. Teamtrainings sollen auch mit Simulationen von Notfällen verknüpft werden und dienen dazu, eine Sicherheitskultur zu schaffen und Fehler zu vermeiden. (vgl. Nickut & Fromm, 2016: 190f.)

Ein im RD gängiges Format von Teamtrainings stellt CRM oder TRM dar, welches im Folgenden vorgestellt werden soll.

8.1.2.9.6.1 CRM – Crisis/Crew Resource Management / TRM – Team Resource Management

„Crisis Resource Management“ wird als Management und Vorbeugung von Zwischenfällen bezeichnet, was nicht nur für den RD gebräuchlich ist. (vgl. Rall, 2016: 65f.) Ein ebenfalls gebräuchlicher Begriff für diese Art von Trainings ist TRM (Team Resource Management). (vgl. Nickut & Fromm, 2016: 191) Das Ziel von CRM oder TRM ist es, menschliche Fehler zu vermeiden. Die meisten Fehler im RD sind auf menschliches Versagen zurückzuführen. (vgl. Koppenberg et al. 2011: 250)

CRM-Trainings zielen demnach darauf ab, diese Human Factors – nicht medizinische Fähigkeiten oder auch non-technical skills genannt – weiterzuentwickeln. Sie können in fünf Hauptbereiche unterteilt werden. Dazu zählen Situation-Awareness, Aufgabenmanagement, Teamwork, Entscheidungsfindung und nonverbale bzw. verbale Kommunikation. Die Anwendung der Leitsätze und der Einbezug der Human Factors zur Vermeidung von Fehlern sind weit mehr als nur eine Optimierung der Kommunikation der Teammitglieder. Voraussetzung, dies allerdings wirkungsvoll in der Praxis zu etablieren, ist, dass möglichst viele MitarbeiterInnen in der Anwendung geschult sind. Somit können Fehler im Bereich der Human Factors, welche bis zu 70 Prozent der Fehler ausmachen können, vermieden werden. (vgl. Rall, 2016: 67ff.)

In Anlehnung an die erstellten KOAP können fünf notwendige Kompetenzen beschrieben werden, die in professioneller Teamarbeit im RD nicht fehlen dürfen. Diese sind Führungsverhalten, Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit und Entscheidungsfähigkeit gepaart mit Situationsbewusstsein. (vgl. Nickut & Fromm, 2016: 191) Uebermuth (2016) sieht in CRM auch die Möglichkeit zur Emotionalisierung und Labilisierung, um diese geforderten Kompetenzen entwickeln zu können. (2016: 57)

In Teamtrainings soll also nicht nur das Risiko von Fehlern minimiert, sondern vor allem auch Soft-Skills der Beteiligten RetterInnen entwickeln und gefördert werden. (vgl. Uebermuth, 2016: 87) Dazu kann unter anderem ein Austausch der Rollen beitragen, wodurch sich Teammitglieder in den jeweiligen anderen hineinversetzen können. (vgl. Busch, 2008: 72ff.) Zusätzlich darf auch der psychologische Aspekt solcher Notfälle nicht außer Acht gelassen

werden, weshalb auch der Umgang mit Akutstress in diesen Formaten thematisiert wird. (vgl. Wagner, 2011: 340ff.)

Rall und Gaba konnten die essenziellen Elemente, welche die oben genannte Aspekte beinhalten, in 15 Leitsätzen festschreiben. (vgl. Rall, 2016: 70ff.)

Die 15 CRM-Leitsätze
1. Kenne deine Arbeitsumgebung
2. Antizipiere und plane voraus
3. Fordere Hilfe lieber früh als spät an.
4. Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied mit Beharrlichkeit.
5. Verteile die Arbeitsbelastung (10-Sekunden-für-10-Minuten)
6. Mobilisiere alle verfügbaren Ressourcen (Personen und Technik)
7. Kommuniziere sicher und effektiv – sag, was Dich bewegt.
8. Beachte und verwende alle vorhandenen Informationen.
9. Verhindere und erkenne Fixierungsfehler
10. Hab Zweifel und überprüfe genau (Double check, nie etwas annehmen).
11. Verwende Merkhilfen und schlage nach.
12. Re-evaluiere die Situation immer wieder (wende das 10-für-10 Prinzip an).
13. Achte auf gute Teamarbeit – andere unterstützen und sich koordinieren.
14. Lenke deine Aufmerksamkeit bewusst.
15. Setze Prioritäten dynamisch.

Tabelle 71: Die 15 CRM Leitsätze (Rall, 2016: 66 nach Rall und Gaba)

Unter Berücksichtigung aller Grundsätze von CRM sollen Teams dazu befähigt werden, kritische Situationen zeitgerecht zu erkennen und diese auch zu beherrschen. Jedes beteiligte Individuum leistet dabei einen Beitrag zur Fehlervermeidung. Der zentrale Aspekt ist allerdings das Team, das Kollektiv aller individuellen Einsatzkräfte. (vgl. Koppenberg et al. 2011: 250) Diese Konzept hat sich in den letzten Jahren auch in der RD-Praxis etabliert.

8.1.2.9.6.2 CRM im Rettungsdienst

Im intramuralen Bereich gibt es etliche Beispiele für CRM Trainings, wobei das SIZ NOE sogar den „Austrian Patient Safety Award 2015“ für die angebotenen CRM Kurse gewinnen konnte. (vgl. SIZNOE, 2019) Nachdem sich CRM und Teamtrainings über mehrere Jahre in der Medizin etabliert haben, schwappte der Trend auch in den RD über. Obwohl in Österreich die Angebote noch rar sind, nehmen diese stetig zu.

Seit etlichen Jahren wird etwa Crew Resource Management durch Einsatzkräfte der Christophorus Flugrettung des ÖAMTC trainiert, wobei Lang vom Air Rescue College des

ÖAMTC am europäischen Trainingsprogramm zum Teamtraining in der Luftrettung beteiligt war. (vgl. Lang et al. 2010: 368ff.)

Das Wiener Rote Kreuz bietet seit geraumer Zeit ebenfalls CRM Kurse im Umfang zwischen 2 und 8 Stunden als Fortbildung für SanitäterInnen an. (vgl. WRK, 2018) Sogar der Österreichische Bergrettungsdienst bildet mittlerweile schon CRM aus und hat dies etwa in das Handbuch Medizin, ein Lehrbuch für alle österreichischen BergretterInnen, aufgenommen. (vgl. Heschl, 2018: 28ff.)

Für die nächsten Jahre darf mit einer Ausweitung des Kursangebotes und der trainierten SanitäterInnen des Ö-RD gerechnet werden, denn nur wenn alle Mitglieder des Teams mit den Prinzipien vertraut sind, kann das Potenzial von CRM vollends ausgeschöpft werden.

8.1.2.9.7 Internationale Kurskonzepte

Grundsätzlich gibt es unzählige internationale Kursformate, welche sich über die letzten Jahre etabliert haben, und auch in Österreich angeboten werden. Die folgende Aufzählung nennt nur exemplarisch mehrere Fortbildungsmöglichkeiten, für in der Prälink tätige SanitäterInnen.

Die vermutlich größte Verbreitung in Österreich haben die Kurse des Österreichischen Wiederbelebungsrates, welches auf jenen des Europäischen Rates für Wiederbelebung (ERC) basieren. Dazu zählen etwa: Advance Life Support (ALS), Immediate Life Support (ILS), Basic Life Support (BLS) und Newborn Life Support (NLS), aber auch European Pediatric Life Support (EPLS) oder der European Trauma Course (ETC). Diese zielen jeweils auf unterschiedliche PatientInnengruppen und Ausbildungslevels des Personals ab.

Des Weiteren müssen die durch den US-amerikanischen Berufsverband für Rettungsfachpersonal (NAEMT) lizenzierten Kurse genannt werden, welche großteils durch den Österreichischen Berufsverband Rettungsdienst (BVRD) angeboten werden. Dazu zählen etwa Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) zur Traumaversorgung von Verletzten, Tactical Emergency Casualty Care-Guidelines (TECC), welche auf die taktische Versorgung von Verwundeten auch für den zivilen Rettungsdienst abgestimmt ist. Advanced Medical Life Support (AMLS) umfasst die Behandlung von medizinischen und chirurgischen Notfälle, während Emergency Pediatric Care (EPC) die Versorgung bei Kindernotfällen zum Ziel hat. Grundsätzlich gibt es international gesehen auch Geriatric Emergency Medical

System (GEMS), mit Themen rund um geriatrische PatientInnen. Dieser Kurs ist allerdings in Österreich leider noch nicht verfügbar.

Zusätzlich gibt es im Besonderen noch etliche weitere Kurse zur Traumaversorgung, wie etwa International Trauma Life Support (ITLS) oder TraumaManagement®.

Ein Kurssystem, welches bisher zwar kaum im Rettungsdienst, sondern eher in Notfallaufnahmen Anwendung findet, ist das Manchester Triage System (MTS). Das grundsätzlich für klinische Anwendung konzipierte System zur Einschätzung von PatientInnen könnte allerdings auch in veränderter Form für den Rettungsdienst von Relevanz sein. (vgl. Timm, 2018)

Weitere Erwähnungen von unterschiedlichen internationalen Kursformaten finden sich etwa bei Münzberg et al. (2014) oder Semmel (2017).

8.1.2.9.8 Simulation in Österreich

In den letzten Jahren haben sich diverse Ausbildungseinrichtungen auf medizinische Simulationen spezialisiert. Während viele dieser Einrichtung durch öffentliche Krankenanstalten eingerichtet wurden, gibt es auch private Betreiber von Simulationszentren. Eines dieser Beispiele ist das Niederösterreichische Zentrum für Medizinische Simulation und Patientensicherheit. Dieses SIZ NOE konnte auch den „Austrian Patient Safety Award 2015“ für die angebotenen CRM-Kurse gewinnen. (vgl. SIZNOE, 2019) In diesem Bereich gibt es mittlerweile etliche Anbieter sowohl öffentlicher als auch privater Anstalten.

Ein neuer, überregionaler Versuch, Simulation im großen Stil anzubieten, wird derzeit mit Hilfe der Medizinischen Universität Graz in Eisenerz verwirklicht. Simulationen sollen hier für das Training von Notfall-, Krisen- und Katastrophensituationen angeboten werden. (vgl. Jammernegg, 2019) Es soll bis 2025 unter anderem ein Simulationskrankenhaus entstehen. (vgl. SIM Campus, 2020) Dieses Trainingszentrum könnte dann auch für MA im Ö-RD relevant werden, da ein Großteil der Anbieter medizinischer Simulation eher auf intramurale Einrichtungen spezialisiert ist, wobei auch Kurse wie etwa CRM auch von SanitäterInnen absolviert werden können. Auf diese Kurse wird im nächsten Kapitel noch eingegangen.

Neben diversen Kursen und Anbietern gibt es in Österreich aber auch Ausbildungen im Bereich der Simulation. Ein österreichisches Beispiel für eine tertiäre Ausbildung im Aus- und

Weiterbildungsbereich wäre etwa der Master of Medical Simulation an der Medizinischen Universität Graz, bei welchem mitunter auch RettungsdienstmitarbeiterInnen als Zielgruppe angegeben werden. (vgl. MUOG, 2019)

Diese und die bereits genannten Beispiele von Simulation zeigen, dass es zwar schon einige Möglichkeiten gibt, Kompetenzen durch Simulation im Ö-RD (weiter-)zu entwickeln, das Angebot dieser Simulationen ist allerdings im Vergleich zu anderen Professionen deutlich geringer. In vielen Fällen wird Simulation nur durch die jeweiligen HiOrgs im Ö-RD selbst angeboten.

8.1.2.10 *InstruktorInnen*

Unabhängig davon, welche Form von Simulation durchgeführt wird, bedarf es qualifizierter, kompetenter TrainerInnen – in diesem Zusammenhang oft InstruktorInnen genannt. Jede noch so hochmoderne Simulationsausrüstung wird keinen Lernerfolg bringen, wenn technische und didaktische Methoden nicht beherrscht werden. (vgl. Rall & Oberfrank, 2016: 30) Was für Erwachsenenbildner allgemein, für LehrsanitäterInnen, PraxisanleiterInnen, aber auch für InstruktorInnen gilt, ist, dass ein reiner Erwerb von Fachwissen oder Qualifikationen nicht ausreicht, um Lernende bei deren Kompetenzentwicklung zu unterstützen. Auch Lehrende müssen über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um diesen Prozess begleiten zu können. (vgl. Praetz, 2016: 156ff.)

Anforderungen an InstruktorInnen für realitätsnahe, moderne und kompetente Simulationstrainings sind:

- „Anwendung von didaktischen Prinzipien der Erwachsenenbildung und des selbstreflexiven Lernens
- Kenntnisse in Human Factors und Crew Resource Management (CRM)
- differenzierte Szenariengestaltung und dynamische Steuerung von für die Trainingsteilnehmer relevanten Simulationsszenarien
- Anwendung differenzierter Fragetechniken [...] zur Erzielung tiefer Lerneffekte in den Nachbesprechungen (Debriefings)
- aktives Verständnis für psychologische Sicherheit im Team und während des Trainings
- Prävention und Management von schwierigen Debriefing-Situationen
- Zielgerichtete Nutzung des videogestützten Debriefings.“ (Rall & Oberfrank, 2016. 31)

Dabei gilt, dass Lehrende auch eine teilnehmerorientierte, moderierende Grundhaltung haben und auch akzeptieren, dass Lernende Fehler machen. Fehlervermeidung vor Szenarien ist nicht notwendig, da hierbei Lernchancen vermindert werden und die

Entwicklung von Kompetenzen nicht zwingend gefördert wird. Ferner müssen Lehrende auch diversen fachlichen Anforderungen gerecht werden. Dazu zählen die Beurteilung von Relevanz, Reliabilität und Validität der jeweiligen Szenarien. Zuletzt muss auch das eingesetzte Equipment beherrscht und etwaige Fehler behoben werden. (vgl. Praetz, 2016: 160ff.)

Die Anforderungen an InstruktorInnen sind, wie auch für LehrsanitäterInnen oder PraxisanleiterInnen, sehr vielseitig und erfordern ein umfangreiches Repertoire aus unterschiedlichen Kompetenzen. Anforderungen an LehrsanitäterInnen werden etwa in Kapitel 10.1.1.2 noch besprochen.

8.1.2.11 Weitere Möglichkeiten für Kompetenzentwicklung im RD

Neben den bisher vorgestellten Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung wie E-Learning, Virtual Reality oder diverse Teamtrainings gibt es noch weitere Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung für SanitäterInnen. Beispielweise könnten Berichte über (Beinahe-)Unfälle in Form eines CIRS (Critical Incident Reporting Systems) zur Anwendung kommen. (vgl. Neumayr et al. 2019b: 177ff.; Trimmel & Egger, 2019: 192ff.; Uebermuth, 2016: 35f.; Koppenberg et al. 2011: 250) Diese Fälle sollten dann von Lernenden reflektiert werden. Des Weiteren wären auch Weiterbildungen mit standardisierten Trainings zur Entwicklung emotionaler Kompetenzen von SanitäterInnen denkbar. (vgl. Buruck & Dörfel, 2018: 17ff.) Hierbei könnte es präventiv zu einer Reduktion von potenziellem Stress in Einsatzsituationen kommen, wodurch die Durchführung von kompetenter PatientInnenversorgung begünstigt werden könnte.

Letztendlich muss aber auch eine Möglichkeit genannt werden, welche grundsätzlich auch ohne eine weitreichende Systemumstellung durchführbar wäre. Rezertifizierungen, Fortbildungen und Prüfungen sollten einerseits kompetenzorientiert durchgeführt werden, andererseits müssten diese auch systemisch, auf die Qualifikationsstufen und deren Anforderungen abgestimmt durchgeführt werden. Dies ist gegenwärtig im Ö-RD oft nicht der Fall.

8.1.2.11.1 Rezertifizierung, Fortbildung, Prüfung

Um eine Kompetenzentwicklung von SanitäterInnen zu fördern, wäre die Durchführung von kompetenzorientierten Rezertifizierungen, Fortbildungen und Prüfungen sinnvoll. (vgl. Müller,

2012: 447ff.), Die in dieser Arbeit erstellten KOAP könnten als Grundlagen dafür dienen, welchen Kompetenzen in diesem Zuge spezielles Augenmerk zukommen soll.

Neben einer wünschenswerten Kompetenzorientierung würde auch die Vorschreibung einer erhöhten Stundenzahl und aufeinander aufbauende Fortbildungen einer Kompetenzentwicklung dienlich sein. Acht Stunden jährliche Fortbildung lassen hier leider wenig persönlichen Spielraum für TeilnehmerInnen selbst oder LehrsanitäterInnen und anderes Lehrpersonal, um unterstützend tätig zu sein. Eine Erhöhung dieser Fortbildungsstunden auf etwa das doppelte Maß wäre mit Sicherheit praktikabler. Ein solches Konzept könnte sich etwa an der Bezirksstelle des ÖRK Hall in Tirol orientieren, wo ein solches System bereits teilweise Anwendung findet. (vgl. Neumayr et al. 2019a: 56ff.)

Eine stufenweise Einteilung von RS hin zu NKI würde hier ebenfalls ermöglichen, auf geforderte Kompetenzen bzw. Fertigkeiten unter Einbezug von Algorithmen und SOP eingehen zu können. (vgl. ÖGERN, 2019a: 7) Derzeit absolvieren mitunter RS und NKI dieselben FB, wobei die Anforderungen in den Szenarien der FB oft unabhängig von der tatsächlichen Qualifikation gestellt werden. Das bedeutet, dass auch RS als Teamleader in der Notfallrettung zum Einsatz kommen. Grundsätzlich kann ein Rollentausch, wie bereits im Kapitel zu CRM beschrieben, auch zur Kompetenzentwicklung beitragen. Wenn allerdings NKI nur rudimentäre fachlich-methodische Befugnisse zur Versorgung von PatientInnen freigestellt haben, wird auch bei ausgeprägter sozialer Kompetenz die PatientInnenversorgung darunter leiden.

Beispielweise könnten im Zuge der Simulation einer Reanimationssituation erweiterte lebensrettende Sofortmaßnahmen (ALS) trainiert werden. Während NKI in wenigen Organisationen eine endotracheale Intubation – welche als Goldstandard der Atemwegssicherung bei einer Reanimation gesehen wird – durchführen dürfen, ist dies in diversen anderen Organisationen nicht erlaubt. Unabhängig davon, dass die dafür benötigte Ausbildung zum NKI absolviert wurde, wären in dieser Situation die Befugnisse für jene SanitäterInnen mit der Minimalausbildung RS und für jene mit NKI dieselben. Die endotracheale Intubation wie auch die Anlage eines venösen Zuganges und die Gabe von Medikamenten würden wegfallen. Dies zeigt, dass an unterschiedlichen Lernorten – vom Lehrsaal bis hin zum Notfallort – und in unterschiedlichen Lernsituationen – von der Ausbildung bis hin zur Praxis am Einsatzort – die Ausführung von konkreten Handlungen und

dadurch die (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen mitunter nur eingeschränkt möglich ist. Dies ist weder im Sinne von Qualitätssicherung noch im Sinne der PatientInnen.

SanitäterInnen sollten dabei unterstützt werden, die an sie gestellten Kompetenzanforderungen der erstellten KOAP entwickeln und diese auch in der Praxis performen zu können. Durch eine Nicht-Ausbildung von Qualifikationsstufen oder der Unterbindung von Maßnahmen sowie dem Einsatz von inkompetentem Personal für einen nicht-originären Einsatzzweck bewegt man sich gegenwärtig leider allerdings in unterschiedlichen Organisationen in eine entgegengesetzte Richtung.

8.1.2.11.2 *Werkzeuge/Methoden zur Kompetenzentwicklung im RD*

Neben der bereits erfolgten Befassung mit unterschiedlichen Formen und Methoden der Kompetenzentwicklung im RD soll auch hier eine Auflistung weiterer Methoden und möglicher „Werkzeuge“, welche für die (Weiter-)Entwicklung, aber auch Dokumentation von Kompetenzen entscheidend sein können, erfolgen.

Portfolios ermöglichen für Lernende, selbst Verantwortung für Lernfortschritte zu übernehmen und die eigenen Lernprozesse zu reflektieren. Auch in der rettungsdienstlichen Praxis werden diese vermehrt angewendet. (vgl. Grönheim & Kemperdick, 2018: 75) Hierbei muss allerdings sichergestellt werden, dass Selbstreflexion nachvollziehbar ist. Dies kann etwa mit dem in dieser Arbeit verwendeten Kompetenzatlas realisiert werden, indem die Ausprägungen der darin enthaltenen Teilkompetenzen bewertet werden.

Der Reflexion der Wirkung des Handlungsergebnisses soll hier spezielles Augenmerk gelten, wobei den Lehrenden und Lernenden immer theoretische, pädagogische Grundlagen – wie etwa das *Johari-Fenster* mit „öffentlicher Person“, „Blinder Fleck“, „Mein Geheimnis“ und „Unbekanntes“ – bewusst sein müssen. Dies gilt auch für Feedback-Regeln für Sender und Empfänger, die ebenfalls eingehalten werden müssen, um auf *Portfolios* aufbauende konstruktive Gespräche ermöglichen zu können. (vgl. Weitz, 2012: 192f.)

Portfolios können aber auch als Werkzeuge zur Erfassung und Dokumentation von Kompetenzen verwendet werden, was unter anderem auch in Hochschulstudien erfolgt. (vgl. Bäcker & Zawacki-Richter, 2012: 89ff.) Eine Anwendung für Rettungsdienstausbildungen wäre also durchaus auch denkbar, da Materialanalysen speziell für Praktika und die darin

gemachten Erfahrungen bzw. entwickelten Kompetenzen sicherlich relevant sein können. (vgl. Strauch et al. 2009: 40f.)

Die durch Portfolios entstandene Dokumentation kann dann in weiter Folge auch weiterverwendet werden, etwa für partizipative Forschungsvorhaben. (vgl. Moser, 2015⁶) Ein nicht zu unterschätzender Vorteil von *Dokumentationen*, welche nicht nur in Form von Portfolios erfolgen können, ist ebenfalls die Verfügbarkeit von Informationen, aber auch die Tatsache, dass diese rechtssicher und den TeilnehmerInnen bereits bekannt sind. (vgl. Grönheim & Kemperdick, 2018: 81) Des Weiteren ergibt sich hier eine Parallele zur Dokumentationspflicht im SanG, durch welche Einsätze genauestens dokumentiert werden müssen. Durch gezielte Dokumentation schon während Ausbildung und Praktikum könnten SanitärerInnen auch für diese wichtigen Tätigkeiten sensibilisiert werden und auch beim Verfassen der Dokumentation eine Reflexion der Situation und des eigenen Handelns durchführen.

Eine Form der Dokumentation sind auch *Kompetenzpässe*, welche oft in Zusammenhang mit der Validierung von Lernergebnissen gebracht werden. (vgl. Zürcher, 2010: 04-4) Eine Form eines solchen Kompetenzpasses ist etwa der Freiwilligenpass. (vgl. Freiwilligenpass.at, 2019) Dieser stellt allerdings eher einen Qualifikationsnachweis für in Österreich freiwillig Tätige dar als einen detaillierten, reflektierten Kompetenzpass.

Neben diesen Arten der Dokumentation muss auch die Möglichkeit einer *Lernbilanzierung* genannt werden, welche vorab definierte Lernziele miteinschließt und für die anhand der Leistungen der Lernenden eine Bilanz erstellt wird. Daraus lässt sich sowohl eine Diagnose vom Ist-Stand wie auch eine Prognose, wie etwa für notwendige Fördermaßen, für die Zukunft ableiten. (vgl. Grönheim & Kemperdick, 2018:69)

Solche Lernbilanzen können grundsätzlich in Kombination mit Prüfungen und Leistungsfeststellungen erfolgen. Dabei wären etwa *schriftliche Arbeiten, Multiple-Choice-Tests, Problemskizzen, schriftliche Berichte, Protokolle, Referate, Fachgespräche, Simulation, Projekte, Fertigungen von Objekten oder Produkten*, oder auch *Mitarbeit und Hausübungen* als mögliche Mittel zur Leistungsfeststellung denkbar. (vgl. Schmidt und Rösch, 2014: 137f.)

Unabhängig der Form der Feststellung muss es hierbei auch zu einer Reflexion durch Lehrende kommen. Dies soll auch dadurch ergänzt werden, dass Auszubildende zu deren Erfahrungen mit den Prüfungsmodalitäten befragt werden und auf diese Ergebnisse

aufbauend etwaige Anpassungen und Aktualisierungen vorgenommen werden. (vgl. Grönheim und Kemperdick, 2018: 72)

Zusätzlich können auch noch *Planspiele* (vgl. Hackstein, 2011: 348ff.), *Rollenspiele* (vgl. Pluntke, 2012: 131f.), *Exkursionen* (vgl. Bela et al. 2014: 73f.) oder sogar *Erlebnispädagogische Ausbildungscamps* (vgl. Lülff, 2011: 323ff.) zur Förderung der (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen angewendet werden, wobei auch *Checklisten* (vgl. Grönheim & Kemperdick, 2018 127ff.) für eine Strukturierung dienlich sein können.

Zum Schluss soll hier nochmals, wie schon im Kapitel zu CRM, auf *Nachbesprechungen* bzw. Debriefings hingewiesen werden, welche für jegliche Form von Training, Simulation bzw. allgemein für Aus-, Fort- und Weiterbildung unheimlich wertvoll sind, um sich selbst, die jeweiligen didaktischen Kompetenzen, aber auch den Lernfortschritt von Lernenden reflektieren zu können.

8.2 Empfehlungen zur Kompetenzentwicklung von RS und NKI

Grundsätzlich findet sich im vorherigen Kapitel eine Vielzahl von Möglichkeiten wieder, Kompetenzen von RS und NKI entwickeln oder weiterentwickeln zu können. Im Folgenden soll auf jene Kompetenzen eingegangen werden, welche als zu gering ausgeprägt bewertet wurden. Die Bewertungen erfolgten explorativ durch ExpertInnen mit Bezug zum Ö-RD, welche auch maßgeblich an der Entstehung der KOAP für RS und NKI beteiligt waren.

Für jegliche Entwicklung von Kompetenzen gilt, dass diese nicht innerhalb einzelner Unterrichtsstunden entwickelt werden können, sondern Ergebnis eines Prozesses sind–unabhängig davon, ob es sich um personale, soziale oder methodische Kompetenzen handelt. Dieser Prozess zieht sich durch das gesamte Leben. (vgl. Karutz, 2008: 37) Wissen kann oft in relativ kurzer Zeit erworben werden, muss allerdings erst in umfangreichen Prozessen zu Kompetenzen entwickelt werden. Obwohl diese Form der Entwicklung vielfach lediglich Fachkompetenzen zugeschrieben wird, ist (Basis-)Wissen für alle Kompetenzbereiche notwendig.

Neben dem Umstand, dass es sich beim Erwerb von Kompetenzen um Prozesse handelt, soll auch wiederum erwähnt werden, dass diese oft in unterschiedlicher Form erfolgen. Ein für die erstellten Kompetenzprofile relevanter Aspekt ist etwa, dass Fachlich- und methodische Kompetenzen in Selbstlernprozessen erworben und entwickelt werden,

wohingegen personale und soziale Kompetenzen ein gewisses Maß an Fremdsteuerung erfordern. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 1997: 198)

Auf Grund von fehlender Trennschärfe zwischen den Teilkompetenzen, welche durch Überlappungen der vier Basiskompetenzen entstehen, ist es oft nur schwer möglich Entwicklungsmöglichkeiten für einzelne Teilkompetenzen vorzuschlagen. Durch unterschiedliche Zugänge können oft mehrere Kompetenzen parallel gefördert werden. (vgl. Heyse, 2007: 27) Im Folgenden werden im Falle, dass eine weiterzuentwickelnde Teilkompetenz zwei Basiskompetenzen zugeordnet werden kann, beide Basiskompetenzen in Klammer angeführt – ansonsten nur die jeweils zutreffende.

Die anschließend angeführten Empfehlungen stellen nur einen Teil dessen dar, was getan werden kann, um Kompetenzen von SanitäterInnen zu entwickeln. Im Kapitel zur Kompetenzentwicklung wurde schon umfassend darauf Bezug genommen. Die folgenden Kurzzusammenfassung der Kompetenzen stammen überwiegend aus Erpenbeck & Heyse (2009²) und Heyse et. Al. (2012), da die folgenden Empfehlungen oft auf bereits im Kompetenzatlas (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2007) etablierten Trainingsmöglichkeiten zur selbstorganisierten Kompetenzentwicklung basieren. Mehr Details zu den einzelnen Teilkompetenzen für RS und NKI können in den jeweiligen KOAP gefunden werden. Umfangreiche neu entwickelte und auf SanitäterInnen abgestimmte Trainingsprogramme für Kompetenzen des KOAP wurden im Zuge dieser Arbeit nicht entwickelt, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde und die Bewertungen der ExpertInnen explorativ erfolgten. Es würde hier einer umfangreichen Studie zur Ausprägung der Kompetenzen von RS und NKI bedürfen, um eigene Konzepte zum Kompetenztraining zu entwickeln. Die im Folgenden vorgestellten Möglichkeiten sollen einen Anstoß dazu geben, wie jene Kompetenzen, die unter RS und NKI nicht entsprechend entwickelt zu sein scheinen, selbstorganisiert trainiert werden können. Möglichkeiten zur Entwicklung von Kompetenzen im Zuge von Aus-, Fort- und Weiterbildung wurde im vorangegangenen Kapitel zur Genüge vorgestellt.

8.2.1 Empfehlungen - Schlüsselkompetenzen RS

8.2.1.1 Allgemein

Auf Grund der Tatsache, dass 10 der 15 von RS geforderten Schlüsselkompetenzen derzeit nicht in ausreichendem Maße ausgeprägt zu sein scheinen, müssen offensichtlich Maßnahmen getroffen werden, diese Kompetenzen weiterzuentwickeln.

Speziell für soziale Kompetenzen ist auch ein gewisser Grad an Fremdsteuerung notwendig. Im Speziellen handelt es sich hier um die Kompetenzen: *Kooperationsfähigkeit*, *Kommunikationsfähigkeit*, *Gewissenhaftigkeit* sowie *Integrationsfähigkeit*, welche für RS als unzureichend ausgeprägt bewertet wurden. Dies gilt auch für die personalen Kompetenzen *Disziplin*, *Glaubwürdigkeit* und *Normativ-ethische Einstellung*. Um diese sozialen und personalen Kompetenzen gezielt entwickeln zu können, sollen TrainerInnen RS dabei unterstützen, indem aktivierende Unterrichtsmethoden angewandt werden, welche interaktiv sind und auch eigenes Handeln der Lernenden sowie Reflexion zulassen. (vgl. Karutz, 2011c: 314)

Jene Kompetenzen, die zwar ebenfalls zu schwach ausgeprägt zu sein scheinen und Aktivitäts- und Handlungskompetenzen bzw. Fachkompetenzen zuzuordnen sind, bedürfen keiner Fremdorganisation in diesem hohen Ausmaß und können auch größtenteils selbstorganisiert entwickelt werden. *Ergebnisorientiertes Handeln*, *Beurteilungsvermögen* und speziell *Fachwissen*, welche in der Praxis von RS nicht genügend ausgeprägt zu sein scheinen, könnten also von RS mitunter selbst weiterentwickelt werden.

8.2.1.2 *Kooperationsfähigkeit (S)*

Wenn schwierige Entscheidungen getroffen werden müssen und dies in Teams oder auch Gruppen mit unterschiedlichen AkteurInnen geschieht, so ist Kooperation gefragt. Neben einer Arbeitserleichterung kann auch von unterschiedlichen Erfahrungen und Kompetenzen profitiert werden, Das gleiche Resultat wäre mit Einzelleistungen nicht zu bewerkstelligen. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 276) RS mit ausgeprägter Kooperationsfähigkeit wären etwa in der Lage, Kompetenzen der KollegInnen einzuschätzen und den Einsatz unter gemeinsamer Zusammenarbeit zu koordinieren. (vgl. Heyse et al. 2012: 190) Im Rettungsdienst wäre dies etwa bei einem Verkehrsunfall mit Rettungsdienst, Polizei, Feuerwehr und weiteren unterschiedlichen Personen unabdingbar. Die detaillierte Beschreibung der Bedeutung von *Kooperationsfähigkeit* für RS sowie Beispiele können in den KOAP für RS gefunden werden.

Einer der möglichen Gründe, warum RS großes Entwicklungspotential für Kooperationsfähigkeit haben, ist mit Sicherheit eine oftmals geringe Erfahrung in der Kooperation und Zusammenarbeit mit unterschiedlichen AkteurInnen bei Einsätzen und Krankentransporten, aber auch das fehlende Wissen über die Rollen und Aufgaben der

anderen Professionen. Natürlich gibt es auch in Österreich etliche RS, die über genügend Einsatzerfahrung verfügen und auch gut mit NA, Feuerwehr, Polizei; KrankenpflegerInnen und anderen an Einsätzen und an Krankentransporten beteiligten AkteurInnen kooperieren können. Dies kann aber für einen nicht unbeträchtlichen Teil von RS nicht angenommen werden, da dies auf Grund der Einsatz- und Dienstfrequenz und auch auf Grund der Grundausbildung zum RS nicht möglich ist. Es müssen hier Möglichkeiten geschaffen werden, Kooperationsfähigkeit zu entwickeln – im besten Falle durch Fort- und Weiterbildungen wie etwa CRM-Trainings und generell rettungsdienstliche Simulation, mitunter unter Einbezug von unterschiedlichen Organisationen und AkteurInnen.

Eine Methode, die soziale Kompetenz *Kooperationsfähigkeit* in Fortbildungen zu fördern, ist Kooperatives Lernen. (vgl. Weidner, 2003: 18f., Green & Green, 2005²: 32) Kooperatives Lernen ermöglicht den Einbezug von rettungsdienst-spezifischen sowie sozialen Elementen in (Klein-)Gruppen. (vgl. Weidner, 2003: 25) Dabei wird nicht nur die Fähigkeit zur Kooperation, sondern auch die Fähigkeit, sich selbst zu organisieren, gefördert. (vgl. Kernbichler, 2014: 118) Diese Form des Lernens wird in Kapitel 8.1.2.2 beschrieben.

Neben diesen fremdorgansierten Möglichkeiten kann Kooperationsfähigkeit auch in einem mehrstufigen Lern- und Übungsprozess selbstorgansiert weiterentwickelt werden. Zuerst gilt es, die eigene Kooperationsbereitschaft und den Umgang damit zu thematisieren. Dies kann etwa mit Hilfe der Bewertung von standardisierten Aussagen zu Kooperation und dem Feedback von anderen Personen erfolgen. Das eigene Verständnis für Kooperation spielt eine ebenso entscheidende Rolle wie die daraus entwickelten persönlichen Maßnahmen. Anhand der vorher absolvierten Stufen sollen Ziele mit einem Zeitpunkt verknüpft und auch kontrolliert werden. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 268ff.)

Für eine Entwicklung der Kooperationsfähigkeit empfiehlt sich eine Kombination aus selbstorgansierten Maßnahmen und fremdgesteuerten Maßnahmen wie Simulationen von Einsatzsituationen, bei denen etwa Kooperatives Lernen ermöglicht wird.

8.2.1.3 Kommunikationsfähigkeit (S)

Neben praktischen Erfahrungen aus dem RD-Alltag und der Fähigkeit zu Kommunikation in Teams oder mit PatientInnen, Angehörigen und anderen beteiligten Personen zählen Zuhören und die Verarbeitung von Informationen zur Kommunikationsfähigkeit. Verständlichkeit von schriftlichen und mündlichen Informationen muss jederzeit gewährleistet

sein ebenso wie die Wirkung der Kommunikation. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 259) Probleme in der Medizin oder dem Rettungsdienst entstehen oft durch Kommunikationsprobleme, weswegen adäquate Kommunikation einen Schlüsselfaktor für kompetente PatientInnenversorgung darstellt. (vgl. Heyse et al. 2012: 184) Eine Befassung mit *Kommunikationsfähigkeit* und der Relevanz für RS sowie Beispiele können in den KOAP für RS gefunden werden.

Kommunikationsfähigkeit wurde bei RS als zu gering entwickelt eingestuft, was die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung dieser Kompetenz aufzeigt. Da auch kommunikative Kompetenzen und interkulturelle kommunikative Kompetenzen als Teil des lebenslangen Lernens interpretiert wurden und auch teilweise stark durch Metakompetenzen beeinflusst werden, kann das Manko, weshalb kommunikative Kompetenzen oft nur gering ausgeprägt, teilweise in einer schwachen Ausprägung von Metakompetenzen verortet werden. Die Bewertung der Metakompetenzen war allerdings nicht Ziel dieser Arbeit. Dennoch weisen etliche RS in Österreich eine mitunter niederere Grundbildung oder Allgemeinbildung auf, während dies etwa in anderen europäischen Ländern Voraussetzung für die Ausbildung zu SanitäterIn ist. Diese sind teilweise sogar im tertiären Bereich angesiedelt, weswegen dort eine Universitätsreife notwendig ist.

Wie der Begriff Reifeprüfung, in Österreich auch als Matura bezeichnet, schon suggeriert, wird nach diesem Abschluss auch ein gewisses Maß an Selbstorganisation, Selbstreflexion, rhetorische Fähigkeiten oder auch ein kultursensibles Werteverständnis angenommen, was als solide Basis für soziale Berufe mit einem gewissen Maß an *Eigenverantwortung* – zu welchen auch der Beruf von RS gehört – gesehen werden kann. Wie später noch ausgeführt wird, wurde auch die Kompetenz *Eigenverantwortung* als zu gering ausgeprägt interpretiert.

Die Förderung der Entwicklung von Kommunikationsfähigkeit kann in Österreich etwa im Lehrplan des Faches SOPK (Soziale und Personale Kompetenz) an HTLs gefunden werden wie auch in anderen sekundären, berufsbildenden Schulen unter anderem Namen. Grundsätzlich sollen hier die für eine Reife- und Diplomprüfung bzw. das Berufsleben erforderlichen Metakompetenzen geprägt werden, wozu auch kommunikative Aspekte zählen. Aus eigener Erfahrung muss der Forscher allerdings berichten, dass bei 15- bis 16-Jährigen speziell die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstorganisation noch kaum gegeben ist, weswegen eine weitere spätere Befassung mit diesen wichtigen Elementen

erfolgen sollte. Dies würde auch einen soliden Grundstock für die Ausbildung von SanitäterInnen, KrankenpflegerInnen und etlichen weiteren (sozialen) Berufen bilden.

Neben den schulischen Möglichkeiten, die nicht allen angehenden SanitäterInnen zugänglich sind, gibt es auch Seminare, in welchen sich Lernende mit kommunikativen Fähigkeiten auseinandersetzen und in welche mitunter auch Rhetorik verfeinert werden kann. Diese ist für eine zielführende Kommunikation mit PatientInnen und in weiterer Folge eine kompetente PatientInnenversorgung notwendig.

Die Entwicklung von *Kommunikationsfähigkeit* ist allerdings nicht auf formale und non-formale Bildungsprozesse begrenzt, sondern kann auch informell – etwa im Zuge der Ausübung von anderen Berufen – speziell in der Arbeit in Teams oder bei Kontakt mit anderen Personen entwickelt werden. Diese Entwicklung kann natürlich auch im Privatleben erfolgen. Die zwingende Notwendigkeit einer Reifeprüfung für SanitäterInnen in Österreich kann also hinterfragt werden. Eine abgeschlossene Reifeprüfung würde allerdings in den meisten Fällen auf eine grundlegende Ausprägung der für RS und NKI notwendigen Metakompetenzen schließen lassen, welche für jegliche Tätigkeit im RD Grundvoraussetzung sind. Vollendung des 17. Lebensjahres, Abschluss der allgemeinen Schulpflicht und Unbescholtenheit reichen dazu in manchen Fällen jedoch nicht aus, um ein ausgeprägtes Maß an Selbstreflexionsvermögen und Selbstorganisation – welche für die in dieser Arbeiten erstellten KOAP erforderlich sind – zu entwickeln.

Eine Möglichkeit, die eigene *Kommunikationsfähigkeit* weiterzuentwickeln, kann auch in einem selbstorganisierten mehrstufigen Lern- und Übungsprozess erfolgen, bei dem auch Feedback von einer vertrauten Person eingeholt werden soll. Zuerst müssen die Bereitschaft und auch Fähigkeit zur Analyse des Umgangs mit Mitmenschen gegeben sein. Anhand von der Bewertung von standardisierten Aussagen erfolgt dann eine Auswertung und auch eine Analyse der eigenen Werteorientierung. Rückmeldung der Vertrauensperson kann sehr hilfreich sein. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 259ff.)

Zusätzlich kann auch ein Selbstcheck zum Verständnis von Kommunikation ausgeführt werden, bei dem man selbst etwa das eigene Verständnis von Kommunikation, den positiven und negativen Faktoren von Kommunikation und auch Interaktionsformen mit Kommunikationspartnern beschreibt. Diese Antworten sollen anschließend reflektiert werden und daraus persönliche Maßnahmen in einem gewissen Zeitraum entwickelt werden. Zudem soll auch die Form der Kontrolle der Ergebnisse festgelegt werden. (vgl. ebd.: 263) Diese

sollte nicht nur zu einer Weiterentwicklung der eigenen *Kommunikationsfähigkeit* führen, sondern auch den Sinn für Selbstreflexion und Selbstorganisation schärfen.

8.2.1.4 *Gewissenhaftigkeit (S – S/F)*

Bei *Gewissenhaftigkeit* spielt die Anerkennung von Zielen, Werten und Normen sowie deren Einhaltung und Umsetzung eine zentrale Rolle für RS. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 373) Im diesem Zusammenhang müssen auch Pflichtbewusstsein und die damit verbundenen, im SanG verankerten Pflichten von SanitäterInnen als relevant für diese Kompetenz genannt werden. Eine Thematisierung der *Gewissenhaftigkeit* von RS kann in den KOAP für RS gefunden werden.

Ein gewissenhafter Umgang mit den Aufgaben und Tätigkeiten von RS ist oft durch die systembedingte Durchmischung von Krankentransport und Notfallrettung nicht möglich. So müssen RS auch gegenwärtig eigenverantwortlich NotfallpatientInnen versorgen, wofür sie weder die nötige Ausbildung haben, noch sieht das SanG dies vor. *Gewissenhaftigkeit* wurde allerdings als eine Schlüsselkompetenz von RS interpretiert, was sich allerdings auf den Einsatz im KTP bezieht. Es wäre hier also erforderlich, RS auf den notwendigen Stand des Wissens zu bringen, welches sich dann in weiterer Folge zu Kompetenzen entwickeln kann. Im Rahmen von formaler Fortbildung dürfte dies durch den geringen Umfang allerdings schwer zu bewerkstelligen sein.

Das Fehlen von grundlegendem Wissen zur Notfallmedizin und anderen Thematiken kann auch in der Teilkompetenz Folgebewusstsein ausgemacht werden, welche ebenfalls nicht stark genug ausgeprägt und im erweiterten Kompetenzatlas für RS zu finden ist. Zwischen beiden Teilkompetenzen können hier Parallelen gefunden werden, da das notwendige Fachwissen, welches ebenfalls eine Schlüsselkompetenz für RS ist, deutlich zu gering ausgeprägt ist. Ohne dieses Fachwissen können RS weder im erforderlichen Ausmaß sorgfältig und gründlich bei der NotfallpatientInnenversorgung agieren, noch Folgen der Unterlassung möglicher Versorgungstätigkeiten abschätzen.

Auch *Gewissenhaftigkeit* kann mit Hilfe von Selbstorganisation weiterentwickelt werden. Dazu ist es aber auch notwendig, sich über die drei Gruppen von *Gewissenhaftigkeit* und deren Ausprägungen im Klaren zu sein. Erstens gibt es jene, die eine durchschnittliche bis hohe Ausprägung an *Gewissenhaftigkeit* und eine Tendenz dazu haben, ordentlich, penibel, zuverlässig, diszipliniert, pünktlich, ehrgeizig und systematisch zu sein sowie hart zu

arbeiten. Die zweite Gruppe mit einer sehr starken Ausprägung neigt oft zu einem zu hohen Anspruchsniveau, zwanghafter Ordentlichkeit und übertriebener Ordnungsliebe. Dies führt oft zu Problemen im Zeitmanagement und auch bei Interaktionen mit anderen Personen. Personen der dritten Gruppe, welche nur geringe Ausprägung von *Gewissenhaftigkeit* aufweisen, verfolgen ihre Ziele oft nur mit geringem Engagement und sind als eher nachlässig, fehlerhaft oder unbeständig zu beschreiben. Eine mögliche Näherung an ein Verständnis für *Gewissenhaftigkeit* kann durch die „Sich-selbst-in-Bezug-Setzung“ und die Ausformulierung von Adjektiven – wie etwa tatkräftig, verantwortungsbewusst, ernsthaft, vorsichtig oder auch rational – erreicht werden.

Im Selbstreflexionsprozess müssen sich RS darüber klar werden, welcher Gruppe sie selbst zuzuordnen sind. Dabei kann die Reduzierung des Übermaßes genauso als Ziel definiert werden wie Nachlässigkeiten. Neben Vorsätzen sollen auch konkrete Ziele und ein Zeithorizont definiert werden. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 375ff.)

8.2.1.5 Integrationsfähigkeit (S – S/P)

Die Bündelung von gemeinsamen Bestrebungen, Interessen und Handlungen steht bei *Integrationsfähigkeit* im Vordergrund. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 305) Dabei ist es nicht entscheidend, ob RS selbst die Leitung des Teams übernehmen müssen oder Teil eines Teams sind. (vgl. Heyse et al. 2012: 183)

Im Rahmen dieser Arbeit wurde das Streben nach einer kompetenten PatientInnenversorgung als zentrales Element des Ö-RD interpretiert. Dieser Umstand wurde auch bei den Formulierungen des „Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich“, sowie den KOAP für RS und NKI berücksichtigt. Neben den Interessen von RS müssen demnach auch jene von PatientInnen beim Handeln einbezogen werden. Dazu müssen RS allerdings über das notwendige Wissen zur Versorgung von PatientInnen und aller zu berücksichtigender Aspekte verfügen und auch im Stande sein, sich selbst und das eigene Handeln zu reflektieren. Dies scheint laut der ExpertInnenbewertung im Rahmen der *Integrationsfähigkeit* von RS nicht genügend ausgeprägt zu sein.

Im Zuge von Simulation und gezielten Teamtrainings kann in fremdorganisierten Settings speziell die Bündelung von gemeinsamem Handeln trainiert werden. Um auch die Bündelung von Interessen zu ermöglichen, müssen sich RS zuerst über diese im Klaren sein, weswegen auch ein selbstorganisierter Prozess notwendig ist. Dazu zählt auch eine Intensivierung der

für die Teilkompetenzen *Kommunikationsfähigkeit*, *Kooperationsfähigkeit* und *Glaubwürdigkeit* benötigten Trainingsmöglichkeiten, die in diesem Kapitel ebenfalls vorgestellt werden.

Um sich selbst über die eigene *Integrationsfähigkeit* klar zu werden, muss auch das Stadium der Integration beurteilt werden, wie dies auch mitunter in der Sozialarbeit angewandt wird. Zuerst sollte es zu einer Klärung der Rollen kommen, bei welchem auch Vertrauen entsteht. Dieses Stadium nennt sich verpflichten. Danach müssen RS Bedürfnisse und Ressourcen einschätzen. Anschließend gilt es, Ziele zu planen und ein Erschließen der Ressourcen zu realisieren. Schlussendlich gilt es dann auch, Personen, Ziele und Organisation zu koordinieren. (vgl. Wendt, 1995 in Heyse & Erpenbeck, 2009²: 306) RS sollen bei Krankentransporten demnach Vertrauen aufbauen und einen kompetenten Transport unter Einbezug der notwendigen Personen und Ressourcen ermöglichen. Auch etwa ein Krankentransport von 250 kg schweren PatientInnen, die keine NotfallpatientInnen sind, aber in ein Krankenhaus transportiert werden müssen, stellt hohe Anforderungen an die *Integrationsfähigkeit* von RS und anderen an diesem Transport und der Versorgung des Patienten beteiligten Personen. Die reine logistische Verbringung der PatientInnen in ein Krankenhaus stellt nur einen Teil der Anforderungen an RS dar, da auch die Interessen der PatientInnen, die für diesen Transport zur Verfügung stehenden Ressourcen und weitere Aspekte dieses Transportes berücksichtigt werden müssen.

Zusätzlich sollen auch unterschiedliche Arten der Informationsverarbeitung RS ins Bewusstsein gerufen werden, da dies meist automatisiert und wenig reflektiert erfolgt. Konfrontieren, Konkretisieren, Ordnen von Zusammenhängen, Soll-Ist-Vergleiche, Konsequenzen oder In-Frage-Stellen sind nur einige mögliche Beispiele von Informationsverarbeitung, welche auch von RS beherrscht werden sollen, um integrationsfähig zu sein. Zudem stellt auch Deeskalation einen wichtigen Aspekt von Integration dar, welche durch Sachlichkeit, Kooperationsfähigkeit und Freundlichkeit – auch in hitzigen Konfliktsituationen – erreicht werden kann. Um dies zu erreichen, sollen RS Ziele zur Steigerung der Integrationsfähigkeit definieren und den Fortschritt nach einem vordefinierten Zeitintervall überprüfen. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 307ff.)

8.2.1.6 Glaubwürdigkeit (P)

Ein entscheidendes Merkmal von glaubwürdigen RS ist, dass ihre Worte und Taten übereinstimmen. Dies muss sowohl für KollegInnen, aber auch für PatientInnen gelten. Auch das Aufbauen einer Vertrauensbasis ist für *Glaubwürdigkeit* ein wesentlicher Faktor und kann etwa bei DauerpatientInnen – zum Beispiel bei Dialysetransporten – aufgebaut werden. Dies führt in weiterer Folge zu Respekt und Wertschätzung. RS müssen aber auch eigene Fehler eingestehen können und bei Bedarf auch falsches Verhalten – sei es von KollegInnen, PatientInnen, Angehörigen oder auch Personen anderer Berufsgruppen – erkennen und mitunter auch korrigieren können. Toleranz für andere Sichtweisen darf nicht über allen Dingen stehen, da auch Werte, Normen und Ideale ihren festen Stellenwert im RD besitzen. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 25) Zusätzlich müssen RS authentisch sein und mit Personen, mit welchen durch den RD bedingte berufliche Beziehungen bestehen, vertrauensvoll umgehen. (vgl. Heyse et al. 2012: 180) Eine Beschreibung der *Glaubwürdigkeit* von RS kann in den KOAP für RS gefunden werden.

Da *Glaubwürdigkeit* unter RS als zu wenig ausgeprägt eingestuft wurde, besteht auch hier Entwicklungsbedarf für diese Teilkompetenz. Zusätzlich scheint auch der Bereich des Krankentransportes für etliche RS nur ein „notwendiges Übel“ zu sein, was PatientInnen dann natürlich auch erkennen, weswegen sie sich auch nicht wertgeschätzt fühlen. Einerseits ist der primär für RS vorgesehene Bereich der Krankentransport, andererseits werden diese aber vielerorts auch in der Notfallrettung oder im Verbundsystem (siehe Kapitel 3.5.2.1) eingesetzt, wodurch die Notwendigkeit von kompetent durchgeführten Krankentransporten oft vergessen wird und der Fokus vieler RS in der Notfallrettung liegt, auch wenn hier die notwendige Ausbildung sowie auch die geforderten Kompetenzen fehlen.

Wie bei den zuvor besprochenen Teilkompetenzen ist auch bei Glaubwürdigkeit ein selbstorganisiertes Kompetenztraining möglich. Die Bewertung von unterschiedlichen Aussagen zur Glaubwürdigkeit und dem Erkennen von Verstärkern bzw. Hemmnissen von Glaubwürdigkeit kann dabei sehr hilfreich sein. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 26ff.)

Des Weiteren müssen RS auch möglichst sachkundig im Krankentransportwesen sein, um überhaupt als glaubwürdig eingestuft werden zu können. Auch offene Kommunikation kann dafür eine gute Basis darstellen. RS sollen dazu das Gespräch suchen, Probleme ansprechen, Meinungen – wenn nötig – offen kundtun sowie authentisches Feedback geben.

Zusätzlich sollen auch Kommunikationsfallen vermieden werden. Dies kann etwa durch sorgfältige Vorbereitung auf die Aufgaben im RD erfolgen, damit auch „Killerphrasen“ kein Hindernis mehr für RS darstellen. Beispielfhaft können Aussagen genannt werden wie: „Sie sind nur Sanitäter, ich brauche Ihnen meine Krankheiten nicht nennen, Sie transportieren mich ja eh nur“, die dem Forscher bei Transporten schon öfters gesagt wurden. Hier gilt es, PatientInnen darüber aufzuklären, dass nicht nur die reine Verbringung von einem Ort zum anderen zu den Aufgaben von SanitäterInnen zählt.

Am Beginn des Selbsttrainings zur Weiterentwicklung von Glaubwürdigkeit sollte man auch Kommunikationsverhalten trainieren, welches unter anderem unvoreingenommenes Zuhören, das Formulieren von Ich-Botschaften, adäquates Feedback, Fragentechnik sowie Erkennen und Begegnen von Killerphrasen und -verhalten beinhaltet. Danach sollten ebenfalls Ziele für einen gewissen Zeithorizont gesetzt werden, welche es auch zu kontrollieren gilt. (vgl. ebd.: 28f.)

8.2.1.7 Normativ-ethische Einstellung (P)

Die Bereitschaft für das eigene Handeln verantwortlich zu sein und auch gesellschaftliche sowie eigene Werte aktiv zu leben, stellt eine Grundvoraussetzung für normativ-ethische Einstellung dar. Hierbei kann es für RS zu einer Sinnerfüllung und einer gesteigerten persönlichen Lebensqualität kommen. Dazu müssen allerdings Ziele, aktivitätsfördernde und -hemmende Einstellungen, welche etwa auch die Motivation, etwas zu tun, umfasst, die Arbeit, was in diesem Fall der Krankentransport ist, und das persönliche Leitbild reflektiert werden. RS sollen sich bewusst mit Fragen über den Sinn des Lebens, der Lebensqualität und mit persönlichen bzw. gesellschaftlichen Werten auseinandersetzen. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 9f.) Die ethischen Anforderungen an die Tätigkeit im RD sind also – ähnliche jener in der Medizin – als hoch einzustufen. (vgl. Heyse et al. 2012: 196) Beispiele für die Relevanz von normativ-ethischer Einstellung von RS kann in den KOAP gefunden werden.

Die scheinbar niedrige Ausprägung von *normativ-ethischer Einstellung* unter RS ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich viele RS ihrem Umgang mit Werten und Normen der Gesellschaft nicht bewusst sind oder auch mit unterschiedlichen Einstellungen von PatientInnen, welche außerhalb gesellschaftlicher Normen sind, überfordert sind. Dies könnte etwa der Sterbens-Wunsch eines Patienten sein, der von HelferInnen eventuell nicht

nachvollzogen werden kann. Um sich in solch schwierigen Situationen in PatientInnen hineinversetzen zu können, spielt auch Empathie eine zentrale Rolle. Bei einer Diskussion zu *normativ-ethischer Einstellung* von RS darf auch nicht übersehen werden, dass eine Bewertung der Ausprägung nur schwer abschätz- oder verallgemeinerbar ist. Aus diesem Grund bewerteten auch mehrere Stakeholder die Ausprägung dieser Teilkompetenzen im Zuge der IST-Stand-Bewertung nicht.

Dies unterstreicht wiederum, dass für etliche Kompetenzen – und dazu zählt auch *normativ-ethische Einstellung* – eine persönliche Reflexion zur persönlichen Ausprägung notwendig ist, damit darauf aufbauend eine selbstorganisierte Weiterentwicklung erfolgen kann. Dies schließt auch ein Verständnis für die Notwendig von lebenslanger Kompetenzentwicklung sowie deren Weiterentwicklung ein.

Eine Möglichkeit, diese Entwicklung selbstorganisiert zu realisieren, ist eine Auseinandersetzung mit Wertvorstellungen, Leitbildern und Idealen in mehreren Schritten. Zuerst sollte ein persönliches Leitbild formuliert werden. Dies kann mit Hilfe von W-Fragen wie „Wer will ich sein?“, „Was ist gut/schlecht für mich?“ oder auch „Was sind meine zentralen Wertvorstellungen?“ herausgearbeitet werden. Darauf aufbauend sollen persönliche Ziele formuliert werden und daraus Maßnahmen abgeleitet werden. Nach Möglichkeit soll auch eine vertraute Person über diese Schritte informiert und auch um Feedback zur Zielerreichung gebeten werden. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 10ff.)

Auch Erkennen und Abbau von irrationalen Einstellungen und „selbsterfüllenden Prophezeiungen“ können bei dieser Entwicklung hilfreich sein. Aussagen wie: „Das schaffe ich nie“ oder auch: „Dieser Patient ist sowieso immer unfreundlich“, sind für eine Kompetenzentwicklung nicht dienlich und behindern sogar die Zielerreichung.

Dabei ist festzuhalten, dass RS sich immer im Klaren darüber sein müssen, warum eine persönliche Reflexion gemacht wird. Es geht hierbei um die persönliche psychische und physische Gesundheit, welche allseitiges Wohlbefinden, Zufriedenheit mit der Arbeit und das Erleben von positiven Erlebnissen – auch in der Freizeit – umfasst. Um dies zu realisieren, muss auch Zukunftsplanung erfolgen, welche die Dokumentation von „Zufriedenheitserlebnissen“ beinhaltet. Zudem muss auch der Prozess dokumentiert werden, wie sich Ideale und Werte über den beobachteten Zeitraum verändert haben. (vgl. ebd.: 13ff.)

8.2.1.8 Disziplin (P – P/F)

Disziplin ist eine Schlüsselkompetenz für RS, die im Volksmund oft mit politischer Unterwürfigkeit und blindem Gehorsam gleichgesetzt wird. Im Sinne der KOAP wird *Disziplin* allerdings als ein unverzichtbarer Wert verstanden, welcher für zwischenmenschliche Beziehungen, aber auch für das Zusammenleben unerlässlich ist und auch eine wichtige Grundlage für persönliches Selbstmanagement darstellt. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 87f.) Kompetenzbeschreibungen und Beispiele für RS können in den KOAP gefunden werden.

Obwohl es sich bei RS um einen Sozialberuf handelt, bei dem jene Form von Disziplin einen hohen Stellenwert hat, was dem Gelingen einer kompetenten PatientInnenversorgung dient, wird von vielen in Österreich tätigen RS auch *Disziplin* in Form von politischer Unterwürfigkeit gefordert. Dies gilt einerseits für jene RS, welche den Zivildienst ableisten müssen, aber auch für jene, die im Zuge des Präsenzdienstes die Ausbildung zum RS durchlaufen. Diese Zwangsverpflichtung von jungen Männern, die meist nicht freiwillig diesen Weg einschlagen, ist schwer mit dem Ideal einer kompetenten PatientInnenversorgung zu vereinen. Da Selbstorganisation einen zentralen Teil von Kompetenzentwicklung darstellt und eine Verpflichtung, diesen sozialen Beruf für mehrere Monate auszuüben, fernab jeglicher Selbstorganisation ist, muss die Sinnhaftigkeit solcher Maßnahmen hinterfragt werden.

Zweifelsohne kann dadurch – wie bereits besprochen – Geld eingespart werden, aber auch SteuerzahlerInnen sind potenzielle PatientInnen, welche sicherlich auch selbst kompetent versorgt werden wollen. Ordentlichkeit, Selbstbeherrschung oder Korrektheit kann dementsprechend nicht in gleichem Maße erwartet werden wie von jemandem, der diese Tätigkeit aus eigenem Interesse ausübt und einen Sinn hinter der Tätigkeit sieht. In der dem Forscher bekannten rettungsdienstlichen Praxis sind zwar etliche RS mit Leib und Seele als Zivildienstler oder Bundesheer-Sanitäter tätig, dennoch gibt es auch jene, die eine Abneigung gegen geforderte Tätigkeiten haben, aber trotzdem zur Tätigkeit als RS verpflichtet werden.

Natürlich entschließen sich viele Zivildienstler auf Grund der im RS gemachten Erfahrungen zu einer Tätigkeit im Gesundheitswesen – sei es als RS, Arzt oder Pfleger, dennoch gibt es zahlreiche RS im Ö-RD, die nur darauf warten, dass die Zeit der Zwangsverpflichtung endlich vorüber geht. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass die Schlüsselkompetenz *Disziplin* bei einer nicht unbeträchtlichen Zahl an RS nicht genügend ausgeprägt zu sein scheint.

Die fachlich-methodisch fundierte, freiwillige, selbstverantwortliche Form von *Disziplin* ist es allerdings, die RS zur Versorgung von PatientInnen benötigen. *Disziplin* erfordert aber auch eine ständige Reproduzierbarkeit von Versorgungsleistungen gleichbleibender Qualität, die allerdings durch geringe Erfahrung und Praxis von einigen RS nur schwer möglich ist und ebenfalls Reflexion sowie Training der übrigen in den KOAP beschriebenen Teilkompetenzen erfordert. (vgl. ebd.: 88)

Um *Disziplin* weiterentwickeln zu können, müssen erstens das Zeitmanagement und die Strategie für dieses Vorhaben betrachtet werden sowie zweitens Blockaden, die oft in Form von „schlechten Gewohnheiten“ vorliegen, erkannt und thematisiert werden. (ebd.: 89ff.)

In Bezug auf Zeitmanagement kann hierbei etwa nach vier Punkten vorgegangen werden. Tätigkeiten sollen einen Schlusstermin haben, Planung soll konsequent erfolgen, realisierbar sein und auch Pausen bzw. Belohnungen beinhalten. (vgl. ebd.: 90f.) Für RS kann dies etwa bedeuten, dass während Transporten nicht viel Zeit vertrödelt wird und etwa bei etwaigen NotfallpatientInnen, welche auch im Krankentransport angetroffen werden können, die Zeitdauer vom Erkennen des Notfalls bis hin zur optimalen Versorgung so kurz wie möglich gehalten wird. Zusätzlich ist es notwendig, die eigenen Prinzipien und Ziele konsequent zu verfolgen. Dazu könnte etwa das standardmäßige Messen von Vitalparametern bei allen PatientInnen zählen. Damit könnten einerseits die eigenen manuellen Fähigkeiten gefestigt und auch für etwaige Notfälle trainiert werden, andererseits ist damit eine lückenlose Dokumentation möglich. Zusätzlich ist auch die Realisierbarkeit der Vorhaben notwendig, da etwa falsche Vorstellungen von den eigenen Tätigkeiten zu Demotivation führen. Schlussendlich sollten auch notwendige Pausen während des Dienstes eingehalten und nicht von PatientIn zu PatientIn gehetzt werden. Nach den Diensten oder an freien Tagen sollte man sich auch selbst etwas gönnen und auch genug Zeit für sich selbst, Familie, Freunde und Hobbies einplanen.

Um einen Überblick zu bewahren, muss auch ein Zeithorizont gesetzt werden, bei dem die Weiterentwicklung der eigenen *Disziplin* kontrolliert wird und worauf auch weitere Ziele und Planungen erfolgen können. (vgl. ebd.: 90ff.)

8.2.1.9 *Ergebnisorientiertes Handeln (A – A/F)*

Für kompetentes, *ergebnisorientiertes Handeln* ist ein breites Set an unterschiedlichen Kompetenzen, speziell der Handlungs-, Fach- und Methodenkompetenzen notwendig. Das

jeweilige Handeln im rettungsdienstlichen Kontext ist – wie der Name schon suggeriert – auf ein konkretes Ergebnis oder auch Ziel ausgerichtet. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 165) Im Falle von RS ist dies eine kompetente PatientInnenversorgung im Zuge des Krankentransportes. Zur Zielerreichung sollten sich RS beispielsweise folgende Fragen stellen: „Was wünscht sich der/die PatientIn?“ oder „Was ist in dieser Situation tragbar oder machbar?“ (vgl. Heyse et al. 2012: 172)

Output von Handlungen sind also konkrete Ergebnisse, die zwei Gründen dienen können. Einerseits können diese auf Geld ausgerichtet sein, wie dies bei wirtschaftlich-orientierten Unternehmen der Fall ist. Andererseits gibt es auch jene Ergebnisse, die an Menschen orientiert sind. Auch in Non-Profit-Organisationen, zu denen auch die HiORgs zählen, die in Österreich RD betreiben, muss Geld zumindest in einen gewissen, wenn auch meist niedrig eingestuften Fokus rücken, da auch solche Organisationen finanziert werden müssen. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 166) Geht man allerdings weiter ins Detail, muss im Ö-RD auch eine klare Orientierung an Geld ausgemacht werden, da das Hauptargumente für einen Erhalt des gegenwärtigen Systems meist die Unfinanzierbarkeit einer Systemumstellung hin zu einer Professionalisierung darstellt. Dies wurde bereits etwa in den Kapiteln zum Zivildienst oder dem (Rettungs-)Verbundsystem thematisiert.

Obwohl *Ergebnisorientiertes Handeln* zu gering für eine Schlüsselkompetenz ausgeprägt zu sein scheint, sieht der Forscher hierbei allerdings Entwicklungspotential. Sollte der Einsatz von RS im Krankentransport erfolgen und nicht in einem Misch-System oder gar der Notfallrettung, würde das Ergebnis sicherlich höher ausfallen. Auch hier gilt wieder, dass RS als Spezialisten für den KTP ausgebildet werden und auch in diesem Bereich Praxis sammeln sollten. PatientInnen und auch RS würden davon profitieren, da – wie die Bewertungen der ExpertInnen offensichtlich zeigen – ein Großteil der von RS geforderten Kompetenzen gegenwärtig nicht stark genug ausgeprägt ist. Dies ist mitunter auch darauf zurückzuführen, dass der Einsatz von RS derzeit auch eigenverantwortlich in der Notfallrettung erfolgt. Das Ergebnis einer kompetenten Versorgung von (Notfall-)PatientInnen ist also teilweise schlichtweg unmöglich.

Ergebnisorientiertes Handeln zu entwickeln, stellt einen langwierigen Prozess dar, der nicht zuletzt auch von der Entwicklung fachlicher Kompetenz abhängt. Zusätzlich müssen Hemmnisse für eine Orientierung an Ergebnissen identifiziert werden. (vgl. ebd.: 166) Zu diesen Hemmnissen zählt etwa die Unart von Personen, für weniger zufriedenstellende

Ergebnisse oder das Misslingen von Handlungen immer Ausreden parat zu haben. Dies kann sich mitunter in der häufigen Verwendung des zweiten Konjunktivs äußern. In dieser Verwendung beschreibt der zweite Konjunktiv eine nicht reale Welt, eine Traumwelt, die Wunschvorstellungen entspricht. In Österreich wird dieses Verhalten oft als „Hätt'I, Tat'I, War'I“ bezeichnet. Die Anwender dieser Praktik möchten oder können sich meist die wahren Gründe für ihr Scheitern nicht eingestehen. Dies stellt allerdings ein Hemmnis für die Entwicklung von *ergebnisorientiertem Handeln* dar.

Weitere problematische Umstände für eine Weiterentwicklung dieser Kompetenz kann auch ein zu starker Fokus auf das Ergebnis und nicht auf den Prozess selbst, aber auch das Gefühl, allein belanglos zu sein, sein. Auch das Gefühl, sich nicht durchsetzen zu können, oder ein Zurückhalten von eigenen Meinungen und Standpunkten wirken sich negativ auf eine (Weiter-)Entwicklung dieser Kompetenz aus. Bei vielen Personen sind diese Elemente jedoch nicht nur isoliert vorhanden, sondern in Kombination. Deshalb stellt die Entwicklung von *ergebnisorientiertem Handeln* RS vor eine komplexe Aufgabe.

Nachdem man sich über die Existenz von eigenen Hindernissen für eine Entwicklung dieser Schlüsselkompetenz im Klaren ist, müssen Maßnahmen gesetzt werden, um etwas an dieser Situation zu ändern. Die Beantwortung der Frage, was man in der letzten Woche erreicht hat, inklusive der Protokollierung der Ergebnisse kann hier als Initialzündung dienen, da positive Ergebnisse im Alltag oft übersehen werden. Diese geben allerdings Selbstvertrauen und Selbstachtung und sind für eine Kompetenzentwicklung sehr wertvoll. (vgl. ebd.: 166f.) Ein einfaches „Danke“ von PatientInnen, ein zufriedenes Lächeln oder auch das Gefühl, einen Transport zum Wohle von PatientInnen durchgeführt zu haben, könnten im RD dazu dienlich sein.

Anschließend sollte ein Wochenplan erstellt werden, welcher mit wöchentlichen Vorgaben in Form von Zielen definiert wird. Konkrete, messbare Ziele helfen dabei, die Ergebnisse zu kontrollieren und diese zu erreichen. Der RD bzw. die jeweilige Arbeit sollte aber nicht das einzige Gebiet sein, das im Fokus von Zielerreichung steht. Auch Familie oder Freizeit sollten in diesen Wochenplan miteinbezogen werden. (vgl. ebd.: 168f.)

8.2.1.10 *Fachwissen (F)*

In der Berufsbildung – und dazu zählt auch die Ausbildung zu RS – galt *Fachwissen* lange als wichtigstes Element. Wer genügend Wissen zum Rettungsdienst hatte, galt als

kompetent. Dieses Wissen wurde meist in Form von „schulischer“ Ausbildung oder betrieblicher bzw. organisationaler Weiterbildung generiert. Informelle Entwicklung von Kompetenzen waren weitestgehend irrelevant. In den letzten Jahren wurde allerdings der Ruf nach Generalistenwissen sowie der zielgerichtete Umgang mit vorhandenen Ressourcen immer lauter, da auch der Aufgabenbereich des RD immer komplexer und umfangreicher wurde. Auch das Handeln sowie das daraus resultierende Ergebnis rückten in den Fokus. Dieser Prozess konnte allerdings nicht nur im RD, sondern auch in anderen Berufssparten festgestellt werden. Durch diese Weitung des Begriffes *Fachwissen* war die Aneignung von reinem Wissen nicht mehr zielführend. Die Notwendigkeit von Kompetenzen, die in weiterer Folge in die vier Grundkompetenzen (A), (S), (F) und (P) gegliedert wurden, musste anerkannt werden ebenso wie der Umstand, dass reines (Fach-)Wissen nicht mehr für eine zeitgemäße, kompetente PatientInnenversorgung ausreicht. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 20092: 393ff.)

Im Zuge der im Forschungsprozess explorativ durchgeführten Umfrage unter RD-ExpertInnen kristallisierte sich deutlich heraus, dass *Fachwissen*, welche seit jeher als Basis aller beruflichen Kompetenzen (miss-)interpretiert wird, unter RS deutlich zu gering ausgebildet zu sein scheint. Sie ist – wie die KOAP für RS darstellen – allerdings keine Metakompetenz. Die niedrige Bewertung von *Fachwissen* ist insbesondere besorgniserregend, da es sich dabei um eine Schlüsselkompetenz für RS handelt, welche sogar nur den niedrigsten Wert aller bewerteten Kompetenzen erzielte. Daher muss aus diesen die gegenwärtige RD-Praxis beschreibenden Ergebnissen die Umsetzung von kompetenter PatientInnenversorgung durch RS in unterschiedlichen Fällen in Frage gestellt werden. Durch die gegenwärtige Praxis, RS in unterschiedlichen Notfallsituationen zu eigenverantwortlichen Handlungen zu zwingen, ist dies allerdings nicht verwunderlich. Das SanG sieht nämlich keine eigenverantwortliche Versorgung von NotafallpatientInnen durch RS vor. (vgl. RIS, 2020a)

Persönlich motivierte und fremdorganisierte Entwicklung von *Fachwissen* ist jedenfalls vergleichsweise einfach zu bewältigen. Die bewusste Absolvierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungen, welche exemplarisch in Kapitel 8.1.2.9 beschrieben wurden, und die gezielte Auseinandersetzung mit den Inhalten, Zielen und Methoden dieser Formate und Kompetenzentwicklungsmöglichkeiten, die sich dadurch bieten, könnten schon zu einer immensen Steigerung des individuellen *Fachwissens* beitragen. Auch eine Weiterqualifizierung zu NFS oder NKI und die dadurch akquirierte Praxiserfahrung würden

dazu beitragen, eine möglichst kompetente PatientInnenversorgung in der Notfallrettung zu ermöglichen. Dann wären allerdings wiederum die KOAP für NKI relevant, und PatientInnen im KTP würden nicht notwendigerweise von einer notfallzentrierten Ausbildung der ehemaligen RS profitieren. Ein reflektierter Umgang mit PatientInnen im KTP und krankentransport-spezifische Fortbildungen könnte hier allerdings Abhilfe schaffen.

RS können potenziell auch selbstorganisiert eine (Weiter-)Entwicklung von *Fachwissen* erreichen. Durch die in dieser Arbeit erstellten KOAP wurde eine Grundlage dafür geschaffen, die Anforderungen an RS detailliert zu beschreiben. Mit dem Ziel einer patientInnenorientierten, kompetenten Versorgung im KTP steht auch der Fokus von RS im Ö-RD bereits fest. RS sollten dennoch weitere Ziele, die es im Rahmen der Tätigkeit als RS zu erreichen gilt, definieren.

Basierend auf den KOAP und den darin enthaltenen Teilkompetenzen empfiehlt es sich, diese Kompetenzen für sich selbst anhand der persönlichen Ausprägung einzuschätzen. Eine zwölfstufige Einschätzung, wie diese im Forschungsprozess für die Bewertung von Teilkompetenzen des KOAP angewendet wurde, ist allerdings nicht zielführend. Eine grundsätzliche Einschätzung, ob die Kompetenzen „gut“ oder „sehr gut“ ausgeprägt sind, und welche Maßnahmen dazu beitragen könnten, für alle Kompetenzen „sehr gut“ zu erzielen, kann schon als Hilfestellung dienen. Ebenso sollte man sich im Klaren darüber sein, ob diese Maßnahmen selbstorganisiert oder mit Hilfe von Dritten erfolgen sollen. Speziell im Bereich des Fachwissens können Fachkenntnisse eigenständig vertieft, sowie Erfahrungen gesammelt werden. Eine Formulierung von konkreten Maßnahmen kann hier für die Umsetzung der Ziele sehr dienlich sein. Im Anschluss sollten diese Maßnahmen mit erfahrenen, vertrauten SanitäterInnen besprochen werden. Ein anderer Blickwinkel ermöglicht oft einen neuen Zugang zur Erreichung der gewünschten Ziele. Schlussendlich sollten diese Ziele auch umgesetzt und kontrolliert werden. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 396ff.)

8.2.1.11 *Beurteilungsvermögen (F – F/P)*

Die RS-Schlüsselkompetenz *Beurteilungsvermögen* kann in vier wesentliche Aspekte gegliedert werden. Zuerst spielt der individuelle Erfahrungshintergrund von RS, welcher sich von RS in vielseitigen sachlichen und sozialen Situationen angeeignet wurde, eine entscheidende Rolle. Als zweiter Aspekt muss eine solide fachliche sowie methodische

Basis, welche einerseits Metakompetenzen beinhaltet, andererseits aber auch rettungsdienstspezifische Methoden- und Handlungsvielfalt umfasst, vorausgesetzt werden. Zusätzlich muss auch die Fähigkeit zum Erkennen von Problemen und deren dahinterliegenden Gründen und Strukturen ausgeprägt sein. Darauf aufbauend müssen mögliche Lösungen für vorherrschende Probleme eingegrenzt werden können, um als Basis für einen Lösungsansatz zu dienen. Als dritter Aspekt muss ein Maß an Belastbarkeit gegeben sein, wobei für Beurteilungsvermögen speziell die psychische Komponente von Belastbarkeit relevant ist. Ein kühler Kopf in Stresssituationen kann RS vor überschnellen Entscheidungen und unüberlegten Handlungen bewahren. Letztlich zählt zum *Beurteilungsvermögen* von RS auch die Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren, Kritik an sich selbst zu üben und auch aus Fehlern lernen zu können. Dadurch wird es möglich, die bereits vorhandenen Kompetenzen weiter zu entwickeln. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 488ff.)

Die Gründe für eine niedrige Ausprägung dieser Schlüsselkompetenz sind teilweise bereits in den vier Aspekten von Beurteilungsvermögen verhaftet. Der fehlende Erfahrungsschatz von vielen RS in Notfallsituationen führt klarerweise zu hohen Stressbelastungen und damit auch unweigerlich zu Fehlentscheidungen oder nicht patientInnenorientierter Versorgung. Natürlich ist dies auch auf den Mangel fachlicher und methodischer Kompetenzen zurückzuführen, welche in der Ausbildung zu RS nicht oder nur kaum entwickelt werden können. Mit einem reichen Schatz an Erfahrung gepaart mit diversen in den KOAP enthaltenen, sehr ausgeprägten Kompetenzen könnten RS allerdings auch potenziell kompetent bei der Versorgung von NotfallpatientInnen agieren. Dabei dürfen natürlich auch nicht die mangelnden Befugnisse vergessen werden, die wenig Spielraum für Eigenverantwortung in Notfallsettings zulassen. Beispielhaft könnte ein gestürzter Wanderer mit einer Knöchelfraktur genannt werden. Während RS nur zwei Möglichkeiten bleiben – entweder ein rascher Transport unter starken Schmerzen durchführen, oder NA zur Schmerzbekämpfung nachfordern, was mitunter eine lange, schmerzgeplagte Wartezeit für den/die PatientIn bedeutet – könnten NKI selbst tätig werden. Die Gabe venöser Schmerzmedikamente mitsamt einer umfassenden Betreuung könnte hierbei die Situation für den/die PatientIn deutlich verbessern.

Eine Weiterentwicklung von *Beurteilungsvermögen* kann durch Absolvierung diverser Fortbildungen erfolgen, welche bereits in Kapitel 8.1.2.9 genannt wurden. Dabei ist auch der Wechsel von Rollen in Trainings wichtig, da auch RS Teamleader-Funktionen übernehmen sollten, um PatientInnen und Notfallsituationen möglichst eigenverantwortlich beurteilen zu

können. Diese Fähigkeit wird gegenwärtig in der RD-Praxis oft von RS verlangt. Natürlich spielt auch im Sinne von CRM der Teamgedanke immer eine tragende Rolle, und so müssen auch RS – unabhängig davon, ob sie eine Leitungsfunktion innehaben – alle möglichen Aspekte der PatientInnenbeurteilung erfüllen und auch versuchen, aktiv am Prozess der PatientInnenversorgung mitzuwirken.

Wenn RS über das notwendige Wissen und die notwendigen Skills für eine alternative Handlung zum Wohle der PatientInnen verfügen, kann es hier mit Sicherheit zu Problemen kommen. Dies wäre etwa der Fall, wenn RS nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, allerdings wider die Lehrmeinung handeln. Was nämlich für die Medizin der Fall ist, gilt auch für den Rettungsdienst – Informationen und Erkenntnisse sind oft widersprüchlich. (vgl. Heyse et al. 2012: 162) Obwohl RS laut SanG „ihre Tätigkeit [...] gewissenhaft auszuüben“ haben, muss „das Wohl der Patienten und der betreuten Personen nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen“ gewahrt bleiben. (vgl. RIS, 2020a) Eine gerade erst veröffentlichte medizinische Studie könnte in Kürze schon widerlegt sein. Was wäre demnach die richtige Versorgung für PatientInnen? Lehrmeinungen bildet meist eine solide Basis für die jeweiligen Anforderungen von RS ab und können auch zu einem gewissen Maß Rechtssicherheit bieten, weshalb diese auch die im SanG geforderten *fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen* beinhalten, auch wenn diese schon mehrere Jahre alt sein können. Eine Orientierung an der jeweiligen Lehrmeinung der HiOrgs für RS ist also sicherlich rechtskonform. Ob dies allerdings dann eine kompetente – denn hier gilt das Selbstorganisationsprinzip – oder eine rein fremdgesteuerte Versorgung von PatientInnen ist, könnte in weiterer Folge diskutiert werden.

Unabhängig von den Befugnissen oder der Lehrmeinung sollten RS bei Notwendigkeit die individuellen Beobachtungen und Beurteilungen, wenn dies im Sinne einer kompetenten PatientInnenversorgung ist, NKI oder NA mitteilen. Hierbei greifen wiederum Prinzipien von CRM.

Beurteilungsvermögen kann aber wie die bereits zuvor beschriebenen Schlüsselkompetenzen auch selbstorganisiert entwickelt werden. Dazu ist es notwendig, mehrere Schritte zu befolgen. Zuerst müssen die jeweiligen Probleme skizziert und in Form einer Problemanalyse tabellarisch dargestellt werden. Laufende Nummern, Verlauf und Tendenz, Bedeutung, Zeit und Priorität können dabei helfen, diese Probleme zu ordnen. Im

zweiten Schritt sollte eine systematische Analyse der Besonderheiten der jeweiligen skizzierten Probleme vorgenommen werden. Hier können der IST-Zustand oder der IST-Nicht- oder auch SOLL-Zustand beschrieben werden. Als letzter Schritt erfolgt eine systematische Analyse der Ursachen dieser Probleme. Hierbei kann die Ermittlung der Ursachen, die Bewertung der Ursachen und Beweise für diese Ursachen hilfreich sein. Gleichzeitig sollten auch Maßnahmen angedacht werden, welche zur Problemlösung dienen können. Schlussendlich sollte es zur Umsetzung dieser Maßnahmen und zur Kontrolle der Ergebnisse nach einem vordefinierten Zeithorizont kommen. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 489ff.)

8.2.2 Empfehlungen - Erweiterter Kompetenzatlas RS

8.2.2.1 Allgemein

Während die Ergebnisse der explorativen ExpertInnenbewertungen für RS-Schlüsselkompetenzen desaströs ausfielen, entsprach ein Großteil der Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS den geforderten Ausprägungen. Von 17 geforderten Kompetenzen waren lediglich zwei zu gering ausgeprägt. Bei *Eigenverantwortung* muss die Ursache ganz klar in den rechtlichen Befugnissen von RS und dem undifferenzierten Einsatz von SanitäterInnen im Ö-RD verortet werden, welcher in Kapitel 10.1.2 beschrieben wurde. Dieser Umstand bedeutet allerdings auch, dass der mögliche Rahmen von Handlungen im Bereich der *Eigenverantwortung* unter RS deutlich eingeschränkt ist. Im Bereich der Teilkompetenz *Folgebewusstsein* liegen deutliche Parallelen zu Schwächen bei RS-Schlüsselkompetenzen vor, weswegen es auch wenig verwunderlich ist, dass diese Kompetenz ebenfalls geringe Ausprägung aufweist.

8.2.2.2 Eigenverantwortung (P)

Eigenverantwortlich agierende RS nutzen den eigenen Handlungsspielraum und den Bereich des persönlichen Verantwortungsbewusstseins für PatientInnen aus. Dies zeigt deutlich, dass *Eigenverantwortung* auch zu einem nicht unbedeutenden Teil eine moralische Komponente mit enger Verbundenheit zum eigenen Wertesystem aufweist. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 18f.) Dies ist allerdings nur eine Seite der Medaille, da sich die Befugnisse speziell für RS in einem engen Rahmen bewegen. Während im Bereich von Krankentransporten noch mehr Spielraum für eigenverantwortliches Handeln existiert als in

der Notfallrettung, muss auch hier erkannt werden, dass dieser Spielraum auch dort durch rechtliche Rahmenbedingungen relativ gering ist. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass der Einsatz von RS in der Notfallrettung sehr kontrovers bzw. nicht vorgesehen ist – wie in den Kapiteln 3.5 und 10.1.2 beschrieben wird. Dieser geringe Rahmen an möglichen (eigenständigen und eigenverantwortlichen) Handlungen von RS wirft dadurch natürlich auch die Frage auf, ob bei RS überhaupt von Kompetenzen im Sinne der KOAP gesprochen werden kann. Bezieht man allerdings für beispielsweise *Eigenverantwortung* jenen Bereich der Werteorientierung ein, in welchem RS durch einen wertschätzenden, bemühten und offenen Umgang mit PatientInnen ein angenehmes Klima schaffen, muss diese Frage definitiv mit „Ja“ beantwortet werden.

Daraus kann schlussgefolgert werden, dass die Möglichkeiten, *Eigenverantwortung* selbstorganisiert weiterzuentwickeln, zwar rechtlich begrenzt sind, aber großes Potential vorhanden ist, sich auf PatientInnen einlassen zu können. Dies ist allerdings überwiegend im werteorientierten Teil von *Eigenverantwortung* möglich. Weiterentwicklung kann etwa in Form von Eigenständigkeit erreicht werden, durch welche die Versorgung oder der Transport von PatientInnen zum Wohle aller möglichst flexibel und ergebnisorientiert ablaufen kann. Diese Möglichkeit wird in der KTP-Praxis leider oft übersehen oder mit Killerphrasen wie: „Ich kann ja eh nichts für PatientInnen tun, außer sie von A nach B zu bringen“ verleumdet. Dies ist definitiv falsch. Speziell im Umgang mit PatientInnen kann durch die Reflexion und Weiterentwicklung von *Eigenverantwortung* ein wertvoller Beitrag für die Qualität von Krankentransporten geleistet werden. Dies wird auch durch ein Zitat von Laotse unterstrichen: „Verantwortlich ist man nicht nur für das, was man tut, sondern auch für das, was man nicht tut.“

Im Bereich von fremdorganisierten Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von *Eigenverantwortung* können Kooperatives Lernen oder die Übernahme von Verantwortung bei Teamtrainings wie etwa CRM als mögliche Hilfe genannt werden. Auch im Bereich von Selbstorganisation besteht Potential, diese Kompetenz zu entwickeln. Zuallererst müssen RS dazu bereit sein, sich wenig angenehmen Auseinandersetzungen mit sich selbst und anderen AkteurInnen im RD auszusetzen, da nicht nur Selbstreflexion, sondern auch Rückmeldungen von Dritten wertvoll für die Entwicklung von *Eigenverantwortung* sein können. Im Rahmen der Selbstreflexion sollen auch Themen wie eigene Erwartungen und Wünsche, wie die Anerkennung von Leistungen, sowie die Möglichkeit zu eigenen Gestaltungsräumen, thematisiert werden. Die als relevant eingestuften Themen sollen

danach verschriftlicht und auch Maßnahmen zur Übernahme von mehr Verantwortung bestimmt werden. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 19ff.)

8.2.2.3 Folgebewusstsein (F – F/S)

Im Ö-RD sind die Anforderungen an das *Folgebewusstsein* von RS in stetigem Wachstum. Dies ist mitunter auf die Notwendigkeit einer immer umfassenderen Problemsicht zurückzuführen, welche ein breites Portfolio an unterschiedlichen Kompetenzen erfordert. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 440) Durch in der rettungsdienstlichen Praxis häufig auftretende Fahrlässigkeit, welche durch hohen Druck, Stress und Überforderung ausgelöst wird, häufen sich auch im Ö-RD (PatientInnen-)Schäden. Dies kann durch mediale Berichterstattungen über falsche Todesfeststellung oder Stürze von (Rettungs-)Tragen mit Todesfolgen belegt werden. (vgl. Die Presse, 2018; Die Presse, 2015; Wiener Zeitung, 2010) Solche Ergebnisse sind einerseits katastrophal für PatientInnen, aber auch für die Reputation des gesamten Ö-RD.

Die Entwicklung von fachlichen- und methodischen Kompetenzen dient als Grundlage, überhaupt einen Überblick zu den Anforderungen und Tätigkeiten von RS zu bekommen. (vgl. Heyse et al. 2012: 176) Eine Möglichkeit diesen Überblick zu gewährleisten ist die Absolvierung des Berufsmoduls. Eine reflektierte Auseinandersetzung mit den dabei gelernten Inhalten kann dabei helfen rechtliche Folgen von Fahrlässigkeit, oder auch die Konsequenzen des Setzens oder Unterlassens von Maßnahmen, abzuschätzen.

Im Bereich von Selbstorganisation bietet hier vor allem Selbstreflexion viele Möglichkeiten, sich der eigenen Rolle und Verantwortung bewusst zu werden. Eine aktive Wirkungsverlaufsanalyse könnte hier als Hilfe für diesen Prozess dienen. Wirkungsbeziehungen können in einem Netzwerk dargestellt und einer Feinanalyse unterzogen werden, wobei personelle, zeitliche, gesellschaftliche, rechtliche, organisatorische Belange berücksichtigt werden können. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 442ff.) Hier können Parallelen zum ganzheitlichen Denken gefunden werden. Diese Teilkompetenz wurden bei den ExpertInnenbewertungen als stärker ausgeprägt interpretiert als Folgebewusstsein. Dies deutet darauf hin, dass diese Grundlage für eine Entwicklung zumindest schon gegeben ist. Kompetenzen wie etwa Fachwissen müssen hingegen noch stark weiterentwickelt werden. Diese Umstände sollen in den persönlichen Plan zur

Entwicklung von *Folgebewusstsein* ebenso einfließen wie die Kontrolle der Resultate und der Umsetzung des definierten Zeitrahmens.

8.2.3 Empfehlungen - Schlüsselkompetenzen NKI

8.2.3.1 Allgemein

Obwohl ein Großteil der Schlüsselkompetenzen von NKI sehr ausgeprägt ist, gibt es weiterhin Bedarf, die bestehenden Kompetenzen weiterzuentwickeln und immer am neuesten Stand im Sinne der PatientInnenversorgung zu bleiben. Neben der Weiterentwicklung der bestehenden Kompetenzen ist es natürlich auch notwendig, Trainingsprogramme zu einem Erhalt der Kompetenzen und zu weiterer Praxiserfahrung zu implementieren. Die guten Ergebnisse der Umfrage dürfen nicht dazu verleiten, den Status-Quo von NKI überzubewerten. Es gilt, die Zahl der NotfallsanitäterInnen (NKI) zu erhöhen und möglichst vielen NotfallpatientInnen eine kompetente Versorgung zu gewährleisten.

8.2.3.2 Delegieren

Für NKI, welche oft als Teamlieder oder als Teil eines hochqualifizierten Teams tätig werden, bedeutet *Delegieren* mehr, als nur Aufgaben zu verteilen. Dies muss nach Maßgabe der jeweiligen Befugnisse, aber auch nach Fähigkeiten der Kollegen oder anderen am Einsatz beteiligten Personen erfolgen. Dies geschieht in Form einer Übertragung der persönlichen Verantwortung auf andere AkteurInnen, um das gemeinsame Ziel – eine kompetente PatientInnenversorgung – zu erreichen. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 2009²: 119; Heyse et al. 2012: 166f.) Die Bedeutung von *Delegieren* für NKI kann in ausführlicher Form – mit Beispielen untermauert – im KOAP für NKI gefunden werden.

Es gibt mehrere mögliche Maßnahmen, die zu einer Entwicklung der Schlüsselkompetenz Delegieren führen können. Eine Möglichkeit wäre etwa die generelle Einführung von Weiterbildungen wie CRM und anderen Teamtrainingsformaten für NKI. 2018 startete etwa das Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes mit CRM-Kursen. (vgl. WRK, 2018) Die Notwendigkeit von CRM-Kursen wurde unter anderem 2019 auf den Tiroler Rettungsdienst-Tagen von Armin Laiminger diskutiert. (vgl. AELRD Tirol, 2019c) Auch das Land Tirol bekannte sich dazu, dass durch Teamtraining notwendige Soft Skills trainiert werden können, zu denen unter anderem „Leadership“ zählt. (vgl. Amt der Tiroler Landesregierung, 2019) Schranz (2018) kritisierte allerdings, dass diesen Arten von Teamtrainings, welche auch die

Vermeidung von Human Factors – also durch Menschen verursachte Fehler – trainieren, gegenwärtig nur wenig Beachtung geschenkt wird. (vgl. 2018: 59) In Neumayr et al. (2016) können allerdings unterschiedliche Beispiele der Methoden für die RD-Praxis gefunden werden, um eben diese und auch andere Risikofaktoren zu minimieren.

Zusätzlich sollten NKI auch an standardisierten Kursen – wie etwa ERC ALS, ATLS, EPC, AMLS, PHTLS – oder ähnlichen Formaten, in denen auch die unterschiedlichen Rollen getauscht werden, teilnehmen.

Diese werden unter anderem vom Bundesverband Rettungsdienst in Österreich (vgl. BVRD, 2019) oder auch durch den Österreichischen Rat für Wiederbelebung abgehalten. (vgl. ARC, 2019)

Wichtig ist es hier nicht unbedingt, eine Zertifizierung zu erhalten, für welche natürlich auch gezahlt werden muss, sondern eine angeleitete, reflektierte Kompetenzentwicklung zu betreiben. Bei der Teilnahme an solchen Kursformaten ist es essenziell, die Schlüsselkompetenz *Delegieren* weiterzuentwickeln, was auf Grund der Erfahrungen der bestehenden Kursformate sicherlich leichter erfolgen kann als durch eigens neu kreierte Trainings von HiOrgs.

Des Weiteren kann auch eine Weiterbildung als Führungskraft in den jeweiligen HiOrgs helfen. Diese Leadership-Programme sind jeweils sehr unterschiedlich aufgebaut, liefern aber grundsätzlich Basics, wie man als Führungskraft auftritt und delegiert. Dies kommt in den Ausbildungsmodulen des Ö-RD bis hin zum NKI oft sehr kurz.

Delegieren kann auch selbstorganisiert erfolgen, setzt allerdings Kenntnis darüber voraus, welches Maß an Verantwortung Dritte übernehmen können oder dürfen. Mit Hilfe des Delegierens bleibt mehr Zeit für eigene Aufgaben. Ein häufiges Problem von NKI ist, dass sie das Delegieren nie richtig gelernt haben. (vgl. Heyse & Erpenbeck, 20092: 119)

NKI müssen zuerst die persönliche Meinung zur Teilkompetenz *Delegieren* reflektieren und sich über die Vorteile für sich selbst und für andere klar werden. Ebenso müssen Hemmnisse für das Delegieren von Tätigkeiten und Maßnahmen thematisiert werden. Im Anschluss sollen dann persönliche Maßnahmen beschlossen werden, welche nach einer gewissen Zeitspanne evaluiert und kontrolliert werden. (vgl. ebd.: 120ff.)

8.2.4 Empfehlungen - Erweiterter Kompetenzatlas NKI

8.2.4.1 Allgemein

Obwohl auf Grund der ExpertInnenbewertungen davon ausgegangen werden kann, dass die notwendigen Kompetenzen für eine PatientInnenversorgung durch NKI ausgeprägt sind, gibt es weiterhin Entwicklungspotential für die jeweiligen Kompetenzen. Eine Vielzahl von dafür geeigneten Trainingsmöglichkeiten und Methoden kann in den Kapiteln 8.1.2 und 8.2 gefunden werden. Zusätzlich muss auch noch dafür gesorgt werden, dass sich Kompetenzen nicht nur weiterentwickeln können, sondern dass diese auch in der Praxis angewendet werden können und dürfen. Beruft man sich etwa auf die bereits beschriebene Kompetenzdefinition von Erpenbeck und von Rosenstiel (2007²), so werden Kompetenzen als selbstorganisiertes Handeln manifest.

Dies bedeutet natürlich, dass NKI einen Handlungsrahmen haben müssen, welcher ein gewisses Maß an *Selbstorganisation* zulässt. Beruft man sich auf das SanG (vgl. RIS, 2020a), so wird klar, dass etwa Arzneimittellisten von ChefärztInnen freigegeben werden müssen. HiOrgs, bei denen NKI tätig sind, bestimmen auch darüber, welche Tätigkeiten von NKI durchgeführt werden und welche Entscheidungen – etwa die Auswahl einer geeigneten Krankenanstalt – von SanitäterInnen getroffen werden dürfen. Laut Koppensteiner (2014: 16) wäre es sogar möglich, laut §13 des SanG weitere Notfallkompetenzen für NFS festzulegen und so das Tätigkeitsspektrum von SanitäterInnen auszuweiten. Dies würde natürlich die Freigabe von weiteren Tätigkeiten und eine Kompetenzentwicklung von SanitäterInnen positiv beeinflussen.

NKI sollten befähigt werden, möglichst eigenständige Entscheidungen im Sinne der NotfallpatientInnen treffen zu dürfen. Ob komplett standardisierte, durch etliche Handlungsrahmen begrenzte Tätigkeiten als selbstorganisiert interpretiert werden können, darf bezweifelt werden. Es darf also bei einer großen Einschränkung der Selbstorganisation von NKI die Frage gestellt werden, ob es sich dabei dann überhaupt um Kompetenzen handelt oder um reines Abarbeiten von Vorgaben. Es muss also empfohlen werden, die Möglichkeiten für NKI, selbstständig Entscheidungen zu treffen, auszuweiten, um die schon vorhandenen Kompetenzen weiterentwickeln zu können. Ein Gesetzesantrag des Bundesrates wurde schon 2017 gestellt, wonach NFS mit Notfallkompetenzen nicht zwingend NA anfordern müssten (vgl. RIS, 2020a - SanG §4,9), sondern diesen lediglich bei Bedarf verständigen (vgl. RIS, 2020a - SanG §11,12). Dies würde es Ihnen ermöglichen,

autark zu handeln und in Notfallsituationen, die über den jeweiligen Handlungsrahmen hinausgehen, NA nachzufordern. (vgl. Bundesrat, 2019) Die Unklarheit des betreffenden Gesetzestextes wurde in den vergangenen Jahren schon mehrfach kritisiert, und Vorschläge zur Änderung des Wortlautes wurden publiziert. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 107; Hellwagner, 2015: 54) Hellwagner (2015a) stellt die medizinischen Interventionen von NKI und NA gegenüber und listet Narkoseeinleitung und Notfallchirurgie vor Ort als Indikationen auf, bei denen NA zu Einsätzen angefordert werden sollen. (vgl. 2015a: 56)

Um das Potential, welches das SanG bietet, ausschöpfen zu können, müssten zumindest SanitäterInnen mit der Maximalausbildung NKI flächendeckend eingesetzt werden. Den Umstand, dass dies in weiten Teilen Österreichs nicht der Fall ist, wird unter anderem von Feichtelbauer kritisiert. (vgl. Koppensteiner, 2015: 61) Faktisch ist die Ausbildung von NKI in Österreich beinahe gestoppt, und ausgebildete NKI werden oft auch nicht rezertifiziert. Zusätzlich sollte auch der Mangel an NFS mit allgemeiner Notfallkompetenz auf Rettungswagen in Österreich angesprochen werden. Es wäre also notwendig, organisatorisch tätig zu werden, um Lokationen von Notarztmitteln planen zu können und die Indikationen für die Disponierung jener Einsatzfahrzeuge weiterzuentwickeln. (vgl. Koppensteiner, 2014: 17) NKV bzw. NKI könnten somit NotfallpatientInnen kompetent versorgen und bei Bedarf auf Rettungsmittel mit NA zurückgreifen.

Eine Idee zur Ausweitung der Befugnisse und Reduktion der NA-Einsätze wäre eine Einführung einer Regelkompetenz, welche auch in den Kapiteln 8.2.4 und 3.5.7 diskutiert wird. Regelkompetenz bedeutet unter anderem, dass nicht bei jeder invasiven Versorgung – beispielsweise mit einem Venenzugang – NA verständigt werden müssen. (vgl. PRO Rettungsdienst Österreich, 2019) Der Begriff Regelkompetenz darf aber nicht mit der Definition von Kompetenz, welche in dieser Arbeit angewendet wird, verwechselt werden. Es handelt sich bei dieser Form von Kompetenz um den möglichen Handlungsrahmen bzw. um Befugnisse.

Die Diskussion um Notkompetenzen und Regelkompetenzen wurde auch viele Jahre vor Einführung der NotfallsanitäterInnen-Ausbildung in Deutschland geführt und ist bis jetzt noch nicht gänzlich klar geregelt. Anfang 2019 signalisierte das Deutsche Bundesministerium für Gesundheit (BMG) etwa, dass über eine Änderung der Befugnisse für NotfallsanitäterInnen nachgedacht werde. (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2019) Im Juli 2019 wurde schlussendlich seitens des Ministerrats eine Bundesratsinitiative zur Änderung beschlossen. Von der

folgenden Gesetzesänderung sollten NotfallsanitäterInnen Rechtsklarheit und PatientInnen bessere Hilfe vor Ort bekommen. (vgl. STMI Bayern, 2019) In Bayern war es aber auch davor schon gängige Praxis, dass in bestimmten Situationen und nach vorgegeben SOP Opiate an PatientInnen ohne der Anforderung von NA verabreicht wurden. (vgl. AELRD Bayern, 2018) Man kann also von einer Regelkompetenz von Bayerischen NotfallsanitäterInnen sprechen.

Betrachtet man aber die Zahlen in Bayern, wo 2015 34 Notarzt ereignisse pro 1000 EinwohnerInnen zu verzeichnen waren, ist diese Zahl in Österreich viel geringer. (vgl. STMI Bayern, 2016: 74) Der Durchschnitt lag hierbei bei 22,71 Notarzteinsätzen pro 1000 Einwohner. (vgl. Prause et al. 2017: 504) Auf Grund der ähnlichen Bevölkerungsstrukturen und geographischer Gegebenheiten kann davon ausgegangen werden, dass die Arten und Anzahlen der Erkrankungen und Notfälle ähnlich sein dürften. Eine Schlussfolgerung wäre es hier, dass SanitäterInnen in Österreich – obwohl sie geringer ausgebildet sind als SanitäterInnen in Bayern – öfter Einsätze ohne NA abwickeln. Die Frage nach einer Regelkompetenz für SanitäterInnen in Österreich darf also in den Raum gestellt werden.

Welche Maßnahmen und Medikamente für SanitäterInnen in Österreich freigegeben werden können und sollten, ist aber Gegenstand anderer Diskussionen – eine Regelkompetenz sollte aber jedenfalls angedacht werden. Lediglich eine Medikamentenliste 1 für NFS ohne die Möglichkeit einer Infusionstherapie oder eines weiterführenden Atemwegsmanagement ist aber nicht zielführend.

8.2.4.2 *Mobilität / Flexibilität*

Ein Thema, das in vielen Diskussionen im Ö-RD auftaucht, wenn es um Maßnahmen geht, die NKI durchführen dürfen und beherrschen sollen, ist Flexibilität – ein Synonym für *Mobilität*. Der in dieser Arbeit verwendete Begriff grenzt sich gezielt von *Mobilität* im Sinne von Beweglichkeit bei Orts- bzw. Arbeitsplatzwechsel ab, auch wenn Notfallorte sehr unterschiedliche Lokationen sein können. Obwohl *Mobilität* laut ExpertInnenmeinung im ausreichenden Maße bei NKI ausgeprägt zu sein scheint, sollen hier Möglichkeiten besprochen werden, um diese Kompetenzen weiterentwickeln zu können.

Um möglichst flexibel zu sein, sollten SanitäterInnen auf ein möglichst breites Spektrum von Maßnahmen und Befugnissen zurückgreifen. Eine Möglichkeit, welche NKI mehr Spielraum bei der Versorgung geben würde – vor allem wenn die rechtlichen Mittel ausgeschöpft sind – wäre etwa Telemedizin. Dieses Thema wurde bereits vielfach diskutiert. Halmich,

Hellwagner und Schaffler-Schaden beleuchteten bereits die rechtlichen Möglichkeiten von Telemedizin. (vgl. Halmich et al: 2017) Dabei wurde darauf verwiesen, dass mitunter TelenotärztInnen für gesetzte Maßnahmen haftbar wären, auch wenn NA vor Ort sind. Das bedeutet gleichzeitig, dass sich Telemedizin erst für ÄrztInnen etablieren muss, bevor sich dies überhaupt für SanitäterInnen, die Hilfe von TelenotärztInnen erhalten, entwickeln kann. 2018 sprach die Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin (AGN) in Graz die Empfehlung aus, an Telemedizin und Digitalisierung zu arbeiten. (vgl. ORF Steiermark, 2018b) Im Ö-RD sind Projekte mit Telemetrie – wie etwa die Übertragung von EKGs durch NA an die Kardiologische Abteilung des Klinikums Wels-Grieskirchen in Oberösterreich – eher noch eine Seltenheit. (vgl. Nowak, 2018)

Es gibt aber auch schon Projekte, bei denen etwa medizinische Daten von PatientInnen direkt an die Klinik übertragen werden, ohne dass der Rettungsdienst direkt involviert ist. HerzMobil Steiermark oder HerzMobil Tirol sind etwa zwei Beispiele, bei denen PatientInnen mit Herzschwäche zu Hause überwacht werden. (vgl. Mauritz & Magione, 2019) Diese Überwachungen zu Hause können natürlich nicht nur EKG umfassen, sondern werden auch etwa zur Überwachung von Wunden – wie etwa in Kärnten durch HealthNet – verwendet. (vgl. Grabner & Rauber, 2019) Diese Daten können natürlich auch gut mit dem Rettungsdienst im Sinne von Alarmierungen und Behandlungsstrategien kombiniert werden. Es wäre sicherlich denkbar, SanitäterInnen vor Ort Behandlungen durchführen zu lassen, die auf den gesicherten Daten aus der Klinik basieren. Der Handlungsrahmen für SanitäterInnen müsste dann aber natürlich adaptiert werden, und auch der rechtliche Rahmen darf hier – wie bereits besprochen – nicht außer Acht gelassen werden.

Diese Methode ist in Deutschland bereits oft gelebte Praxis, wird aber vor allem durch das 2013 neu eingeführte Berufsbild der NFS, welche eine dreijährige Ausbildung absolvieren müssen, erleichtert. Maßnahmen können so gezielt übertragen und vor Ort durchgeführt werden. Zusätzlich könne auch in vielen Fällen von NFS und TelenotärztInnen gemeinsam entschieden werden, ob eine Hospitalisierung überhaupt notwendig ist, wodurch unnötige Transporte verhindert werden können und auch für Krankenhäuser Ressourcen geschont werden. (vgl. Gießener Allgemeine, 2018)

Grundsätzlich gilt aber, dass Kompetenzen – also das selbstorganisierte Handeln – von NKI durch derartige Telemedizin nicht stark weiterentwickelt werden, die Möglichkeiten, die sich aber dadurch für PatientInnen auftun, sind allerdings gewaltig. Eine kompetente

PatientInnenversorgung vor Ort würde dadurch mit Sicherheit erleichtert werden, da man bei schwierigen Entscheidungen auf die Expertise von ÄrztInnen zurück greifen könnte. Die Behandlungsmöglichkeiten für NKI wären dadurch sicherlich umfangreicher, als im Fall, dass NKI alle Handlungen vor Ort selbst entscheiden dürfen.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass viele SanitäterInnen nicht über genügend Praxis verfügen und so nicht die Möglichkeit haben, flexibel zu agieren. Hierzu wäre es notwendig, dass SanitäterInnen mit Notfallkompetenz auch entsprechend ihren Aufgaben und Anforderungen, eingesetzt werden. Dementsprechend würde auch durch die dadurch gemachten Erfahrungen die Möglichkeit geschaffen werden, flexibler zu agieren. Laut einer Befragung des Bundesverbandes für RD wünschen sich viele SanitäterInnen mehr Möglichkeit zur Ausbildung von Notfallkompetenz und den Zugang dazu. Diese sollten aber etwa an eine Mindestzahl an Diensten geknüpft sein. (vgl. BVRD, 2018c)

Mittlerweile gibt es schon mehrere Projekte, bei denen SanitäterInnen NA entlasten sollen, indem sie ohne NA Begleitung zu NotfallpatientInnen ausrücken, zu denen früher auch NA entsendet wurden. (vgl. Egger, 2018; SK Verlag, 2018c) Gleichzeitig gibt es aber auch Bedenken, dass ein derartiges System die Qualität der notärztlichen Versorgung negativ beeinflussen könnte. (vgl. Vorarlberg ORF, 2019b) Der Umstand, dass NA immer schwerer zu finden und Notarztstützpunkte immer schwerer zu besetzen sind, wurde schon an anderer Stelle dieser Arbeit beschrieben.

Oft sieht die Situation von NFS mit Notfallkompetenz aber auch ganz anders aus, da sie nicht für ihre Aufgaben im Zuge der Notfallrettung eingesetzt werden. Vielmehr werden in vielen Fällen SanitäterInnen auch als Assistenten von NA „missbraucht“, ohne die eigenen Leistungsmöglichkeiten auszuschöpfen. (vgl. APA, 2019b; Koppensteiner, 2015: 15) In manchen Fällen kann es auch vorkommen, dass NFS mit Krankentransporten beschäftigt sind, während RS zu Notfällen – oft sogar ohne notärztliche Begleitung – ausrücken und NotfallpatientInnen eigenständig versorgen müssen. Im Sinne einer kompetenten Versorgung von NotfallpatientInnen müssten also nur noch NFS bis NKI in der Notfallrettung eingesetzt werden. Damit wäre die notwendige Praxis für diese SanitäterInnen gesichert und sie könnten mit Hilfe der gesammelten Erfahrungen flexibler agieren. RS würden dann ihrer eigentlichen Aufgabe, dem KTP, nachkommen können.

Zusätzlich könnten auch Praktika in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens dazu beitragen, durch mehr interdisziplinäre Erfahrung ein größeres

Spektrum der Versorgung von PatientInnen kennen zu lernen. Eine interessante Möglichkeit dies zu realisieren wäre mehr Zeit in solchen Einrichtungen zu absolvieren, als dies im SanG erforderlich ist. SanitäterInnen könnten in Intensivstationen oder auch bei AllgemeinmedizinerInnen die Ausbildung ergänzende Praxiserfahrung sammeln, wie es etwa MedizinstudentInnen am RTW machen können. (vgl. IGNI, 2019) Ein Teil dieser Stunden könnten dann als Fortbildungsstunden angerechnet werden. Natürlich wäre dies nur ein Tropfen auf den heißen Stein und die freiwillige Absolvierung von Praktika nicht für die Masse von SanitäterInnen geeignet. In der derzeitigen Situation wäre dies aber sicherlich denkbar, um eine Kompetenzentwicklung zu forcieren.

9 Kompetenzorientierte Anforderungsprofile im Österreichischen Rettungsdienst

Der Ö-RD und dessen MitarbeiterInnen werden vermehrt mit einer wachsenden Anzahl an Herausforderungen im Rettungsdienstalltag konfrontiert. Die hohen Ansprüche, welche in diesem Zuge an das Sanitätspersonal gestellt werden, blieben bisher weitgehend undefiniert und unreflektiert. Grundsätzlich gibt es zwar Lehrbücher sowie einzelne Initiativen, welche sich mit Teilaspekten dieses Bereiches auseinandersetzen; eine möglichst umfassende Bearbeitung und Beschreibung der Anforderungen an SanitäterInnen suchte man bislang allerdings vergebens. Um diese Tatsache zu ändern und die Anforderungen an SanitäterInnen kompetenzorientiert zu beschreiben, wurden fünf wissenschaftlich begleitete Forschungsworkshops durchgeführt.

Der erste Schritt, um die Anforderungen an österreichische SanitäterInnen beschreiben zu können, war die Entwicklung folgender Forschungsfragen:

- *Was müssen RettungssanitäterInnen im Österreichischen Rettungsdienst können, um PatientInnen kompetent versorgen zu können?*
- *Was müssen NotfallsanitäterInnen (NKI) im Österreichischen Rettungsdienst können, um PatientInnen kompetent versorgen zu können?*

Es galt nun also diese Fragen zu beantworten und eine möglichst umfangreiche Darstellung der Anforderungen zu gewährleisten.

Eine praktikable, in der Pädagogik heutzutage gängige Praxis solche Kompetenzen und Anforderungen von Berufs- oder Personengruppen darzustellen, sind Kompetenzprofile. Aus diesem Grund wurden zwei KOAP auf Basis des Kompetenzatlas von Heyse und Erpenbeck (2007) für den ÖRD erstellt.

Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die beiden KOAP für RS und NKI den vier Kategorien der Grundkompetenzen zugeordnet. Personale Kompetenzen (P) umfassen „Reflexionen, Einstellungen, Wertvorstellungen und Motive in Bezug auf selbst durchgeführte Handlungen im Zuge des Rettungsdienstes“. Aktivitäts- und Handlungskompetenzen (A) beinhalten „die Planung, Initiierungen und Durchführung von selbstorganisierten Handlungen“ durch SanitäterInnen in Teams oder gemeinsam mit anderen am Rettungsdienst beteiligten AkteurInnen. Sozial-kommunikative Kompetenzen (S) betreffen „eine optimierte Kommunikation und Kooperation unter HelferInnen, um eine bestmögliche Versorgung von PatientInnen zu gewährleisten.“ Fach- und Methodenkompetenzen (F) beschreiben „die Methoden und das Wissen um rettungsdienstliche Aufgaben bewältigen zu können“. (Schober, i.D.³)

Die beiden KOAP sollen als Grundlage dafür dienen, beschreiben zu können, was PatientInnen benötigen, um im Bedarfsfall durch RS bzw. NKI eine adäquate, effiziente und kompetente Versorgung zu erhalten. Sie können sowohl zur kritischen Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzsituation von SanitäterInnen verwendet werden, als auch als Grundlage für Personalauswahl, Fort-, Weiter- und Ausbildung und Personalentwicklung dienen. Zusätzlich können sie in Bereichen wie Supervision und Qualitätsmanagement eingesetzt werden. (vgl. ebd.) Um möglichst alle Anforderungen an das Rettungsdienstpersonal in Österreich darzustellen, wurde die Körperliche Eignung sowie der Umgang mit speziellen psychischen und sozialen Problemstellungen thematisiert. Dies ist aber nicht Teil der KOAP und dient nur der Vollständigkeit, ebenso wie das bei den fünf Forschungsworkshops erstellte „Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich“.

Im Zuge von fünf Forschungsworkshops wurden Übersetzungen bzw. Formulierungen des jeweiligen Kompetenzbegriffes für diese beiden Profile erarbeitet. Dabei kam es zu etlichen Überschneidungen bei den Formulierungen für RS und NKI. Diverse Beschreibungen und Beispiele sind daher ident. Wie vorab schon ausführlich beschrieben, sind viele geforderte Kompetenzen von RS und NKI deckungsgleich. Kausal ist hier einerseits, dass diverse

Tätigkeiten im Rettungsdienst, unabhängig davon, ob es sich um Krankentransport oder Notfallrettung handelt, gleichen und auch denselben Umgang mit den PatientInnen erfordern.

Exemplarisch kann hier die Glaubwürdigkeit genannt werden. Unabhängig davon, ob es sich bei den beförderten PatientInnen um einen Krankentransport von zu Hause zum Hautarzt handelt oder um einen Kollaps bei einem weiblichen Teenager – die jeweiligen SanitäterInnen - RS oder NKI - müssen ehrlich und authentisch gegenüber den PatientInnen auftreten und zu ihren Entscheidungen stehen.

Der RS könnte die Patientin/den Patienten bitten, einige wenige Schritte selbst zu gehen, sofern keine Bedürftigkeit besteht, im Tragstuhl bis in die Arztpraxis transportiert zu werden, obwohl die Patientin/der Patient von anderen RS-KollegInnen oft mit dem Rollstuhl in die Praxis gefahren wird. Auf Nachfrage der Patientin/des Patienten, warum sie/er selbst gehen muss, wäre eine glaubwürdige Antwort, dass die Sanitäterin/der Sanitäter versucht, die selbstständige Mobilität der Patientin/des Patienten zu fördern und die Eigenständigkeit zu bewahren. Faulheit wäre hier wohl weniger ein Grund, da es auf ebenen Flächen keinen großen Aufwand darstellt, einen Rollstuhl zu schieben. Es ist für manche MitarbeiterInnen hingegen sogar leichter, etwa einen Rollstuhl zubewegen, da die Beförderung schneller abgewickelt werden kann, als PatientInnen selbst gehen zu lassen. Grund hierfür ist, dass geriatrische PatientInnen eher dazu neigen, sich mit einer langsamen Geschwindigkeit fortzubewegen. Für dieses Beispiel ist es also essenziell, dem Patienten klarzumachen, warum er diesmal selbst gehen sollte. Die SanitäterInnen bleiben somit glaubhaft gegenüber der Patientin/dem Patienten.

In Bezug auf die Tätigkeiten eines NKI finden sich im Rettungsdienst-Alltag unzählige Beispiele, die dem eben erwähnten Beispiel des RS ähneln. Folgend wird der Kollaps eines Mädchens beschrieben.

Während eines Aufenthalts in einem Freizeitpark kollabiert ein 15-jähriges Mädchen. Bei Anamnese-Erhebung wird sofort klar, dass es sich um eine junge Patientin handelt, die dazu neigt, zu wenig zu trinken und zu essen - auch an warmen Tagen. Die Patientin brach in den letzten Wochen mehrmals zusammen und suchte auch schon einen Arzt auf. Die Eltern, welche den Rettungsdienst verständigten, zeigten sich agitiert, da sie zwar von diesen Vorfällen wussten, aber nie persönlich dabei waren. Vor wenigen Tagen fanden auch diverse Untersuchungen statt, wobei keine pathologischen Befunde festgestellt wurden. Der anwesende NKI überlässt die junge Patientin vor Ort in die Obhut der Eltern und empfiehlt

ihnen, sie nach Hause zu bringen und ihr etwas zu essen und zu trinken zu geben. Weitere Behandlungen wie etwa eine oftmals erforderliche Lagerung mit erhöhten Beinen wird nicht durchgeführt, da die junge Patientin schon wieder voll bei Bewusstsein und-bis auf eine leichte Form von Vertigo-beschwerdefrei ist. Der NKI drückt seine Meinung verständlich aus und rät den Eltern, mit der Tochter über ihre Ess- und Trinkgewohnheiten zu reden. Der NKI ist hier zu jeder Zeit glaubwürdig und zeigt den Eltern keineswegs durch etwa negative Kommentare, dass hier keinerlei Intervention durch den Rettungsdienst nötig war.

Durch den im Vergleich zum RS umfassenderen Tätigkeitsbereich wurden für die Profile des NKI vier Kompetenzen mehr in den erweiterten Kompetenzatlas für NKI aufgenommen, eine davon ist eine Schlüsselkompetenz.

Die folgenden Grafiken zeigen übersichtlich, welche Kompetenzen im Anforderungsprofil für NKI enthalten sind. In Kapitel 6 können weitreichende Details zur Entscheidungsfindung, welche Kompetenzen in das Profil aufgenommen wurden, gefunden werden. Wie in Kapitel 4 beschrieben, werden diese Anforderungsprofile noch um sogenannte Meta- und Querschnittskompetenzen ergänzt, um möglichst umfassende Anforderungsprofile für RS und NKI darstellen zu können. Auch wenn Metakompetenzen grundlegend notwendig sind, um jegliche berufliche Tätigkeit im erforderlichen Ausmaße durchführen zu können, also kontextunabhängig und nicht RD spezifisch sind, werden Beispiele und die Beschreibungen zur Relevanz für den Rettungsdienst angeführt, um das Verständnis dieser Kompetenzen für RS und NKI leichter zugänglich machen zu können. Querschnittskompetenzen sind hingegen kompetenzübergreifend und beinhalten Elemente anderer, ebenfalls beschriebener Teilkompetenzen der beiden Profile für RS und NKI.

9.1 Kompetenzorientierte Anforderungsprofile für NotfallsanitäterInnen NKI in Österreich

Im kompetenzorientierten Anforderungsprofil für NKI werden 36 Kompetenzen beschrieben, wobei 16 Schlüsselkompetenzen und 20 Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für NKI sind. Diese werden durch 12 Metakompetenzen und 3 Querschnittskompetenzen ergänzt. Insgesamt umfasst das Anforderungsprofil für NKI also 51 Kompetenzen. Eine detaillierte Beschreibung des Prozesses der Entscheidungsfindung, welche Kompetenzen in das Profil aufgenommen wurden, wird in Kapitel 6 angeführt. Die folgenden Grafiken geben einen Überblick darüber, welche Kompetenzen im Profil enthalten sind. Die Beschreibungen folgen im Anschluss. Zuerst werden die Schlüsselkompetenzen von NKI beschrieben, dann der erweiterte Kompetenzatlas für NKI und anschließend die Meta- und Querschnittskompetenzen.

Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NotfallsanitäterIn (NKI) - 51 Kompetenzen

Metakompetenzen	Schlüsselkompetenzen		Erweiterter Kompetenzatlas		Querschnittskompetenzen
Selbsterkenntnis(-vermögen)	Glaubwürdigkeit	P	Normativ-ethische Einstellung	P	Interkulturelle Kompetenz
Selbstdistanz	Eigenverantwortung	P	Einsatzbereitschaft	P	Führungskompetenz
Situations/Kontextidentifikationsfähigkeit	Selbstmanagement	P	Offenheit für Veränderungen	P	Selbstentwicklungskompetenz
Interventions-/Lösungsfähigkeit	Delegieren	P	Hilfsbereitschaft	P	
Lese- und Schreibkompetenz	Lernbereitschaft	P	Disziplin	P	
Fremdsprachliche Kompetenz	Ganzheitliches Denken	P	Mobilität	A	
Mathematische Kompetenz (NAWI, IT, Technik)	Zuverlässigkeit	P	Ausführungsbereitschaft	A	
Digitale Kompetenz	Entscheidungsfähigkeit	A	Initiative	A	
Persönliche- Soziale und Lernkompetenz	Belastbarkeit	A	Ergebnisorientiertes Handeln	A	
Bürgerkompetenz	Teamfähigkeit	S	Zielorientiertes Führen	A	
Unternehmerische Kompetenz	Problemlösungsfähigkeit	S	Konsequenz	A	
Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit	Gewissenhaftigkeit	S	Integrationsfähigkeit	S	
	Analytische Fähigkeiten	F	Kommunikationsfähigkeit	S	
	Beurteilungsvermögen	F	Kooperationsfähigkeit	S	
	Folgebewusstsein	F	Anpassungsfähigkeit	S	
	Fachwissen	F	Pflichtgefühl	S	
			Wissensorientierung	F	
			Sachlichkeit	F	
			Systematisch-methodisches Vorgehen	F	
			Fachübergreifende Kenntnisse	F	

P = Personale Kompetenz

A = Aktivitäts- und Handlungskompetenz

S = Sozial- kommunikative Kompetenz

F = Fach- und Methodenkompetenz

Abbildung 72: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NotfallsanitäterIn NKI

Metakompetenzen - NotfallsanitäterIn NKI								Metakompetenzen	
Selbsterkenntnis- (vermögen)	Selbstdistanz	Situations Kontext- identifikation- fähigkeit	Interventions Lösungs-fähigkeit	Lese- und Schreib- kompetenz	Fremdsprach- liche Kompetenz	Mathematische Kompetenz (NAWI, IT, Technik)	Digitale Kompetenz		
		Persönliche- soziale und Lern- kompetenz	Bürger- kompetenz	Unternehmer- ische Kompetenz	Kulturbewusst- sein und kulturelle Ausdrucks- fähigkeit				
P Personale Kompetenz - NKI				A Aktivitäts- und Handlungskompetenz - NKI				Schlüsselkompetenzen	Erweiterter Kompetenzatlas
Loyalität	Normativ-ethische Einstellung	Einsatz- bereitschaft	Selbst-management	Entscheidungs- fähigkeit	Gestaltungswille	Tatkraft	Mobilität		
Glaubwürdigkeit	Eigenverantwort- ung	Schöpferische Fähigkeit	Offenheit für Veränderung	Innovations- freudigkeit	Belastbarkeit	Ausführungs- bereitschaft	Initiative		
Humor	Hilfsbereitschaft	Lernbereitschaft	Ganzheitliches Denken	Optimismus	Soziales Engagement	Ergebnis- orientiertes Handeln	Ziel-orientiertes Führen		
Mitarbeiter- förderung	Delegieren	Disziplin	Zuverlässigkeit	Impulsgeben	Schlagfertigkeit	Beharrlichkeit	Konsequenz		
S Sozial-kommunikative Kompetenz - NKI				F Fach- und Methodenkompetenz - NKI					
Konfliktlösungs- fähigkeit	Integrations- fähigkeit	Akquisitionsstärke	Problemlösungs- fähigkeit	Wissens- orientierung	Analytische Fähigkeiten	Konzeptionsstärke	Organisations- fähigkeit		
Teamfähigkeit	Dialogfähigkeit, Kunden- orientierung	Experimentier- freude	Beratungsfähigkeit	Sachlichkeit	Beurteilungs- vermögen	Fleiß	Systematisch- methodisches Vorgehen		
Kommunikations- fähigkeit	Kooperations- fähigkeit	Sprachgewandtheit	Verständnis- bereitschaft	Projektmanagemen	Folgebewusst- sein	Fachwissen	Marktkennntnis		
Beziehungs- management	Anpassungs- fähigkeit	Pflichtgefühl	Gewissen-haftigkeit	Lehrfähigkeit	Fachliche Anerkennung	Planungsverhalten	Fachübergreifende Kenntnisse		
Querschnittskompetenzen - NKI								Querschnitts- kompetenzen	
		Interkulturelle Kompetenz	Führungs- kompetenz	Selbst- entwicklungs- kompetenz					

Abbildung 73: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NKI – Kompetenzübersicht

9.1.1 Schlüsselkompetenzen NKI

1.1 Selbstmanagement	Schlüsselkompetenzen NKI – (P) Personale Kompetenz
Synonyme aus dem Synonymatlas (S)	Selbstsicherheit, Selbstüberwindung, Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Selbstverantwortung
Lexikalische Erläuterung (D)	„Selbstmanagement ist die Fähigkeit, das eigene Handeln aktiv und weitgehend unabhängig von unterstützenden oder störenden Faktoren situationsentsprechend zu realisieren. Es baut auf Selbstständigkeit und Eigenaktivität des Handelnden, auf Selbsterfahrung und Selbstkontrolle, einschließlich der notwendigen Selbstkritik. Es setzt eine hohe Stufe des Selbstbewusstseins, der eigenen Handlungsmöglichkeiten und -begrenzungen voraus.“ (Heyse, 2010a: 150)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • reflektiert, evaluiert und bewertet sein Handeln im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten • kontrolliert alle für den Prozessablauf erforderlichen, eigenen, mentalen Strukturen • plant seine Tätigkeiten voraus, überwacht und reevaluiert diese • handelt planvoll im Tages- und Einsatzablauf • organisiert im Dienst und außerhalb des Dienstes anfallende Tätigkeiten selbstständig
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter befasst sich nach einem fordernden Einsatz mit optimalen Versorgungsstrategien und denkt über Verbesserungspotential nach. Dabei recherchiert er unter anderem Fachliteratur, holt Expertenmeinungen dazu ein und plant, die neuen Erkenntnisse beim nächsten Mal einzubringen. • Der im Dienst stehende NKI stellt nach einem materialintensiven Transport die Einsatzbereitschaft des Fahrzeuges und der

Ausrüstung selbstständig her und führt bei Bedarf die notwendigen Checks der Geräte selbstständig durch.

1.2 Glaubwürdigkeit	Schlüsselkompetenzen NKI – (P)
(S)	Authentizität, Ehrlichkeit, Vertrauenswürdigkeit, Berechenbarkeit
(D)	<p>„Glaubwürdigkeit kennzeichnet Aussagen und Verhaltensweisen, bei denen im Verlauf des Zustandekommens die zu Grunde liegenden Sachverhalte nicht durch personale Verarbeitungsprozesse verzerrt wurden.</p> <p>Das setzt eine hohe Sensibilität personaler Erlebnis-, Wahrnehmungs-, Intelligenz- und Gedächtnisleistungen voraus.</p> <p>Verzerrungen und damit eine Minderung der Glaubwürdigkeit können unbeabsichtigt – durch innere Unsicherheiten und Instabilität – wie auch beabsichtigt – in Form von Täuschung und Unwahrheit – zustande kommen.“ (Heyse, 2010a: 136)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • handelt bei der Versorgung von PatientInnen vorbildlich, moralisch sowie ethisch korrekt und nach aktuellen Kenntnissen • lügt nicht an und weckt bei PatientInnen auch keine falschen Hoffnungen • vermittelt den PatientInnen Sicherheit und stellt die jeweilige Situation realitätsnah dar • baut zu PatientInnen ein Vertrauensverhältnis auf, welches durch Authentizität und Ehrlichkeit konstituiert wurde • handelt in variablen Situationen, die bei unterschiedlichen Notfällen auftreten, authentisch

	und reflektiert die getätigten Handlungen fortwährend
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Einsatzes bekommt ein Kind einen venösen Zugang, wobei der Sanitäter auf Schmerzen hinweist und dem Patienten durch seine Authentizität und humorvolle Art einen Teil der Angst nimmt. • Im Zuge eines schweren Verkehrsunfalles werden die Angehörigen vom NKI über die gesetzten Maßnahmen und die weitere Versorgung des Verunfallten bestmöglich informiert.

1.3 Schlüsselkompetenzen NKI – (P)	
Eigenverantwortung	
(S)	Eigenständigkeit, Selbstbewusstsein, Souveränität
(D)	<p>„Eigenverantwortung ist die Ausnutzung des eigenen personalen Handlungsspielraums und der darin möglichen Verwirklichung des entsprechenden Verantwortungsbewusstseins.</p> <p>Eigenverantwortung ist wesentlich moralisch bedingt und erfordert die persönliche Identifikation mit sittlichen, sozialen und politischen Wertforderungen, insbesondere auf die eigene Arbeitssphäre angewandt.“ (Heyse, 2010a: 129)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • schätzt Notfälle anhand der sich bietenden Situation und Anamnese korrekt ein und leitet daraus ihre/seine zu setzenden Maßnahmen ab • setzt Maßnahmen zur Verbesserung des PatientenInnenzustandes mit Bedacht und reagiert auf auftretende Probleme • ist sich der Konsequenzen von gesetzten Maßnahmen in ihrer gesamten Bandbreite bewusst

	<p>und schätzt potenzielle Risiken, Auswirkungen und Nebenwirkungen ein</p> <ul style="list-style-type: none"> • setzt, veranlasst oder unterlässt Maßnahmen und führt diese gemäß des eigenen Handlungsspielraumes aus • erwägt im Zweifelsfalle Alternativen zu möglichen Handlungen und evaluiert diese im erforderlichen Maße
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter verabreicht einem hypoglykämischen Patienten über einen venösen Zugang eine Glucoselösung und kontrolliert während des Transportes ständig die Blutzucker-Werte des Patienten. Der Zustand des Patienten bessert sich durch die gesetzten Maßnahmen drastisch. • Der Sanitäter legt nach Abschätzung der Indikationen und Kontraindikationen einen venösen Zugang und kontrolliert diesen durch Spülung auf richtige Lage, um eine paravenöse Lage des Venflons auszuschließen.

1.4 Lernbereitschaft	Schlüsselkompetenzen NKI – (P)
(S)	Offenheit für Erfahrungen, Wissensdrang, Wissbegier
(D)	„Lernbereitschaft kennzeichnet die Bereitwilligkeit, fehlendes fachliches und methodisches Wissen, tätigkeitsspezifische Qualifikationen und Erfahrungen durch entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen oder auf anderen Wegen zu erwerben. Weiterbildungsbereitschaft ist ein Teil der Lernbereitschaft, sie ist darauf gerichtet, vorhandene Qualifikationen im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen den sich ständig ändernden Anforderungen der Tätigkeit anzupassen. Lernbereitschaft schließt aber auch das Lernen im Prozess der Arbeit und das Lernen im sozialen Umfeld (Region, Verein, Familie,

	Freizeit...) ein. Die Offenheit für ein solches informelles Lernen wird ein zunehmend wichtiges Kriterium für die Lernbereitschaft.“ (Heyse, 2010a: 142)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • nutzt alle traditionellen und nicht-traditionellen Wege der Aufnahme von neuem Wissen • regt an, neue Wissensgebiete in den Dienstalltag einzubinden und diese für den jeweiligen Dienstbetrieb und Dienstalltag zu evaluieren • legt Wert auf eine zielgerichtete Kompetenzentwicklung • überprüft den persönlichen Bedarf zu lernen und sorgt für einen bewussten Ausgleich von Wissensdefiziten durch Eigenantrieb und Erweiterung des eigenen Wissenshorizonts ohne zeitliche Einschränkungen • bildet sich selbst- und fremdgesteuert weiter, um möglichst auf dem neuesten Stand der Notfallrettung zu sein
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Sanitäter, welcher seit 30 Jahren Dienst versieht, nimmt an einer Fortbildung zum Thema Krisenintervention teil, um einen Einblick in diese, ihm weitgehend fremde Thematik, zu bekommen. • Ein freiwilliger NKI liest im Dienst während der einsatzfreien Zeit eine fachspezifische Zeitschrift und besucht über die reguläre Fortbildungspflicht hinaus noch einen Fachkongress.

1.5 Ganzheitliches Schlüsselkompetenzen NKI – (P)	
Denken	
(S)	Integratives Denken, umfassendes Denken, komplexes Denken

(D)

„Ganzheitliches Denken bezeichnet die Fähigkeit, auf der Grundlage soliden Wissens weitere Aspekte – ethische, politische, ästhetische, ökonomische, juristische... - in die eigenen Zielsetzungen und Entscheidungsfindungen einzubeziehen.

Die Stärke der Persönlichkeit, ihr Wertgefüge und ihre Absichten spielen dabei eine integrierende Rolle.

Gerade bei schnell wechselnden und wachsenden fachlich-methodischen Anforderungen wird diese Integrationsfähigkeit für den Handlungs- und letztlich den Unternehmenserfolg entscheidend.“ (Heyse, 2010a: 134)

(KB)

- bezieht alle medizinischen, ökonomischen, juristischen, ethischen, politischen und ästhetischen Aspekte in Notfallsituationen ein, um die Versorgung für PatientInnen optimal durchzuführen zu können
- nutzt alle zur Verfügung stehenden Sinne und erhaltenen Informationen und kombiniert diese mit persönlichem Wissen
- greift auf Erfahrungen, Wissen und Erkenntnisse zurück und entwickelt daraus eine Lösungsstrategie
- ist bereit, sich über das notwendige Maß hinaus fort- und weiterzubilden, um die PatientInnen nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen bestmöglich zu versorgen
- evaluiert Prozesse im Ablauf der PatientInnenversorgung und reflektiert das eigene Tun in ebendiesen und korrigiert bei Bedarf Mängel zum Wohle der PatientInnen
- beurteilt Notfallsituationen unter Einbezug aller in Betracht zu ziehenden Aspekte, die zur Erreichung einer Entscheidung notwendig sind

	<ul style="list-style-type: none"> • erkennt durch Verknüpfung interdisziplinärer Zusammenhänge mögliche Folgen des eigenen Handelns und optimiert die gesetzten Maßnahmen dahingehend • analysiert die körperliche, seelische und soziale Ebene der Lebenswelt der PatientInnen, um gezielt Maßnahmen zu setzen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter erkennt bei einem Patienten in sozialer Notlage nicht nur dessen potenziell vorhandenes medizinisches Notfallbild, sondern auch die Lebensumstände, die zu dieser Notlage geführt haben. Dies ist dadurch gewährleistet, dass der diensthabende Sanitäter auch an interdisziplinären Fortbildungen teilnimmt. Durch diesen Umstand kann auch das Schnittstellenmanagement zwischen den Gesundheitseinrichtungen optimiert werden, indem Krankenhäuser nicht unnötig mit PatientInnen, welche keine medizinische Notwendigkeit zu einer intramuralen Abklärung haben, belastet werden. • Ein alkoholisierter Patient krampft am Notfallort. Nach systemmethodischem Vorgehen, im Sinne eines ABCDE-Schemas und erweiterter Anamneseerhebung, wird der Patient nicht auf seinen Alkoholabusus reduziert, vielmehr werden weitere Krankheitsbilder nicht ausgeschlossen. Dies erfolgt durch Miteinbezug der Umgebung und Angehörigen sowie durch die volle Ausschöpfung apparativer Mittel zur Erhebung von Vitalparametern.

1.6 Delegieren	Schlüsselkompetenzen NKI – (P)
(S)	Aufgabenübertragung, Befugnisübertragung, Vertrauen
(D)	<p>„Delegieren beschreibt die gezielte Übertragung persönlicher Verantwortung auf andere mit dem Ziel einer Verbesserung der gemeinsamen Arbeit.</p> <p>Es reicht von der Übertragung von eng umrissenen Verantwortungsbereichen bis hin zu einer partizipativen Beteiligung aller Mitarbeiter und einem ‚Management by Delegation‘. (MbD).</p> <p>Delegieren basiert auf der Einsicht, als Führungskraft in erster Linie Zeit für die Führung zu sichern und Sachbearbeiteraufgaben an den zuständigen Stellen zu belassen sowie das eigenverantwortliche Handeln der Mitarbeiter bewusst zu stärken.“ (Heyse, 2010a: 128)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • überträgt die Aufgaben im Sinne eines ressourcenorientierten Prozesses (z.B. PatientInnenversorgung) an andere zur Verfügung stehende und geeignete Kräfte • kommuniziert erforderliche Aufträge an das mittelbare und unmittelbare Umfeld • setzt Prioritäten in Notfallsituationen und verteilt Aufgaben an andere beteiligte Personen - angepasst an ihren Ausbildungsstand • schätzt die Stärken und Schwächen der ihm bekannten MitarbeiterInnen gekonnt ein, um diese dann nach deren Stärken zu delegieren und gekonnt in den Einsatzablauf einbinden zu können • überträgt je nach Möglichkeit nicht nur Aufgaben, sondern auch Verantwortung an andere MitarbeiterInnen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Bei einem hypovolämischen Schock wird die Aufgabe, eine Infusion vorzubereiten, an einen Rettungssanitäter delegiert.

	<ul style="list-style-type: none"> • An einer Unfallstelle, an welcher ein RTW und ein KTW einen verunfallten Patienten versorgen, weist ein Notfallsanitäter einen Rettungssanitäter an, die Patientenrettung nach einem bestimmten Ablauf durchzuführen. Der Notfallsanitäter überwacht währenddessen den Patienten und bleibt bei ihm, um psychische Hilfestellung leisten zu können.
--	---

1.7 Zuverlässigkeit	Schlüsselkompetenzen NKI – (P)
(S)	Akkuratesse, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit
(D)	„Zuverlässigkeit ist die auf einem hohen Maß an fachlichem und methodischem Wissen basierende Aufmerksamkeit und Umsicht, um Verpflichtungen, Richtlinien, Sicherheitsregeln, Termine... exakt einzuhalten. Zuverlässigkeit ist zugleich der Grad der Gewissheit, mit der fachliche Spezialkenntnisse und die Anforderungserfüllung erwartet werden können.“ (Heyse, 2010a: 155)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • erfüllt die vorgegebenen Aufgaben der PatientInnenversorgung sowie des restlichen rettungsdienstlichen Aufgabenfeldes • handelt mit gleichbleibender Sorgfalt im gegebenen Kontext • arbeitet pünktlich, verlässlich und diszipliniert mit einem ausgeprägten Pflichtgefühl sowie Aufgabenbewusstsein • orientiert sich an rettungsdienstlichen Standards, Erkenntnissen der Notfallmedizin sowie vorgegebenen Algorithmen und SOPs • lebt eine an Idealen orientierte Grundhaltung, um den PatientInnen eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten

(BSP)

- Während einer Rettung mit einer Schaufeltrage werden alle zur Verfügung stehenden Gurte zur Sicherung des Patienten verwendet, obwohl dies zum Unmut der KollegInnen führt, da dadurch angeblich sehr viel Zeit verloren geht und die Patiententrage gleich neben der Schaufeltrage positioniert wurde. Der NKI ist sich allerdings seiner Pflichten bewusst und führt die Rettung zuverlässig durch.
- Der Notfallsanitäter wird im Zuge eines Einsatzes von einem Patienten gebeten, die Wohnung zu versperren. Der Patient verlässt sich auf den Sanitäter und geht davon aus, dass dieser dem Wunsch ordnungsgemäß nachkommt.

2.1 Schlüsselerkenntnissen NKI – (A) Aktivitäts- und Entscheidungsfähigkeit Handlungskompetenz

(S) Risikobereitschaft, Umsetzungsfähigkeit, Konsequenzen

(D) „Entscheidungsfähigkeit ist das personale Vermögen, aktiv und selbstbestimmt die unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten voll wahrzunehmen, um einen Auftrag oder eine Aufgabe zu erfüllen. Das schließt stets selbstständige, kreative Zielsetzungen ein. Entscheidungen sind der Drehpunkt zwischen jedem Handlungsentschluss und der Handlungsausführung; Entscheidungsunfähigkeit führt zu Handlungsunfähigkeit. Je größer die Freiheitsgrade des Handelns sind, je unbestimmter sich Aufgaben und Ziele der Arbeit darstellen, desto wichtiger wird die Entscheidungsfähigkeit. Führungsfähigkeit setzt in besonderem Maße Entscheidungsfähigkeit voraus und schließt damit zugleich das Setzen von Zielen, das wirksame Entscheiden, Realisieren, Kontrollieren sowie

	<p>das differenzierte Fördern von Menschen ein. Es ist die Fähigkeit, Mitarbeiter zielorientiert, planvoll, organisiert und kontrolliert einzusetzen und zu steuern und selbst Vorbild zu sein. Das ist ohne Fähigkeit, zu entscheiden, nicht zu realisieren. (Heyse, 2010a: 130)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • nutzt ganzheitliches Denken unter Einbezug aller zur Verfügung stehenden Informationen und Ressourcen, um aus den daraus resultierenden Optionen, die für die Versorgung am besten geeigneten auszuwählen • evaluiert Notfallsituationen, eliminiert Störfaktoren, beschränkt sich auf das Wesentliche und bewältigt unbeirrt die jeweilige Problemstellung • handelt aufgrund von Anamneseerhebung und ermittelter Vitalzeichen unter Berücksichtigung von Kontraindikationen im rechtlichen Rahmen bestmöglich, um die PatientInnen zu versorgen • benutzt Algorithmen gepaart mit Erfahrung, um Entscheidungen über gesetzte Maßnahmen zu treffen • setzt Prioritäten im Sinne einer kompetenten PatientInnenversorgung
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Patient wird 500 Meter vor dem Krankenhaus reanimationspflichtig. Der Sanitäter entscheidet nach strategischen Gründen, ob er weiterfährt oder den Patienten vor Ort adäquat versorgt. • Ein NKI entscheidet sich nach Einschätzung des Krankheitsbildes bei Fehlen von Kontraindikationen im Zuge eines Algorithmus für Hypertonie laut Arzneimittelliste 2, ein Medikament zur Blutdrucksenkung zu verabreichen.

2.2 Belastbarkeit	Schlüsselkompetenzen NKI – (A)
(S)	Ausdauer, Kondition, eigene Fitness, Stressbewältigung
(D)	<p>„Unter Belastbarkeit wird vorwiegend die personale Fähigkeit verstanden, auch unter schweren seelischen, sozialen und körperlichen Anspannungen weitgehend Fehlreaktionen zu vermeiden und zielorientiert und sachlich zu handeln.</p> <p>Belastbarkeit setzt umfassende persönliche Erfahrungen im Umgang mit Stress (seitens der Arbeitsbedingungen und -umwelt) und (sozialen) Konflikten voraus.</p> <p>Mit zunehmender Komplexität und Dynamik im Arbeitsprozess und damit zunehmender Unübersichtlichkeit und Vorhersagbarkeit von Ereignissen und Folgen nehmen die Anforderungen an die Belastbarkeit von Führungskräften, Mitarbeitern, Teams und ganzen Organisationen... zu. Insbesondere gilt es, mit Risiken, Unbestimmtheiten, Widersprüchen mental anders umzugehen: sie als ‚normal‘ anzunehmen, Möglichkeiten der Selbstentwicklung hierin zu sehen und gestaltend anzunehmen.“ (Heyse, 2010a: 126)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • ist in der Lage physische und psychische Problemstellungen zu erkennen und bewältigt diese selbstgesteuert • bedient sich anderer Interessen und Hobbys, um rettungsdienstlich bezogene Belastungen zu reduzieren • kennt die Auswirkungen von unterschiedlichen Arten von Stress auf den Körper und das Verhalten • beugt Distress vor und nutzt passive und aktive Methoden zur Regeneration • schafft es, auch in belastenden Situationen, die erforderlichen Leistungen im Sinne der

	PatientInnenversorgung zu liefern und erkennt die eigenen Grenzen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Nach der frustranen Reanimation eines Kindes treten bei einem Sanitäter persönliche Erinnerungen an einetragische Situation aus dem engsten Familienumfeld auf. Der Sanitäter spricht daraufhin mit seinen Angehörigen über seine Emotionen und kann tags darauf wieder unbeschwert den Dienst verrichten. • Im dritten Stock eines Mehrparteienhauses ohne Lift kommt es zu einem Notfall. Die Sanitäter eines RTWs müssen eine 120 Kilogramm schwere Patientin ins Erdgeschoss tragen. Ein Hinzuziehen der Feuerwehr wird auf Grund der guten physischen Konstitution der Sanitäter und des schlechten Allgemeinzustandes der Frau nicht in Erwägung gezogen.

3.1 Problemlösungsfähigkeit	Schlüsselkompetenzen	NKI	– (S)	Sozial-
	Kommunikative Kompetenz			
(S)	Flexibles Denken, Selbstkritikfähigkeit	interdisziplinäres Denken,		
(D)	<p>„Problemlösungsfähigkeit kann sowohl als individuelle Leistungsvoraussetzung wie als soziale Aktivität begriffen werden, den Lösungsprozess von Problemen anzustoßen und zu organisieren. Ersteres ist eher den kognitiven Fähigkeiten zuzurechnen, die prüfbar und durch bestätigte Qualifikationen abgedeckt ist. Der Aspekt sozialer Aktivität, mit problematischen Situations-, Prozess- und Zielkonflikten fertig zu werden, ist hingegen für eine Kompetenzanalyse von größtem Interesse.</p> <p>Problemlösungsfähigkeit unter diesem Aspekt beinhaltet die Fähigkeit, bei Auftreten einer der genannten</p>			

	<p>problematischen Konfliktsituationen den Gedankenaustausch aktiv einzuleiten und die Gruppen-, Kommunikations- und Leitungsstruktur dem jeweiligen Problemtyp entsprechend gestalten zu können. Ziel der Problemlösungsfähigkeit ist es, Gruppenprozesse zu initiieren, die zu einem deutlichen kognitiven und kooperativen Leistungsvorteil gegenüber der Individualleistung führen.“ (Heyse, 2010a: 148)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • schöpft alle Quellen zur Lösung von Problem- und Notfallsituationen aus, um eine patientInnenorientierte Versorgung durchzuführen • identifiziert mögliche lebensbedrohliche Erkrankungen der PatientInnen und setzt Prioritäten zu deren Versorgung • unterscheidet in Stresssituationen zwischen Fakten und Emotionen und evaluiert die Situation anhand der Dringlichkeit eines möglichen Transportes • bezieht Sichtweisen des restlichen Teams, der PatientInnen und der Angehörigen mit ein, um bei unklaren Situationen eine Entscheidung zu treffen • setzt sich nicht nur mit der medizinischen Situation auseinander, sondern bezieht auch die sozialen Umstände der PatientInnen mit ein, um gezielt helfen zu können • setzt Prioritäten, um das vorhandene Problem patientInnenorientiert lösen zu können
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während einer Medikamentengabe durch einen NKI kommt es zu Komplikationen. Der NKI bereitet sich umgehend auf die möglichen Auswirkungen vor, indem auch ein möglicherweise nötiges Atemwegsmanagement vorbereitet wird. Die Vitalparameter des Patienten bessern sich jedoch

wieder und so kann der NKI den Patienten stabil in der Notfallaufnahme übergeben.

- Ein suspekt anmutender Einsatzcode entpuppt sich als Sozialindikation. Um nicht unnötige Ressourcen der Krankenhauslandschaft in Anspruch nehmen zu müssen, entscheidet sich der NKI, den zuständigen Sozialarbeiter zu verständigen und mit ihm die weitere Betreuung des Patienten zu besprechen. Der Sanitäter kann daraufhin den Einsatzort bald verlassen und weitere Einsätze übernehmen, für die er sonst blockiert gewesen wäre.

3.2 Teamfähigkeit	Schlüsselkompetenzen NKI – (S)
(S)	Beziehungsorientierung, Beziehungstiftung, Kollegialität, Teamgeist, Teamorientierung
(D)	„Teambereitschaft ist die persönliche Bereitschaft und Fähigkeit, in einer Gruppe zu arbeiten, Meinungen und Gedanken anderer weiter zu entwickeln und sich auf Gruppenprozesse einlassen zu können. Wichtig ist dabei die Befähigung, in der Teamarbeit Regeln gemeinsamen Herangehens mit formulieren und tragen zu können. Dabei muss ein stetiges, dynamisches Gleichgewicht zwischen dem eigenen Leistungsniveau, dem gemeinsamen durchschnittlichen Leistungsniveau der Teammitglieder sowie den sozialen Leistungs- und Wertvorgaben gefunden werden. Eine weitere erforderliche Befähigung ist es, unterschiedliche Sichtweisen nicht zur zu provozieren, sondern sie auch ‚auszuhalten‘ und effektiv in die Arbeitsereignisse einzubinden. Teamfähigkeit schließt zunehmend die Fähigkeit ein, aus einzelnen Personen eine Gemeinschaft zu gestalten, die Neuem gegenüber aufgeschlossen und handlungsbereit ist und sich gegenüber anderen Personen und Teams nicht ablehnend

	<p>verhält. Zukünftig nehmen auch Anforderungen an zeitweilige virtuelle Teams, e-Teams zu.“ (Heyse, 2010a: 153)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • akzeptiert die Meinung, Ansichten und alternativen Lösungsstrategien der KollegInnen und bezieht diese in eine Entscheidungsfindung mit ein • bringt sich situationsgerecht und sachlich im erforderlichen Ausmaß in eine PatientInnenversorgung ein und unternimmt keine Alleingänge • reflektiert sich ständig selbst und lässt andere Sichtweisen zu • ist bereit, Kompromisse einzugehen, welche durch Entscheidungsfindungen im Team zustande kommen • beurteilt Situationen, behandelt PatientInnen gemeinsam mit den KollegInnen nach dem Vier-Augen-Prinzip und setzt dementsprechend notfallmedizinische Maßnahmen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der erfahrene NKI integriert eine junge Notfallsanitäter-Praktikantin in den Dienstalltag und geht auf etwaige Problemstellungen, Notfälle, Algorithmen und sonstige PatientInnenversorgungsstrategien ein. Außerdem setzt er die Sanitäterin über aktuelle Neuerungen an der Dienststelle in Kenntnis. • Am Einsatzort eines Unfalles ermöglichen alle Teammitglieder eines zufällig vorbeifahrenden RTWs gemeinsam eine patientInnenfokussierte Versorgung unter Einbezug der individuellen Kompetenzen der Beteiligten und fordern weitere Kräfte wie NEF, NAH, Feuerwehr oder Polizei an.

3.3 Schlüsselkompetenzen NKI – (S)	
Gewissenhaftigkeit	
(S)	Solidität, Sorgfalt, Gründlichkeit
(D)	<p>„Gewissenhaftigkeit bezeichnet eine Charaktereigenschaft, die sich als dauerhaft erlebte Verpflichtung gegenüber unterschiedlichen sozialen Forderungen und Wertzielen (von KollegInnen, Arbeitsgruppen, Unternehmen, Organisationen...) äußert und gleichzeitig eine mit größter fachlicher und methodischer Genauigkeit und Sorgfalt ausgeführte Bewältigung dieser Aufgaben beinhaltet.</p> <p>Gewissenhaftigkeit ist eng verbunden mit Gründlichkeit, Umsicht, Besonnenheit und Zuverlässigkeit im Handeln, das orientiert, bewertet, kontrolliert und korrigierend gesteuert wird. Gewissenhaftigkeit entwickelt sich im biographischen Sozialisierungsprozess.</p> <p>Erst wenn fremd gesetzte Werte und Normen erkannt und angeeignet werden, erlangt Gewissenhaftigkeit den Charakter einer autonomen, eigenen Entscheidungsinstanz auf Grund selbstständiger Sach- und Wertorientierung und wird Bestandteil des normierenden personalen Bezugssystems.“ (Heyse, 2010a: 135)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • kontrolliert und überprüft genau das Einsatzmittel sowie das für Einsätze zur Verfügung stehende Material • lebt einen sorgfältigen Umgang mit den ihm anvertrauten Materialien • beurteilt sorgfältig die medizinische sowie soziale Situation der PatientInnen, um Entscheidungen treffen zu können • führt auch - trotz eindeutig wirkender Zeichen und Hinweise - eine vollständige Anamnese durch, um

	<p>keine lebensbedrohlichen Erkrankungen zu übersehen oder Prioritäten falsch zu setzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • berücksichtigt moderne Erkenntnisse und Algorithmen bei der PatientInnenversorgung
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Besetzung eines RTWs führt auch noch nach wiederholten Einsätzen mit demselben Patienten - einem alkoholkranken Mann aus dem Obdachlosenmilieu - einen gewissenhaften Transport durch, indem jedes Mal eine nahtlose PatientInnenbeobachtung inklusive Anamnese durchgeführt wird, um mögliche, bisher nicht aufgetretene Erkrankungen zu erkennen. • Vor Dienstantritt bei einem Tagdienst erfolgt eine sorgfältige Kontrolle des Materials des Einsatzfahrzeuges inklusive Kontrolle diverser Medizinprodukte und Geräte für die Akutversorgung von PatientInnen.

4.1 Analytische Schlüsselkompetenzen NKI – (F) Fähigkeiten	
(S)	Exaktheit, Präzision, Genauigkeit
(D)	„Analytische Fähigkeiten erfassen das Vermögen, ein komplexes System gedanklich oder physisch in seine Elemente bzw. Subsysteme zu zerlegen, diese zu klassifizieren, sowie zwischen ihnen kausale und finale Zusammenhänge aufzudecken. Sie umfassen auch das Vermögen, beeinflussbare Variablen und Parameter des Systems so zu gestalten, dass sein IST Verhalten einem gewünschten Sollverhalten entspricht. Im Rahmen betriebswirtschaftlichen Denkens und Handelns geht es darum, komplexe Systeme in Hinblick auf bestimmte Zielsetzungen zu gestalten. Hier besteht eine gewisse Nähe zum Controlling. Hinzu kommt die Fähigkeit die für

	<p>die Arbeitstätigkeit unumgängliche Informationsflut zu verdichten und im Sinne von Diagnose, Klassifikation, Synthese, Planung und Konfiguration schnell auf den Punkt bringen können. Dabei geht es nicht allein um das reine ‚Faktenwissen‘, sondern vor allem um das Denken in betriebswirtschaftlichen Zusammenhängen und in technisch-organisatorischen Fragestellungen. Fachwissen plus konzeptionelle Fähigkeiten sind dafür die Grundvoraussetzungen.“ (Heyse, 2010a: 124)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • analysiert die Notfallsituation, um Maßnahmen zur Versorgung von PatientInnen zu priorisieren • beurteilt den PatientInnenzustand kritisch oder nicht-kritisch, gibt diese Informationen an das Team weiter und reflektiert damit diese Einschätzung gemeinsam, um einen bestmöglichen Versorgungsplan zu erstellen • kontrolliert die an KollegInnen übertragenen Tätigkeiten • erkennt auf Grund einer umfangreichen Anamnese potenzielle lebensbedrohliche Erkrankungen und/oder Versorgungs- bzw. Transportprioritäten • plant anhand der gewonnenen Erkenntnisse durch die PatientInnenbeurteilung den weiteren Handlungsverlauf zur Versorgung dieser
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäterin versucht mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln eine möglichst genaue PatientInnenbeurteilung und Anamnese durchzuführen. Mit den gewonnenen Erkenntnissen ist es ihr möglich, mehrere Verdachtsdiagnosen zu erhalten und eine geeignete Zielklinik anzufahren. • Der NKI gibt sich nicht mit einer ungefähren Beschreibung eines Angehörigen, welcher darauf beharrt, jetzt nichts über die Vorerkrankungen

sagen zu müssen, da der RTW sowieso nur ein Transportmittel für die Klinik ist, zum Zustand eines Patienten zufrieden. Auf Grund des Verdachts auf eine kritische Erkrankung sammelt der NKI möglichst viele Informationen, analysiert diese und entscheidet sich dann für eine Versorgungs- und Transportstrategie.

4.2

Schlüsselkompetenzen NKI – (F)

Beurteilungsvermögen

(S)	Erfahrung, Urteilskraft, Urteilsfähigkeit
(D)	<p>„Beurteilungsvermögen ist vor allem die personal verankerte Fähigkeit, Gegebenheiten, Widersprüche, Schwierigkeiten und Konflikte einerseits auf die ihnen zu Grunde liegenden fachlichen und methodischen Sachverhalte und Probleme hin ‚abzuklopfen‘, andererseits eine erfahrungs- und wertbegründete Einstellung zu ihnen zu finden, die Auswege weist und Lösungswege vermittelt.</p> <p>Je umfangreicher das sach- und verfahrensgerechte Wissen und je gefestigter die personale Basis des Urteilens und Entscheidens sind, desto öfter werden in den schnell wechselnden betrieblich-organisationalen Problemsituationen Einschätzungen gefunden, die auch einer späteren Prüfung der Handlungsergebnisse standhalten.“ (Heyse, 2010a: 127)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • schätzt Notfallsituationen - basierend auf dem breiten, fachlichen Wissen sowie der gewonnenen Erkenntnisse zum PatientInnenzustand - ein und setzt dementsprechende Maßnahmen • nutzt gewonnene Erfahrungen, um diese gezielt in die Versorgung weiterer PatientInnen einsetzen zu können

	<ul style="list-style-type: none"> • bewertet den Krankheitszustand von PatientInnen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern anhand von Wissen und Erfahrung • entscheidet auf Grund gewonnener Erkenntnisse über die Versorgung von PatientInnen • wählt nach gründlicher PatientInnenbeurteilung die adäquaten Maßnahmen zur Behandlung von PatientInnen aus
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Auf Grund der Erfahrung des NKI ist die Einschätzung vieler Patienten, ob diese kritisch oder nicht-kritisch sind, oft eine Blickdiagnose. Obwohl der Patient nicht kritisch erscheint, werden die Vitalwerte genau erhoben und mögliche Erkrankungen stressfrei ausgeschlossen. • Ein Patient, der auf Grund seiner Lungengrunderkrankungen ständig Sauerstoff mit einer Nasenbrille erhält, klagt über eine erschwerte Atmung. Der Sanitäter evaluiert die Situation erneut und weiß, auf Grund seiner Erfahrung, dass der Patient öfters über eine plötzliche Verschlechterung klagt, die mit einer Sauerstoffmaske behoben werden kann. Der Patient erhält nun 5 Liter Sauerstoff über eine Maske, worauf seitens des Patienten keine Beschwerden mehr vorliegen. Der Patient wird nun weiter in die Notfallaufnahme transportiert, während die Sanitäter auf eine mögliche Exazerbation der Lungenerkrankung vorbereitet sind und über etwaige Behandlungsstrategien nachdenken.

4.3 Folgebewusstsein Schlüsselkompetenzen NKI – (F) Fach- und Methodenkompetenz	
(S)	Problemkenntnis, praktisch-technische Intelligenz, Auswirkungsabschätzung
(D)	<p>„Folgebewusstsein umfasst zwei Komponenten. Zum Einen das fachliche und methodische Wissen um kausale und statistische Prozessabläufe: bestimmte Sachverhalte, Bedingungen, Ursachenkonstellationen bringen kausal oder statistisch determinierte Folgeerscheinungen hervor; z. B: hat eine bestimmte Personal-, eine bestimmte Verkaufsentscheidung bei zureichender Fach- und Methodenkenntnis vorhersehbare Konsequenzen für den internen Prozess der Arbeitsgestaltung bzw. für den Erfolg oder Misserfolg am Markt. Zum anderen umfasst Folgebewusstsein auch das soziale Sich-Verantwortlich-Fühlen für Folgen eigener Maßnahmen und Entscheidungen für den eigenen Arbeitsbereich oder das gesamte Unternehmen. Oft greift dieses Folgebewusstsein auch über die eigene Privat- und Arbeitssphäre, über das eigene Unternehmen hinaus und hat breitere politisch-ökonomisch-soziale Folgen im Blick. Das ist z. B. beim ökologischen Folgebewusstsein (Beispiel Technikfolgenabschätzung) der Fall.“ (Heyse, 2010a: 134)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • ist sich der Folgen seiner invasiven und nicht-invasiven Maßnahmen sowie dem Unterbleiben dieser bewusst und kann mit möglicherweise auftretenden Komplikationen, Problemen oder Nebenwirkungen umgehen und/oder diese beherrschen • vermeidet durch sachgerechte Lagerung der PatientInnen Lagerungsschäden

	<ul style="list-style-type: none"> • ist sich eventueller strafrechtlicher, dienstrechtlicher und patientInnenerschädigender Maßnahmen, sich selbst oder andere betreffend, bewusst • orientiert sich an Algorithmen, Bestimmungen und strikter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften • hat Kenntnisse über die Auswirkungen seiner gesetzten Tätigkeiten • erkennt frühestmöglich etwaige Fehler, indem der Sanitäter den Pool von Bewältigungsstrategien voll ausschöpft und versucht, diese Fehler und Probleme adäquat zu lösen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der NKI appliziert ein kardio-respiratorisch wirksames Medikament und ist für mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen gewappnet. • Die Sanitäterin versucht während eines Einsatzes, bei der eine ältere Dame über Atembeschwerden klagt, eine schonende Lagerung für die Patientin durchzuführen, welche sowohl die Atemnot als auch einen schon vorhandenen Dekubitus berücksichtigt.

4.4 Fachwissen	Schlüsselkompetenzen NKI – (F)
(S)	Berufserfahrung, Sachkunde, Fachorientierung- und -perfektion, Produkt-, Produktions-, Fach-, Technologie-, Textverarbeitungs- und Verfahrenkenntnisse
(D)	„Fachwissen repräsentiert den klassischen Bereich der Berufsausbildung und stützt sich in erster Linie auf das Wissen, das in der Schule, Ausbildung, sowie bei betrieblichen und persönlichen Weiterbildungsmaßnahmen vermittelt wird. Es werden die Qualifikationen angesprochen, die insbesondere zur Vorbereitung und Argumentation von Entscheidungen oder Empfehlungen eingesetzt werden müssen, um

überzeugend und sicher argumentieren zu können. Andererseits ist zum Fachwissen das allgemeine Generalistenwissen hinzuzuzählen, das auch als Teil der Lebenserfahrung gilt. Während beispielsweise die Berufsausbildung für eine Führungskraft unterschiedlich erfolgt sein kann, sind jedoch generell mehrjährige Berufserfahrungen in gleichen oder vergleichbaren Positionen und Aufgaben und gute Branchenkenntnisse wichtig. Als fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten gelten die praktische Anwendung von Fach- und Generalistenwissen unter Einbeziehung von entsprechenden Hilfsmitteln (z.B. EDV) und der zielgerichtete Umgang damit.“ (Heyse, 2010a: 133)

(KB)

- setzt sich mit dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft auseinander
- praktiziert die fachlich korrekte Anwendung des vorhandenen Wissens
- hat Kenntnisse über aktuelle Neuerungen und Entwicklungen im Bereich der medizinischen Wissenschaft
- verfügt über ausreichend Erfahrung im Beruf und Privatleben, um reines Wissen ergänzen und bei Bedarf über den Horizont blicken zu können
- versteht es, Wissen und Erfahrung in der Praxis anwenden zu können

(BSP)

- Der Sanitäter hält sich dank einschlägiger Fachmagazine über die Entwicklung in der Notfallmedizin ständig am Laufenden.
- Der Notfallsanitäter NKI verfügt über das notwendige Wissen, um bei einer hypertensiven Krise Maßnahmen bewusst durchführen zu können. Exemplarisch wäre hier eine Venenpunktion mit

anschließender Medikamentengabe nach
Ausschluss von Kontraindikation zu nennen.

9.1.2 Erweiterter Kompetenzatlas NKI

1.8 Normativ-ethische Einstellung	Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (P) Personale Kompetenz
Synonyme aus dem Synonymatlas (S)	Anstand, Werteorientierung, Verantwortungsbewusstsein
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„Normativ-ethische Einstellung ist die Bereitschaft, auf der Grundlage allgemein gültiger und im Unternehmen erarbeiteter Normen sowie ethischer und anderer Werte selbstverantwortlich zu handeln.</p> <p>Gerade in handlungsmäßig offenen, unsicheren Situationen ist die feste personale Verankerung von Norm- und Wertvorstellungen wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Wirken.</p> <p>In der Regel werden normativ-ethische Einstellungen sehr früh und außerhalb der Arbeitssphäre erworben – im Elternhaus, in persönlichen Beziehungen und Freundschaften, im sozialen Umfeld.</p> <p>Umso wichtiger ist es, das Vorhandensein dieser Einstellungen von Anfang an sorgfältig zu hinterfragen.“ (Heyse et al. 2010: 145)</p>
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • geht mit allen PatientInnen gemäß den Normen, Werten und Gesetzen der Gesellschaft um • erkennt PatientInnen als Individuum mitsamt all ihren Eigenschaften an • respektiert andere Werte, Einstellungen und Kulturen • ist sich der Notwendigkeit einer lebenslangen Kompetenzerweiterung und -erhaltung bewusst

	<ul style="list-style-type: none"> • tritt selbstsicher und werteorientiert vor PatientInnen und Angehörigen auf und setzt diese über die notwendigen Maßnahmen und bei Bedarf oder Wunsch über deren Hintergründe in Kenntnis
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein männliches Rettungsteam wird zur Geburt in eine muslimischen Familie berufen und geht mit dieser Situation kompetent um. • Im Zuge eines Einsatzes mit Beteiligung eines Patienten aus dem Drogenmilieu verhält sich der Sanitäter respektvoll und kümmert sich um die Belange des Patienten, ohne durch Vorurteile falsche Schlüsse in Bezug auf die Einschätzung oder Versorgung des Patienten zu treffen.

1.9 Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (P)	
Einsatzbereitschaft	
(S)	Hilfsbereitschaft, Motiviertheit, Eigenmotivation
(D)	<p>„Einsatzbereitschaft ist eine personale Grundhaltung, die gegenüber Forderungen aus Arbeit, Unternehmen und privatem Lebensbereich mit einem aktiven, nachdrücklichen, und weitgehend vorbehaltlosen Engagement der Persönlichkeit zugunsten geforderter und notwendiger Ziele führt.</p> <p>Sie steht im Gegensatz zu egoistischer Zurückhaltung oder passiver Gleichgültigkeit. Sie fordert und fördert Hilfsbereitschaft und Verantwortungsbewusstsein.“ (Heyse, 2010a: 130)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • unterlässt alle Aktivitäten, welche die persönliche Einsatzfähigkeit reduzieren könnten • bereitet sich gezielt auf die zu erwartenden Ereignisse und Anforderungen des Berufes vor

	<ul style="list-style-type: none"> • managt es, Beruf und Privatleben in Einklang zu bringen • fordert von sich selbst und anderen MitarbeiterInnen ein hohes Maß an Engagement bezüglich der Versorgung von PatientInnen • optimiert die eigenen Handlungen und reflektiert die positiven Auswirkungen auf die PatientInnen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter erscheint physisch und psychisch in einem dem Verantwortungsbereich adäquaten Zustand und vorbereitet zum Dienst. • Trotz der hohen Anzahl an Einsätzen an diesem Tag versorgen die SanitätInnen die PatientInnen umsichtig und finden auch in schwierigen Situationen eine Lösung. Als Antrieb fungiert eine intrinsische Motivation, da dem NKI die Wichtigkeit der durchgeführten Tätigkeiten bewusst ist.

1.10 Offenheit für Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (P) Veränderungen	
(S)	Handlungsspielraum, Handlungsfreiheit, Aufgeschlossenheit
(D)	<p>„Offenheit für Veränderungen ist eine der wichtigsten personalen Voraussetzungen, um aktiv werden zu können und aktiv zu bleiben.</p> <p>Jede neue Handlungssituation ist mit Stress, Unsicherheit und Ungewissheit verbunden. Nur bei entsprechender Offenheit ist sie auszuhalten und positiv im Sinne eines Handlungserfolgs und kreativer Leistungen zu nutzen.</p> <p>Jedes wirkliche Erfahrungslernen erfolgt in offenen Situationen.“ (Heyse, 2010a: 145)</p>

(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • verfolgt eine Sicherstellung aller notwendigen Elemente zur Psychohygiene, auch wenn diese Veränderungen im Leben des NKI bedeuten • ist im Stande, Prozesse positiv zu beeinflussen • reflektiert Emotionen und ist somit offen dafür, eigene Betrachtungsweisen bei Bedarf zu verändern • schärft die eigenen Sinne, um in Notfallsituationen effektiv und zugleich verantwortungsvoll handeln zu können • erachtet mögliche Veränderungen und Neuerungen als Chancen und scheut keine Herausforderungen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der NKI ist gewillt, an Fortbildungen zum Thema Gesprächsführung und Kommunikation teilzunehmen, um seinen Handlungsspielraum verbal erweitern zu können. • Der zu einem Notfall gerufene NKI hört einem 80-jährigen Patienten aufmerksam zu und versucht, dessen konträre Standpunkte zu gewissen Themen zu verstehen, um eine mögliche Relevanz für diesen Einsatz zu erkennen. Nach dem kurzen Gespräch wird der Mann in der Obhut der Verwandten belassen, da es sich um keine medizinische Indikation handelt.

1.11 Hilfsbereitschaft Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (P)	
(S)	Einsatzbereitschaft, Entgegenkommen, Solidarisches Verhalten
(D)	Hilfsbereitschaft ist eine wichtige Komponente bei der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen vom privaten Bereich über den der Arbeit bis hin zur gesellschaftspolitischen Praxis, als humanistisches

	<p>Bildungs- und Handlungsideal im Sinne von Mitmenschlichkeit. Schon in der frühen, kindlichen Entwicklung in der Persönlichkeit verankert, wird sie im Arbeits- und Kommunikationsprozess zur entscheidenden Voraussetzung erfolgreichen gemeinsamen Handelns. Sie ist die notwendige und komplementäre Ergänzung jedes gesunden personalen Durchsetzungs- und Wettbewerbstrebens.“ (Heyse, 2010a: 136)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • lebt eine kombinierte Grundhaltung solidarischen und sozialen Handelns • lässt sich auf die Bedürfnisse der PatientInnen ein • verbindet mit der Versorgung von NotfallpatientInnen eine positive und wertvolle Tätigkeit, welche mit Freude und Elan ausgeübt wird • pflegt mit den PatientInnen einen wertschätzenden Umgang und ist gewillt, ihnen bei Bedarf auch entgegenzukommen • verhält sich KollegInnen gegenüber solidarisch und bietet bei Bedarf nicht nur PatientInnen Hilfestellungen an
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Transportführer des RTWs informiert, im Auftrag des Patienten, seine Angehörigen über dessen Abwesenheit • Während die Sanitäter nach einem Einsatz zurück zur Wache fahren, sehen sie, wie ein offensichtlich betrunkenener Mann auf eine weibliche Person losgeht. Die Sanitäter stoppen den RTW, versuchen den Mann zu beruhigen und rufen die Polizei zu Hilfe.

1.12 Disziplin	Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (P)
(S)	Ordentlichkeit, Selbstbeherrschung, Korrektheit
(D)	„Disziplin kennzeichnet das an sozialen Normen und Werten gemessene und mit fachlich-methodischen Erfordernissen übereinstimmende persönliche Verhalten des Menschen. Die Normen, Werte und Erfordernisse können allgemeineren sozialen Zusammenhängen oder aber [...] der Arbeitsumgebung, dem augenblicklichen Arbeitszusammenhang entstammen.“ (Heyse, 2010a: 129)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • praktiziert jederzeit reproduzierbare, nach Prioritäten geordnete Prozesse eigenständig in gleichbleibender Qualität • benutzt die vorgegebenen Richtlinien und Anweisungen und beherrscht diese zur Bewältigung von Notfallsituationen • lässt sich auch in Konfliktsituationen nicht von Emotionen leiten • klärt über Normen, Werte und sonstige Erfordernisse bei der PatientInnenversorgung auf und versieht den Dienst auf deren Basis • spricht offen über Probleme und versteht es, diese gekonnt zu thematisieren und für jeden verständlich zu machen, ohne dabei verbal ausfallend zu werden
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Einsatzes in einer Diskothek gehen Bekannte der Patientin verbal auf die Sanitäter los. Das Rettungsteam versucht, die Situation zu entschärfen und führt die Rettung der Patientin schnellstmöglich durch, wird dabei aber von der Polizei unterstützt, um einen Tumult und eine für die Sanitäter möglicherweise gefährliche Reaktionen der Bekannten zu vermeiden.

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter protokollieren und dokumentieren im Zuge der Einsätze alle Details wie Maßnahmen, Anamnese, Versorgungen, Vitalparameter, Medikamente und gehen mit den PatientInnen Daten sorgsam um.
--	--

2.3 Mobilität	Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (A) Aktivitäts- und Handlungskompetenz
(S)	Flexibilität, Improvisationsvermögen, Beweglichkeit
(D)	„Mobilität ist die individuelle Bereitschaft zur Veränderung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsaufgaben, des Mitarbeiterkreises und zur notwendigen, freiwilligen Aneignung der dafür notwendigen fachlichen, methodischen und sozialen Erfahrungen in Form von Weiterbildung und informellem Lernen. Sie ist damit ein direkter Ausdruck der individuellen Aktivität, mit neuen Situationen und veränderten Arbeitsaufgaben konstruktiv umzugehen. Umgekehrt sind Mobilitätsbarrieren der Mitarbeiter schwerwiegende Wettbewerbsnachteile, die sich umso spürbarer auswirken, je dynamischer und rascher sich die Produktions- und Marktbedingungen verändern.“ (Heyse, 2010a: 144)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • erweitert nach Ausschöpfung der vorgegebenen SOPs/SOGs den vorgegebenen Handlungsrahmen in Notfallsituationen • bündelt, unter Berücksichtigung aller in Frage kommenden Aspekte, sein Wissen und seine Fähigkeiten, um bei Bedarf zu improvisieren • handelt in Notfallsituationen flexibel und kann sich den Situationen gezielt anpassen • beherrscht auch auftretende Veränderungen, reagiert darauf adäquat und bereitet sogleich

	<p>Alternativen zur situationsgerechten Versorgung der PatientInnen vor</p> <ul style="list-style-type: none"> • stellt sich auf veränderte Einsatzbedingungen ein und verfügt über die Fähigkeit, auftretende Problemsituationen zu analysieren und kompetent abzuhandeln • berücksichtigt möglichst viele Details in schwierigen Notfallsituationen und sucht lösungsorientierte Ansätze zur deren Abhandlung • sorgt selbstgesteuert für den Erhalt der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit • stellt sich selbstständig auf wechselnde Situationen ein und passt sein Handeln den Gegebenheiten an
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitäter werden von einer Kuh attackiert und schützen sich mit einer Schaufeltrage vor dem Tier. • Im Rahmen eines Notfalles kollabiert ein Angehöriger und stellt somit einen weiteren Notfallpatienten für das Rettungsteam dar. Die nun vorherrschende Situation erfordert flexibles Handeln des Teams, um die neu auftretende Situation patientInnengerecht bewältigen zu können.

2.4 Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (A)	
Ausführungsbereitschaft	
(S)	Arbeitswilligkeit, Arbeitseifer, Schaffenslust
(D)	„Ausführungsbereitschaft kennzeichnet die Aktivität, als notwendig erkannte Handlungen und Arbeitstätigkeiten schnell, sachgemäß und mit hohem Nutzen zu realisieren. Das setzt sachensprechende und aktiv angeeignete Kenntnisse der Ausführungsbedingungen voraus sowie eine starke persönliche und soziale Motivation und die

	Fähigkeit, sich hohe aber realisierbare Handlungsziele zu setzen.“ (Heyse, 2010a: 125)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • arbeitet den SOPs oder Guidelines entsprechend Notfälle ab und führt auch Anweisungen von Ärzten und anderen befugten Sanitätern aus • blickt retrospektiv positiv auf vergangene Dienste und Notfälle zurück und ist gewillt, durch Reflexion erhaltene Erkenntnisse in Zukunft in die Versorgung von NotfallpatientInnen zu implementieren • orientiert sich an PatientInnen mit positivem Outcome, welchen geholfen werden konnte, um auch weiterhin die Kraft zu haben, PatientInnen mit ausgeprägter Schaffenslust zu versorgen • zieht die Anwendung neuester Erkenntnisse der Notfallmedizin in Betracht • lernt aus dem Prozess der PatientInnenversorgung und wird durch diese Erfahrungen im Sinn der eigenen Arbeit bestärkt
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter haben die Möglichkeit, neue Materialien wie etwa unterschiedliche Beatmungsmaschinen im Dienstbetrieb zu testen, um die Arbeitsabläufe für Sanitäter und Patienten zu verbessern. Die Sanitäter des RTWs sind mit Eifer an der Sache, diese Materialien zu verwenden und Auskunft über deren Nutzen für eine Studie zu dokumentieren. • Die Mannschaft eines RTWs bemüht sich, die disponierten Aufträge bestmöglich in angemessener Zeit abzuwickeln, ohne absichtlich Zeit totschlagen zu wollen, um nicht weitere Transporte durchführen zu müssen.

2.5 Initiative	Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (A)
(S)	Dynamik, entschiedenes Handeln, Engagement
(D)	<p>„Initiative bezeichnet die personale Fähigkeit zum aktiven – sachlichen, geistigen und handlungsmäßigen – Engagement für einen Gegenstand, eine Aufgabe, ein Ziel. Sie setzt zugleich die aktive Bindung daran und den persönlichen Einsatz dafür voraus. Ohne fremde Aufforderung oder Druck werden sinnvolle Ziele formuliert und in Ergebnisse umgesetzt. Initiative schließt eine in der persönlichen Vorsatzbildung verankerte Charakteristik eines bestimmten Zieles ein. Initiative wird zumeist mit sozialer Achtung und Anerkennung honoriert. Initiative kann für alle Abschnitte eines Arbeitsprozesses wichtig sein: Für die Festlegung seines Beginns und Ablaufs, für die Durchführung und Kontrolle des Realisierungsprozesses, für das Beharren auf einmal abgesteckten Zielen, schließlich für die Ausarbeitung und das Erreichen neuer, weiter gestreckter Ziele.“ (Heyse, 2010a: 138)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über ein innerlich gesteuertes, dynamisches Verhalten zur Herbeiführung einer unmittelbar umzusetzenden Entscheidung • startet eine Aktivität oder Handlung nach vorangehender Entscheidung in angemessenem Zeitrahmen und ist auf das Ziel, den PatientInnen eine bestmögliche Versorgung zu ermöglichen, ausgerichtet • befasst sich selbstständig mit neuen Erkenntnissen in der Notfallmedizin und versucht, diese ins Dienstgeschehen einzubringen • zieht bei Bedarf zum Wohle der PatientInnen NotärztInnen und Spezialkräfte hinzu

	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt auch unter erschwerten Bedingungen, welche komplexe Lösungen erfordern, über eine hohe Effizienz zur Problemlösung sowie zur gezielten PatientInnenversorgung
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein NKI organisiert bei einer Physiotherapeutin ein Trainingsprogramm gegen seine Rückenprobleme und empfiehlt dies auch seinen KollegInnen. • Die SanitäterInnen warten bei einer Reanimation nicht auf das Eintreffen des Notarztes, sondern beginnen bei Verfügbarkeit personeller Ressourcen sofort mit einer Versorgung laut Advanced-Life-Support. (ALS)

2.6 <i>Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (A)</i>	
Ergebnisorientiertes Handeln	
(S)	Handlungswirksamkeit, Erfolgsorientierung, Outputorientierung
(D)	<p>„Ergebnisorientiertes Handeln ist eine auf solidem fachlich-methodischen Wissen, auf Erfahrungen und komplexem Können beruhende Aktivität, die der Erreichung vorgegebener oder selbst gesetzter geistiger oder praktischer Ziele dient. Diese Aktivität wird mit Willensstärke und Beharrlichkeit auch unter Widerständen und Belastungen verfolgt. Im Gegensatz zu rein affektgebundenem oder aber durch äußere Vorgaben bestimmtem Handeln ist ergebnisorientiertes Handeln immer eine bewusste, fachliches und methodisches Wissen sowie Handlungsantrieb, -orientierung, -ausführung und -kontrolle als übergreifende Funktionseinheit zusammenschließende Aktivität.“</p> <p>(Heyse, 2010a: 131)</p>

(KB)

- verfolgt die Identifikation, die Isolierung und die Eliminierung von Problemen sowie die Implementierung erfolgversprechender Prozesse
- realisiert im Rahmen der gegebenen Umstände die notwendigen Schritte, die zur Zielerreichung notwendig sind
- zielt auf ein für die PatientInnen möglichst positives Outcome ab und nutzt dabei jegliche möglichen Ressourcen
- kontrolliert die Wirksamkeit der Maßnahmen, um den gewünschten Effekt für die PatientInnen zu erreichen
- zeigt Interesse an einer Selbstreflexion, um die eigenen Fähigkeiten zu verbessern

(BSP)

- Ein Reanimationspatient wird vom Rettungsdienst nach ALS-Algorithmen wiederbelebt und nach einer Woche ohne neurologische Schädigung aus dem Krankenhaus entlassen.
- Der NKI appliziert im Rahmen einer Atemnot ein Medikament und evaluiert den Effekt seiner Maßnahme durch die Beobachtung der Atmung und der restlichen Vitalparameter. Er nutzt zur Überwachung alle apparativen und nicht-apparativen Möglichkeiten, die zur Verfügung stehen.

2.7 Zielorientiertes Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (A)

Führen

(S)	Zielorientierung, Zielvereinbarung, Zielstrebigkeit
(D)	„Zielorientiertes Führen beschreibt ein aktives, intensives Führungshandeln, das nicht in erster Linie auf die eigene Positionsmacht oder die gute Beziehung von Führung und Mitgliedern gerichtet ist, sondern sich auf die erkannte, fachlich-methodisch zu beschreibende und zu beherrschende Aufgabenstruktur bezieht, die der Führungsaktivität zu Grunde gelegt wird. Setzen und Durchsetzen von Zielen sind Grundvoraussetzungen einer guten Führung. Dabei steht das Bemühen um klare und präzise Ziele und das entsprechende Verständnis der Mitarbeiter im Vordergrund. Je besser die Zielorientierung den Mitarbeitern vermittelt werden können, desto höher liegen damit die Erfolgchancen des zielorientierten Führens. Hier zählen Wissen, methodische Erfahrungen und Aktivität des Führenden mehr als personales Charisma oder soziale Beziehungsfähigkeit.“ (Heyse, 2010a: 154)
(KB)	<ul style="list-style-type: none">• koordiniert und organisiert Handlungstätigkeiten und managt diese im Team, um den PatientInnen eine zielgerichtete, schnellstmögliche Versorgung gewährleisten zu können• setzt Prioritäten in Problemsituationen und führt durch klare Anweisungen zu einer gezielten Problemlösung• organisiert in Notfallsituationen - unter Einbezug der personellen Ressourcen - die Versorgung von NotfallpatientInnen• handelt nach vorgegebenen Zielvereinbarungen, um entweder eine möglichst umfangreiche oder

	<p>möglichst schnelle PatientInnenversorgung gewährleisten zu können</p> <ul style="list-style-type: none"> • verfolgt zielstrebig die Position, Menschen durch notfallmedizinische Versorgung helfen zu wollen und zu können
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Unfall mit zwei beteiligten PKWs werden alle Maßnahmen zur schnellstmöglichen Versorgung mehrerer Schwerverletzter vom Notfallsanitäter NKI so lange koordiniert, bis der Einsatzleiter eintrifft. • Auch bei Diensten mit unzähligen Einsätzen ist der NKI bestrebt, das Wohl des Patienten im Auge zu behalten und versucht stets, eine optimale PatientInnenversorgung zu gewährleisten, auch wenn dies mitunter logistische Herausforderungen mit sich bringt, wie z. B. die Unterbringung in einer geeigneten Krankenanstalt.

2.8 Konsequenz	Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (A)
(S)	Durchsetzungskraft, Folgerichtigkeit, Unbeirrbarkeit
(D)	<p>„Konsequenz ist eine Haltung, die folgerichtiges Denken mit folgerichtigem, zielstrebigem Handeln verbindet. Sie bezieht sowohl die Gesamtheit der sachlichen Gegebenheiten, als auch die Folge-, Aus- und Nachwirkungen des Handelns ein.</p> <p>Während Konsequenz im fachlich-methodischen Denken Gefühls- und Wertaspekte ausklammern muss, um zu gültigen Resultaten zu gelangen, spielt im Bereich des Handelns gerade die Stabilität dieser Gefühls- und Wertaspekte die entscheidende Rolle für ein konsequentes Vorgehen.“ (Heyse, 2010a: 140)</p>

(KB)

- weicht Problemstellungen nicht aus und versucht, diese auf Basis des Wissens und gegebener Richtlinien zu lösen
- verfolgt Ziele zur bestmöglichen PatientInnenversorgung konsequent und lässt sich auch durch unvorhergesehene Ereignisse nicht davon abbringen
- setzt sich auch in herausfordernden Situationen durch, nachdem die Situation analysiert und reflektiert wurde
- bezieht Folge-, Aus- und Nachwirkungen in die Handlungen mit ein; gestaltet diese Handlungen aber - wenn möglich - im Sinne der PatientInnen
- arbeitet in Notfallsituationen zielstrebig an Verbesserungen des PatientInnenzustandes

(BSP)

- Der Sanitäter lässt sich auch durch Interventionen von Angehörigen nicht davon abbringen, in eine fachlich geeignete Krankenanstalt zu fahren, anstatt in eine Klinik, welche für das vorliegende Krankheitsbild nicht geeignet ist.
- Auch während Standard-Einsätzen weicht der Sanitäter nicht davon ab, eine genaue PatientInnenbeurteilung inklusive vollständiger Anamnese durchzuführen, um keine kritischen Erkrankungen, welche oft auf den ersten Blick nicht gleich erkennbar sind, zu übersehen und folgend nicht sofort intervenieren zu können.

3.4 Integrationsfähigkeit	Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (S) Sozial-kommunikative Kompetenz
(S)	Aufgeschlossenheit, interkulturelle Sensibilität, interkulturelle Toleranz, Verträglichkeit
(D)	<p>„Integrationsfähigkeit kennzeichnet das personale Vermögen, unterschiedliche soziale Bestrebungen, Interessen und Aktionen zu gemeinsamem Handeln zu bündeln und für die Arbeit, das Unternehmen, die Organisation... wirksam werden zu lassen. Integration wird damit nicht als ein zu erreichendes Ziel aufgefasst, sondern als das Prozessgeschehen selbst. Dabei sind integrative Prozesse diejenigen, bei denen ‚Einigungen‘ zwischen gegensätzlichen Sichtweisen, interagierenden Personen und Personengruppen zu Stande kommen. Einigung bedeutet dabei die Entdeckung des gemeinsam Möglichen bei Akzeptanz des Unterschiedlichen, sie ist die Synthese aus den notwendigen Polen Annäherung und Abgrenzung, die in einem dialektischen Verhältnis zueinanderstehen. Psychisch geht es bei der Integrationsfähigkeit um das Wahrnehmen und den Ausgleich widerstreitender psychischer Anteile, sowie um Probleme der Akzeptanz, u.a. von kulturell geprägtem anderen.“ (Heyse, 2010a: 139)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • optimiert die Zusammenarbeit von Rettungsmannschaften und interdisziplinären Teams bei Notfällen, indem unterschiedliche Stärken und Aufgabenbereiche berücksichtigt werden • kommuniziert klar und verständlich und versucht, alle Mitglieder des Teams in die Tätigkeiten zu integrieren

	<ul style="list-style-type: none"> • ist bemüht, unterschiedliche Ansichten zu reflektieren und diese in die Arbeit einfließen zu lassen • entscheidet unabhängig von kulturellen Aspekten im Sinne einer optimalen PatientInnenversorgung und stellt die Versorgung der PatientInnen über etwaige Glaubensfragen – Einwilligung der PatientInnen wird - wenn möglich - eingeholt • ermutigt KollegInnen auch nach unzähligen Dienstjahren und Einsätzen, „State of the Art“ zu handeln
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Einsatz mit NEF, RTW und KTW werden alle Besatzungen entsprechend ihrer Qualifikationen eingeteilt und eingebunden, um eine umfassende PatientInnenversorgung zu gewährleisten. • Ein Patient erklärt einem Sanitäter seinen religiösen Standpunkt hinsichtlich der weiteren Versorgung. Der Sanitäter akzeptiert die Wünsche des Patienten und dokumentiert diese gegebenenfalls.

3.5 Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (S)	
Kommunikationsfähigkeit	
(S)	Gesprächsführung, Offenheit in der Kommunikation, Kontaktfähigkeit, soziale Neugier, Umgangsformen,
(D)	„Kommunikationsfähigkeit als wichtige Anforderung an Mitarbeiter und Führungskräfte meint vor allem die Eignung in Gespräch, Verhandlung, Abstimmungsgespräch... mit einer oder mehreren Personen vorteilhafte Ergebnisse für die eigene Arbeitsgruppe oder das eigene Unternehmen zu erzielen, ohne die Verhandlungspartner zu frustrieren bzw. zu

	<p>dauerhaften Widersachern zu machen. Orientiert wird weitgehend auf gegenseitig vorteilhaften Lösungen. Es sollte der Unternehmungsvorteil gewahrt werden, jedoch ohne in den Partnern das Gefühl zu hinterlassen, dass ihre berechtigten Interessen und Einwände unberücksichtigt blieben. Kommunikationsfähigkeit schließt ein, zuhören zu wollen und zu können, sowie mündliche und schriftliche Informationen mit hoher Verständlichkeit zu gestalten. Sie umfasst Redegewandtheit, Kontakt- und Überzeugungsfähigkeit – auch gegenüber schwierigen Kommunikationspartnern. Bei Führungskräften gehört die Fähigkeit dazu, gute Kontakte zu unterschiedlichen Gesprächspartnern (Kunden, Zulieferern...) anzubahnen und intensiv zu nutzen (Verhandlungsgeschick). (Heyse, 2010a: 139)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • bündelt relevante Informationen und gibt diese an KollegInnen weiter • verarbeitet übertragene Informationen und setzt gezielt auf darauf aufbauende Handlungen • macht PatientInnen die relevanten Informationen zugänglich und verständlich • verwendet eine angemessene Wortwahl und artikuliert sich verständlich • ist im Auftreten glaubwürdig und das Verhalten wird in der Situation als passend empfunden • pflegt einen offenen Umgang mit PatientInnen und KollegInnen • versucht, keine Diskussionen zu sensiblen Themen zu provozieren und bleibt in Diskussion generell sachlich
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Zwei Sanitäter, welche erst wenige Notfälle gemeinsam bestritten haben, arbeiten bei einem Einsatz zum Wohle des Patienten zusammen. Der

NKI stellt in diesem Team den Leader dar und kommuniziert die zu verrichtenden Tätigkeiten und Versorgungsstrategien an sein Teammitglied. Diese Maßnahmen werden nach Bestätigung durch den zweiten Sanitäter gemeinsam durchgeführt.

- Die Besatzung eines RTWs versteht es, dem Patienten verständlich zu machen, dass es beim Transport in eine Krankenanstalt um dessen Wohl geht und er sonst Folgeschäden davontragen könnte.

3.6 Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (S)	
Kooperationsfähigkeit	
(S)	Arbeitsteilung, Partnerschaftlichkeit, Interaktionsfähigkeit
(D)	<p>„Kooperationsfähigkeit bezeichnet das Vermögen zur sozialen Zusammenarbeit. Das bezieht die Fähigkeit ein, aus einzelnen Personen (zumindest zeitweilig) eine sich gegenseitig ergänzende und unterstützende Gemeinschaft zu gestalten, die Neuem gegenüber aufgeschlossen und handlungsbereit ist und sich gegenüber anderen Personen und Gruppen nicht ablehnend verhält.</p> <p>Bedeutsam sind der Wille und die Fähigkeit, auch schwierige Personen in Teamarbeiten einzubeziehen – und zwar so, dass im persönlichen Wettbewerb und abgestimmter Zusammenarbeit Hochleistungen für den Kunden und das Unternehmen erzielt werden.“ (Heyse, 2010a: 141)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • bindet die PatientInnen aktiv in den Behandlungsvorgang mit ein • ordnet seine Handlungen dem übergeordneten Ziel der PatientInnenversorgung, in Abstimmung mit den KollegInnen, unter

	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über die Fähigkeit des Strukturierens und Koordinierens praktischer und sozialer Zusammenarbeit • lebt eine Grundhaltung vorurteilsfreien Denkens und Handelns gegenüber allen PatientInnengruppen • ist bemüht, auch schwierige Charaktere in die Teamarbeit miteinzubeziehen • bindet andere Einsatzorganisationen nach ihrem Einsatzspektrum mit in den Einsatzablauf ein, um eine bestmögliche PatientInnenversorgung zu gewährleisten
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter eines RTWs ergänzen sich in ihren Aufgaben und teilen sich die Arbeit und Tätigkeiten fair auf. • Ein neuer Kollege fährt in der Schicht mit einem altgedienten Fahrer, welcher diesen als ausgebildeten NKI akzeptiert, ihn als wertvolles Mitglied des Teams erachtet und mit ihm gemeinsam die Schicht bestreitet.

3.7 Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (S)	
Anpassungsfähigkeit	
(S)	Einfühlsamkeit, Einordnungswille, Abstimmungsbereitschaft
(D)	„Anpassungsfähigkeit beschreibt das individuelle Vermögen, sich in oft schwierigen persönlichen und sozialen Situationen – insbesondere im Rahmen der Arbeit mit anderen in Gruppen (Teams), Unternehmen und Organisationen – so einzubringen, dass die gemeinsamen Ziele schneller und besser erreicht werden. Dabei darf die Anpassungsfähigkeit nicht im Widerspruch zur

Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit gesehen werden; Brücke ist vielmehr das Gefühl, etwas für Familie, Freunde, Kollegen, das Unternehmen, die Gesellschaft... geleistet zu haben. Erfolgreiche Organisationen zeichnen sich heute dadurch aus, dass sie nicht nur auf den Wandel reagieren, sondern mit dem Wandel agieren; zu Schwerfälligkeit und Inflexibilität führende hierarchische, tayloristische Leitbilder, Zentralisierung, Spezialisierung und Bürokratie widersprechen der vom Markt geforderten Reaktions- und Anpassungsfähigkeit. Die Erkenntnis, dass das Unternehmensumfeld nicht im Voraus berechenbar ist, führt wiederum zu hohen Ansprüchen an die Anpassungsfähigkeit, und Flexibilität des Einzelnen.“ (Heyse, 2010a: 125)

(KB)

- stimmt die Versorgung von PatientInnen mit TeamkollegInnen ab
- bindet KollegInnen, PatientInnen, Mitglieder anderer Hilfsorganisationen und Angehörige bei Bedarf in das Geschehen mit ein, um Situationen in medizinischer, psychischer, physischer oder sozialer Hinsicht zu meistern
- gestaltet die PatientInnenversorgung nach den neuesten Standards der Wissenschaft
- hört anderen Akteuren während eines Notfalles aktiv zu und setzt Prioritäten
- ist sich der Rolle des Berufsbildes für die Gesellschaft bewusst und versucht dementsprechend, das Bestmögliche zu tun, um PatientInnen zu versorgen
- kann flexible Handlungsabläufe koordinieren
- und sich auf ständig ändernde Arbeitssituationen einstellen

	<ul style="list-style-type: none"> • reagiert auf die wechselnden PatientInnensituationen flexibel und reorganisiert das Verhalten danach
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Auf Grund von Kapazitätsengpässen meldet die Leitstelle, dass der geplante Transport ins Zielkrankenhaus nicht planmäßig durchgeführt werden kann, sondern in ein weiter entferntes Krankenhaus erfolgen muss. Der NKI muss diese Situation hinnehmen, kann aber bei Bedarf weitere Kräfte wie NotärztInnen hinzuholen, um eine - eventuell durch die lange Transportdistanz notwendig gewordene - Intervention wie etwa eine Narkoseeinleitung, durchzuführen zu lassen. • Wegen einer plötzlich auftretenden Magen-Darm-Erkrankung kann ein Notfallsanitäter seinen Dienst während einer Nachtschicht nicht weiter verrichten. Eine Kollegin erklärt sich bereit, seinen Dienst zu übernehmen, um den Rettungswagen weiterhin besetzen zu können.

3.8 Pflichtgefühl	Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (S)
(S)	Pflichtbewusstsein, Pflichteifer, Pflichttreue
(D)	„Pflichtgefühl ist die sozial orientierte Eigenschaft von Personen, gesellschaftliche bzw. unternehmensspezifische Normen- und Wertsysteme mit Aufforderungscharakter und einem hohen Grad von Verbindlichkeit für das eigene und das gemeinsame Handeln zu kennen (Wertwissen), zu akzeptieren und ins gemeinsame Handeln, auch unter widersprüchlichen Handlungsumständen, einzubringen (soziale Eigen- oder Selbststeuerung des Handelns). Pflichtgefühl bezeichnet damit einerseits die Bindung an anerkannte, allgemein akzeptierte übergeordnete Prinzipien und Werte,

	<p>andererseits die Bindung an die handlungsleitenden Wertvorstellungen der (Arbeits-) Gruppe, des Unternehmens, der Organisation... Es bezieht sich also immer auf die Verantwortung gegenüber sich selbst sowie gegenüber anderen. Es manifestiert sich in der Regel anhand klar umrissener, konkret abrechenbarer Aufgaben und Projekte und ist nicht zu trennen von Eigenschaften wie fachlich und methodisch gefestigter Gewissenhaftigkeit, Umsicht und Gründlichkeit. (Heyse, 2010a: 147)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • realisiert konsequent die Umsetzung von Richtlinien, Vorgaben, Bestimmungen und SOPs • ist sich der straf- und dienstrechtlichen Konsequenzen bewusst, welche ein nicht vorgabenkonformes Verhalten bei der Versorgung von NotfallpatientInnen nach sich ziehen kann • handelt nach den im Österreichischen Rettungsdienst geltenden Normen und Wertvorstellungen zum Wohle von PatientInnen • wendet gewissenhaft alle nötigen Maßnahmen und Vorbereitungen an, um die eigene Einsatzbereitschaft aufrecht zu erhalten • verankert während der Dienstzeiten die notwendigen Prozesse, um sicher zu stellen, dass das Einsatzmaterial laut den Vorgaben und gültigen Maßstäben vorrätig und einsatzbereit ist • ist sich über die Bedeutsamkeit der Notfallrettung für die Bevölkerung im Klaren und agiert dem gemeinsamen Interesse einer qualitativ möglichst hochwertigen Versorgung entsprechend
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der NKI führt in den verfügbaren oder dafür vorgesehenen Zeiten die notwendigen Hygienemaßnahmen am Fahrzeug durch, um die

PatientInnen bestmöglich vor Krankheitserregern schützen zu können.

- Während eines Einsatzes mit einem dem NKI bereits bekannten Patienten verhält sich der NKI höflich und erhebt die Vitalparameter den Normen entsprechend. Vor möglichen Zuschauern verhält er sich respektvoll und zeigt weder dem Patienten noch den ZuschauerInnen den Unmut über die neuerliche Berufung zum Patienten. Im Falle eines nicht notwendigen Transportes erklärt der NKI das weitere Prozedere sachlich, aber bestimmt.

4.5 Wissensorientierung	Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (F) Fach- und Methodenkompetenz
(S)	Allgemeinbildung, Lerneifer, Kennerschaft
(D)	„Wissensorientierung ist die in der Persönlichkeit gegründete Fähigkeit, die im Gedächtnis fixierten handlungsregulierenden und handlungsrechtfertigenden Kenntnisse über die Beschaffenheit der für die Tätigkeit in der Arbeitsgruppe, im Unternehmen, am Markt, notwendigen Sachverhalte, (Faktenwissen), sowie über die notwendigen Prozeduren, Vorgehensweisen, Strategien, Fertigkeiten... kontinuierlich auf dem Laufenden zu halten und zu erweitern. Die Wissensorientierung richtet sich dabei nicht nur auf das explizite, d. h. klar fassbare und kommunizierbare Wissen, das im Handeln als Erfahrung zu Verfügung steht, aber nicht vollständig explizierbar ist. Dieses schließt Normen- und Wertwissen ein. Es geht damit nicht nur um die Orientierung auf Sachwissen, sondern auch auf regulativ wirksames Wissen, um Handlungswissen, das die Regulation von Tätigkeiten, Handlungen und Operationen erst in seiner Gesamtheit ermöglicht. (Heyse, 2010a: 154)

(KB)

- setzt gezielt Maßnahmen zur PatientInnenversorgung und kontrolliert diese auf Basis theoretischer Grundlagen über Richtlinien der Versorgung von PatientInnen sowie Werte und ethische Vorstellungen der Gesellschaft durch Reflexion
- integriert neueste Erkenntnisse der Wissenschaft und Medizin in die eigenen Handlungen
- bildet sich selbstständig und im erforderlichen Ausmaß fachspezifisch fort und eignet sich dadurch - auf die Grundausbildung aufbauendes - fachspezifisches Wissen an
- ist bereit, seinen Wissenstand ständig zu aktualisieren und diesen in Korrelation zum aktuellen Stand der Wissenschaft zu setzen
- kennt die Grenzen und den Rahmen des persönlichen Handlungsspielraums

(BSP)

- Der NKI meldet sich freiwillig, während des Dienstes, um an einer Studie zur Testung von Medizinprodukten teilzunehmen, um die PatientInnen-Versorgung in Zukunft verbessern zu können. Ihm ist das Potential solcher Studien bewusst und er sieht diese nicht als zusätzlichen Arbeitsaufwand an.
- Die neuen Algorithmen bereiten dem NKI keine großen Probleme, da er über das notwendige Wissen bezüglich der anzuwendenden Arzneimittel verfügt, um zu verstehen, warum und wie diese eingesetzt werden müssen. Es stellt für ihn somit keine Schwierigkeit dar, die Präparate bei Einsätzen sinnvoll anzuwenden.

4.6 Sachlichkeit	Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (F)
(S)	Faktenorientierung, Sachverstand, Objektivität
(D)	<p>„Sachlichkeit kennzeichnet eine Persönlichkeit, die ihre Urteile und Handlungen aus sachlich und methodisch begründeten Überlegungen herleitet und sich um größtmögliche Objektivität bemüht. Das gilt auch vor allem in Konflikt- und Stresssituationen, die durch emotional-motivational geprägte Vor-Urteile echte Sachurteile erschweren. Sachliche Personen stellen Auseinandersetzungen – unter Umständen auch notwendige und die Sache eher befördernde – hintan und bemühen sich bis zuletzt um eine analytisch-rationale Klärung. Unsachlichkeit oder emotional grundierten Angriffen sind sie oft hilflos ausgeliefert. Wo es jedoch um die Aufarbeitung von Daten, um das Auffinden logischer und methodisch organisationaler Schlussfolgerungen und um die Optimierung rationalen Handelns geht, ist Sachlichkeit eine unumgängliche Voraussetzung und ein sachliches Vorgehen durch nichts zu ersetzen. (Heyse, 2010a: 149)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • führt Gespräche mit PatientInnen und KollegInnen sachlich und nicht emotional und lässt sich auch auf andere Sichtweisen ein, vor allem, wenn diese faktenbasiert sind • lässt sich nicht durch persönliche Erfahrungen ablenken, sondern betrachtet PatientInnen möglichst objektiv • versucht, auch in schwierigen Situationen, möglichst rational zu denken und diese anhand von Fakten zu analysieren • verfügt über einen Sachverstand, der es ermöglicht, Krankheiten in Hinsicht auf deren Schwere zu beurteilen

	<ul style="list-style-type: none"> • schätzt den PatientInnenzustand auf Basis von Wissen und Erfahrung ein und handelt dementsprechend
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter betreten einen Berufsort, welcher auf den ersten Blick sehr in die Jahre gekommen aussieht. Sie beurteilen den Patienten aber nicht nach den räumlichen Gegebenheiten, sondern fokussieren sich auf diesen. • Während eines Transportes berichtet ein Patient von seiner politischen Gesinnung, welche mit den Ansichten des Sanitäters nicht konformgeht. Trotzdem führt der Sanitäter den Transport ordnungsgemäß durch und beurteilt die Situation des Patienten objektiv.

4.7 Systematisch- Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (F)	
methodisches Vorgehen	
(S)	Beurteilungsfähigkeit, strukturiertes Denken, methodisches Denken
(D)	<p>„Systematisch-methodisches Vorgehen ist die Verflechtung von einem intensiven, drängenden Zugehen auf Probleme und Aufgaben, mit einer planvoll vorgehenden Analyse vor dem Hintergrund eines möglichst umfassenden fachlichen und methodischen Wissens.</p> <p>Im beruflichen, betrieblichen Bereich ist ein solches Vorgehen vor allem für Situationen von entscheidender Bedeutung in denen es um die Weiterführung und Ausgestaltung bestehender Bedingungen und Arbeitsprozesse oder um die Reorganisation bestehender Organisationsstrukturen geht.“ (Heyse, 2010a: 152)</p>

(KB)

- handelt der Lehrmeinung entsprechend nach aktuell gültigen Algorithmen, Guidelines und SOPs; bei Bedarf auch ergänzend
- analysiert die Einsatzstelle und erkennt potenzielle Gefahren und Gefahrenbereiche für PatientInnen und/oder Besatzung
- kann PatientInnen anhand von vorgegebenen, standardisierten Algorithmen strukturiert beurteilen und versorgen
- arbeitet auf Algorithmen basiert
- kann den Zustand von PatientInnen einschätzen und dementsprechende Handlungen setzen

(BSP)

- Der Patient erleidet plötzlich einen Krampfanfall. Die Sanitäter beginnen, den Patienten nach einem eingelernten Patientenbeurteilungsschema zu beurteilen und zu versorgen. Nachdem unter anderem eine adäquate Lagerung, Sauerstoffgabe und der Schutz vor weiteren Verletzungen durchgeführt wurde, wird schließlich entschieden, einen Notarzt hinzu zu holen. Bis der Notarzt eintrifft, versucht der NKI zudem, den Krampf mittels nasaler Medikamentengabe durch einen Zerstäuber zu unterbrechen, was ihm auch gelingt.
- Während eines Transportes zeigt sich ein Patient offensichtlich verwirrt. Der Sanitäter versucht, die Situation entsprechend einzuschätzen, um einen für den Patienten angemessenen Transport durchführen zu können, aber auch auf abnorme Reaktionen des Patienten und die möglicherweise resultierende Gefährdung des Sanitätspersonals einzugehen.

4.8 Erweiterter Kompetenzatlas NKI – (F)	
Fachübergreifende Kenntnisse	
(S)	Fachliche Neugier, Komplexitätsverständnis, politische und soziale Kenntnisse, soziales Wissen, Systematik
(D)	<p>„Fachübergreifende Kenntnisse beziehen sich auf all jene fachlich-methodischen Kenntnisse, die das Wissen um die gegenwärtigen Produkte und Dienstleistungen des Unternehmens und die aktuell genutzten Wege von Absatzvorbereitung, Absatzdurchführung und Absatzverpflichtung (Kundenbeziehung) überragen. Hierzu gehören zum einen Kenntnisse des gesamten Produkt- bzw. Dienstleistungshintergrundes (also nicht nur von Produkten und Dienstleistungen der Wettbewerber, sondern auch von Produkten und Produktzusammenhängen, die in Zukunft wichtig werden können) zum anderen Kenntnisse möglicher Organisations-, Vertriebs- und Verkaufsalternativen. Das setzt wiederum breite Kenntnisse ökonomischer und politischer Gesamtzusammenhänge voraus. Schließlich gehört auch ein fundiertes Normen- und Wertwissen sowie ein Wissen juristischer, sozialer, möglicherweise auch ästhetischer Zusammenhänge dazu.“ (Heyse, 2010a: 132)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • kennt die Grenzen des eigenen Tätigkeitsfeldes sowie mögliche Ressourcen anderer Einsatzorganisationen und schöpft diese gezielt aus • weiß über gängige innerklinische Vorgänge Bescheid, um eine bestmögliche Versorgung vor Ort zu gewährleisten und eine möglichst patientInnenorientierte Übergabe zu bewerkstelligen

	<ul style="list-style-type: none"> • interessiert sich im Hinblick auf eine zukünftige organisationsübergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer optimalen Einsatzbewältigung für die Aufgabenbereiche anderer Organisationen • respektiert die eigenen Fertigkeiten und Möglichkeiten sowie die der anderen in Bezug auf den patientInnen- und materialorientierten Einsatz • verstärkt die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen in Situationen, in denen der NKI an die persönlichen Grenzen stößt
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter versucht, die komplexen Zusammenhänge zwischen Krankheitsbeginn und Verlauf in der Praxis nachzuvollziehen, indem er verschiedene Stadien der Krankheiten und deren Ausprägungen bei NotfallpatientInnen beobachtet und in Beziehung setzt. • Der NKI besitzt profunde Kenntnisse über die Tätigkeiten von Feuerwehr, Wasserrettung, Bergrettung oder Höhlenrettung, um bei Bedarf auf deren Einsatzspektrum zurückgreifen zu können.

9.1.3 Metakompetenzen NKI

MK1 – Metakompetenzen NKI	
Selbsterkenntnis (-vermögen)	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Bewusstsein über Leitmotive, Reflexionsgrad der eigenen Familiengeschichte, Verarbeitung der eigenen Lebenserlebnisse. Negativ: Selbstüberschätzung, Arroganz“ (Bergmann et al. 2006:117)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • hinterfragt die eigenen Leitmotive für eine Tätigkeit im Rettungsdienst und reflektiert diese • nutzt Grenzerfahrungen zur Sinnsuche und auch dazu, sich mit Sinnkonflikten auseinanderzusetzen (vgl. Stepan, 2001^{2a}: 395f.) • ist offen für Auseinandersetzungen über Sinn und Unsinn von Leben und Tod (vgl. Frankl, 1982³) • nutzt im Dienst Wissen über die menschlichen Bedürfnisse: Selbstverwirklichungsbedürfnisse (Potential, Ziele), Kognitive Bedürfnisse (Wissen, Verstehen), Anerkennungsbedürfnisse (Vertrauen, Anerkennung der Kompetenzen), Soziale Bedürfnisse (Zugehörigkeit, Liebe), Sicherheit (Sicherheit, Ruhe, keine Angst) und Physiologische Bedürfnisse (Nahrung, Sauerstoff, Sexualität) – um sich um eigene und Bedürfnisse von PatientInnen kümmern zu können (vgl. Maslow, 1994⁵) • identifiziert mögliche negative Auswirkungen psychischer oder physischer Natur, welche von Ereignissen während des Dienstes, Vorgesetzten, KollegInnen oder Arbeitsmittelausstattung ausgehen (vgl. Lasogga & Gasch, 2014³: 145f.) • erkennt Symptome, die für eine Belastungsstörung sprechen, wie etwa Wiedererleben von Einsätzen

	<p>oder Erlebnissen, Vermeidung von Reizen im Zusammenhang mit diesen Erfahrungen, Gefühl einer Entfremdung von sich und anderen oder etwa einer erhöhten Erregbarkeit und leitet daraus die Notwendigkeit zur Intervention ab, was auch für Ausgebranntsein (Burn-out-Syndrom) oder Depression gilt (vgl. Herzog, 2014²:1111f.)</p>
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Während der Ausbildung von NKI werden bereits Symptome und Auswirkungen von Stress im Dienst gelehrt, sowie Möglichkeiten zur Hilfestellung für Helfer in Ausnahmesituationen thematisiert. Der NKI ist durch dieses Wissen, gepaart mit dem eigenen Selbsterkenntnisvermögen, im Stande, die eigene Situation einzuschätzen und bei Bedarf Hilfe anzufordern, um etwa einer akuten Belastungsreaktion oder posttraumatischen Belastungsstörung entgegenzuwirken.

MK2 – Selbstdistanz	Metakompetenzen NKI
<p>Lexikalische Erläuterung (D)</p>	<p>„Selbstironie, Neutralität, Ausmaß des Selbstbezugs, religiöse und weltanschauliche Werte. Negativ: Ideologie, Xenophobie, Vorurteile“ (Bergmann et al. 2006: 117)</p>
<p>Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über ein gewisses Maß an Distanz zu Leid und Elend, um sich selbst und PatientInnen zu schützen (Stepan, 2001^{3b}: 233f.) • lebt im Dienst eine Grundhaltung vor, nach der alle PatientInnen unabhängig von Alter, Geschlecht oder Herkunft gleich behandelt werden und ist sich darüber im Klaren, dass auch bei TäterInnen im Falle von Verbrechen eine wertfreie Versorgung durchzuführen ist

	<ul style="list-style-type: none"> • überträgt auch bei misslungener Hilfeleistung, wie etwa dem Tod von PatientInnen, die Schuld nicht auf sich selbst (vgl. Lasogga & Gasch, 2014³: 162)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein NKI wird zu einem 50-jährigen männlichen Patienten gerufen, welcher damit droht sich das Leben zu nehmen, indem er von einer Brücke springt. Auch nach gutem Zureden und dem Versuch auf persönlicher Ebene mit dem Mann zu kommunizieren, springt dieser und erleidet tödliche Verletzungen. Der NKI ist sich dessen bewusst, dass ihn keine Schuld für den Tod des Verstorbenen trifft.

MK3 – Situations- Kontextidentifikations- fähigkeit		Metakompetenzen NKI
Lexikalische Erläuterung (D)		„Historische Einordnung, Altersadäquanz, Abstimmung der Kontexte im Lebenslauf, keine absoluten Lösungen, Abwägung von Nutzen und Aufwand. Negativ: Absolute Lösungen, apodiktische Äußerungen“ (Bergmann et al. 2006: 117).
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)		<ul style="list-style-type: none"> • vermittelt, nach Reflexion der Thematik, den Eindruck, dass „Seelische Betreuung [...] kein Ersatz für medizinische Hilfe, aber eine sinnvolle Ergänzung“ ist (Stepan, 2001^{3b}: 233) • identifiziert sich mit den Notfallsituationen und den NotfallpatientInnen, schafft aber auch die nötige Distanz (Stepan, 2001^{3b}: 233) • entscheidet im Sinne von PatientInnen, ob eine Versorgung vor Ort sinnvoll ist, oder ob ein sofortiger Transport ins Krankenhaus (load and go) notwendig ist, bzw. weitere Kräfte hinzugezogen

	werden sollen (NotärztInnen, Feuerwehr, Bergrettung, Wasserrettung etc.)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> Während eines Einsatzes, bei welchem ein RTW zu einem Notfallpatienten disponiert wurde, offenbart sich nach Ersteinschätzung ein kritischer, vitalbedrohter Patient. Die Sanitäter vor Ort entscheiden sich auf Grund der Nähe zum Krankenhaus für einen raschen Transport anstatt auf den diensthabenden Notarzt zurückzugreifen. Vor Fahrtantritt wird der Schockraum der Zielklinik informiert.

MK4 – Interventions- Lösungsfähigkeit Metakompetenzen NKI	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Ausmaß der Anregungen zu Handlungsmöglichkeiten, Sicherheit bei situativen Interventionen, reicher Erfahrungsschatz. Negativ: begrenzte Erfahrungen, Überreaktion“ (Bergmann et al. 2006: 117).
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> praktiziert in herausfordernden Situationen ein sicheres Auftreten und setzt souveräne Handlungen schätzt den PatientInnen-Zustand situativ nach ABC ein, entscheidet nach eigenen Handlungsmöglichkeiten über die weitere Versorgung der PatientInnen und verständigt bzw. fordert bei Erfordernis weitere Hilfe in entsprechender Form an (Spezialkräfte, NotärztInnen, (Tele-)NotärztInnen etc.) (vgl. Hadasch & Bens, 2014: 59 – Anlehnung an D. NotSanG §4)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> Eine RTW-Besatzung trifft bei einer Notfallpatientin/einem Notfallpatienten ein und

entscheidet auf Grund der Expertise und der Handlungsmöglichkeiten über das weitere Prozedere der Behandlung und des Transportes.

MK5 – Lese- und Schreibkompetenz	Metakompetenzen NKI
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„Lese- und Schreibkompetenz ist die Fähigkeit, Konzepte, Gefühle, Tatsachen und Meinungen sowohl mündlich als auch schriftlich mithilfe von visuellen, Ton- und digitalen Materialien in verschiedenen Disziplinen und Kontexten zu erkennen, zu verstehen, auszudrücken, zu erzeugen und zu interpretieren. Sie impliziert die Fähigkeit, auf angemessene und kreative Weise mit anderen Menschen wirksam zu kommunizieren und in Beziehung zu treten.“ (Europäische Kommission, 2018b: 2)</p>
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • ist fähig, in deutscher Sprache, einer Verkehrssprache, wie etwa Englisch, schreiben, lesen und kommunizieren zu können (vgl. EK, 2018b: 2) • versteht schriftliche und mündliche Informationen, welche im Zuge von Einsätzen weitergegeben werden und kann diese im Sinne der PatientInnen weiterverarbeiten und weitergeben (vgl. EK, 2018b: 2) • kann auf verschiedene Bewältigungsstrategien in Kommunikationssituationen zurückgreifen und sich den jeweiligen Situationen und PatientInnen anpassen (vgl. EK, 2018b: 2) • ist an der Kommunikation mit anderen, im Speziellen PatientInnen, interessiert und ist sich der Wirkung der Sprache bewusst (vgl. EK, 2018b: 2f.)

	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über die sprachlichen Mittel, um eine adäquate Dokumentation im Sinne der Dokumentationspflicht des San-G §5 (vgl. RIS, 2020a) und als Nachweis professionellen Arbeitens zu gewährleisten (vgl. Redelsteiner, 2011b²: 35ff.)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Einsatzes dokumentiert die anwesende Sanitäterin/der anwesende Sanitäter alle relevanten Informationen über die Situationen und den PatientInnen(-zustand) in schriftlicher Form und führt eine strukturierte Patientenübergabe im Krankenhaus durch, bei der auch Parameter und Informationen mündlich, schriftlich, mitunter auch elektronisch, übermittelt werden. Diese fachkundige Betreuung durch die Sanitäterin/den Sanitäter dient im Sinne der PatientInnenorientierung dem Schutz der Patientin/des Patienten und einer möglichst dem Zustand der Patientin/des Patienten angemessenen Versorgung im Krankenhaus. (vgl. Redelsteiner, 2011b²: 36)

MK6 – Fremdsprachliche Kompetenz Metakompetenzen NKI	
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„Diese Kompetenz wird als die Fähigkeit definiert, mehrere Sprachen angemessen und wirksam für die Kommunikation zu verwenden. Sie erfordert im Wesentlichen dieselben Fähigkeiten wie die Lese- und Schreibkompetenz: Sie beruht auf der Fähigkeit, Konzepte, Gedanken, Gefühle, Tatsachen und Meinungen sowohl mündlich als auch schriftlich in einer angemessenen Zahl gesellschaftlicher und kultureller Kontexte entsprechend den eigenen Wünschen oder</p>

	<p>Bedürfnissen zu verstehen, auszudrücken und zu interpretieren (Hören, Sprechen, Lesen und Schreiben). Gegebenenfalls kann sie den Erhalt und die Weiterentwicklung muttersprachlicher Kompetenzen einschließen.“ (Europäische Kommission, 2018b: 3)</p>
<p>Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über Kenntnisse in Fremdsprachen und kann diese auch im rettungsdienstlichen Kontext gekonnt einsetzen • kann sich auf einfache Art in rettungsdienstlichen Routinesituationen verständigen und einen direkten verbalen Austausch von Informationen, Themen und Tätigkeiten bezüglich des Rettungsdienstes und des PatientInnenzustandes bewerkstelligen (Zielniveau mindestens A2 des Gemeinsamen europäischen Referenzrahmens für Sprache) (vgl. Europarat, 2013) • realisiert die Anwendung von Grundlagen einer fachbezogenen Konversation in englischer Sprache (vgl. Hündorf & Bender, 2014: 81ff.) • koordiniert den Einsatz von Hilfsmitteln, die eine erfolgreiche Kommunikationssituation in einer Fremdsprache und die Informationsweitergabe durch PatientInnen gewährleisten können (z.B.: Apps auf Smartphones: medTranslate (vgl. ÖRK Steiermark, 2017) oder Übersetzungshilfen wie Google Translator (vgl. Koppelstätter, 2018: 214), Dict.cc; Tip doc emergency© (vgl. Pluntke, 2016 216) diverse Unterlagen in Papierformat, wie Piktogramme, Schmerzskalen, wie etwa die Wong Baker Skala (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011: 420ff.) oder im Besten Fall DolmetscherInnen (vgl. Koppelstätter, 2018: 217) – auch ein evtl. Einbezug

	von Angehörigen oder KollegInnen sollte angedacht werden)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein RTW wird zu einer 54-jährigen spanischen Patientin gerufen, welche über Bauchschmerzen klagt. Da die RTW-Besatzung der spanischen Sprache nicht mächtig ist und die Patientin kein Deutsch spricht, erfolgt die Kommunikation in englischer Sprache. Diese Verständigung ist problemlos möglich, da sowohl für die SanitäterInnen, als auch für die Patientin das Kommunizieren in englischer Sprache keine Schwierigkeit darstellt.

MK7 – Mathematische Metakompetenzen NKI	
Kompetenz (Naturwissenschaften, Informatik, Technik)	
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„A. Mathematische Kompetenz ist die Fähigkeit, mathematisches Denken zu entwickeln und anzuwenden, um Probleme in Alltagssituationen zu lösen. Ausgehend von guten Rechenkenntnissen liegt der Schwerpunkt sowohl auf Verfahren und Aktivität als auch auf Wissen. Mathematische Kompetenz ist — in unterschiedlichem Maße — mit der Fähigkeit und Bereitschaft zur Benutzung von mathematischen Denkart (logisches und räumliches Denken) und Darstellungen (Formeln, Modellen, Konstruktionen, Kurven, Tabellen) verbunden.</p> <p>B. Naturwissenschaftliche Kompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft, die natürliche Welt anhand des vorhandenen Wissens und bestimmter Methoden zu erklären, um Fragen zu stellen und evidenzbasierte Schlussfolgerungen zu ziehen. Kompetenz in Informatik und Technik ist die Anwendung dieses Wissens und dieser Methoden, um</p>

	<p>Antworten auf festgestellte menschliche Wünsche oder Bedürfnisse zu finden. Die Kompetenzen in Naturwissenschaften, Informatik und Technik setzen das Verstehen von durch die Aktivität des Menschen ausgelösten Veränderungen und ein Verantwortungsbewusstsein als Bürger voraus.“ (EK, 2018b: 3)</p>
<p>Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • verfolgt logische und räumliche Denkmuster, um Informationen, welche für PatientInnen von Relevanz sein können, zu verarbeiten und kombiniert diese bei Bedarf (Unfallmechanik; Auswirkungen von Tätigkeiten auf PatientInnen und Umgebung; Zeitdiagramme etc.) • wendet einfache mathematische Prinzipien und Prozesse bei der Verwendung von Einsatzmaterial (Sauerstoffverbrauch, Medikamentendosierung etc.) und im Zuge des alltäglichen Dienstgeschehens an (vgl. EK, 2018b: 4) • beschäftigt sich mit Algorithmen zur Versorgung von PatientInnen, zieht diese in Betracht und wendet diese, sofern die Mittel um diese durchzuführen freigegeben sind, in Notfallsituationen an • versteht die Grundprinzipien der natürlichen als auch modernisierten Welt und der Technik (vgl. EK, 2018b: 4)
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Einsatzes muss ein Sanitäter ein Medikament im Verhältnis 1:10 mit einer Trägerlösung mischen.

MK8 – Digitale Kompetenz	Metakompetenzen NKI
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„Digitale Kompetenz umfasst die sichere, kritische und verantwortungsvolle Nutzung von und Auseinandersetzung mit digitalen Technologien für die allgemeine und berufliche Bildung, die Arbeit und die Teilhabe an der Gesellschaft. Sie beinhaltet Informations- und Datenkompetenz, Kommunikation und Zusammenarbeit, die Erstellung digitaler Inhalte (einschließlich Programmieren), Sicherheit (einschließlich digitales Wohlergehen und Kompetenzen in Verbindung mit Cybersicherheit) und Problemlösung.“ (EK, 2018b: 4)</p>
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • nutzt digitale Medien (Smartphone, Tablet, Terminal, Digitalfunk etc.) und reflektiert deren Nutzung im Dienstalltag • pflegt einen sicheren und kritischen Umgang mit digitalen Medien und (sensiblen) Daten (vgl. EK, 2018b: 5) • schätzt die Wirkung, Verlässlichkeit und Gültigkeit unterschiedlicher verfügbarer Informationen und Daten ein und nutzt bei Bedarf digitale Hilfsmittel zur Abwicklung von rettungsdienstlichen Prozessen (vgl. EK, 2018b: 5)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Routineeinsatzes dokumentiert ein Sanitäter alle relevanten Daten und Informationen des jeweiligen Einsatzes am Tablet des Rettungswagens.

MK9 – Persönliche, soziale und Lernkompetenz, Metakompetenzen NKI	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Persönliche, soziale und Lernkompetenz ist die Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren, Zeit und Informationen effektiv zu verwalten, konstruktiv mit anderen zusammenzuarbeiten, seine Resilienz zu erhalten und seinen Bildungs- und Berufsweg selbst in die Hand zu nehmen. Dazu zählt die Fähigkeit, mit Ungewissheit und komplexen Sachverhalten umzugehen, zu lernen, wie man lernt, das eigene körperliche und emotionale Wohlergehen zu fördern, Empathie zu empfinden und Konflikten zu bewältigen.“ (EK, 2018b: 5)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über Selbstlernfähigkeit und entwickelt eigenständig Lern- und Arbeitstechniken, um über aktuelle Entwicklungen im RD informiert zu sein; zeigt außerdem eine Lern- und Leistungsbereitschaft bei Einsätzen (vgl. Karutz, 2008: 31) • reflektiert die eigenständig gesetzten Handlungen, Maßnahmen und Versorgungen im Rahmen der komplexen Situationen des Rettungsdienstes sowie die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Dienstbetrieb (vgl. EK, 2018b: 5) • entwickelt durch einen breiten Erfahrungsschatz und Wissen das nötige Maß an Resilienz, die Fähigkeit eigene psychische Krisen zu bewältigen, um im RD effizient arbeiten zu können (vgl. EK, 2018b: 5) • setzt die eigenen Fähigkeiten zu lernen ein, um stressresistent zu agieren, Empathie zu empfinden und Konflikte im erforderlichen Maße bewältigen zu können (vgl. EK, 2018b: 5)

	<ul style="list-style-type: none"> • nutzt bei Fort- und Weiterbildungen die unterschiedlichen Möglichkeiten zu lernen aus. (Skill-Training, Fallbeispiele, Rollenspiele, Videofeedback, Planspiel, Mega-Code-Training, Crew Resource Management etc.) (vgl. Zegeirink, 2013: 63ff.)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Sanitäter gestaltet die Pflichtfortbildungen nach den eigenen Bedürfnissen und versucht möglichst viel von diesen zu lernen, um Kompetenzen zu entwickeln, die im Dienstbetrieb eingesetzt werden können. Nach Möglichkeit nimmt er auch an weiteren, über die Fortbildungspflicht hinausgehenden, Lehrgängen teil.

MK10 – Bürger- Metakompetenzen NKI	
kompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Bürgerkompetenz ist die Fähigkeit, als verantwortungsvoller Bürger zu handeln und uneingeschränkt am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilzunehmen, und zwar auf der Grundlage der Kenntnis gesellschaftlicher, wirtschaftlicher und politischer Konzepte und Strukturen sowie einem Verständnis von globalen Entwicklungen und Nachhaltigkeit.“ (EK, 2018b: 6)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • bindet Kenntnisse über Einzelpersonen, Gruppen, Arbeitsorganisationen, Gesellschaft, Wirtschaft und Kultur in den Rettungsdienstalltag ein und hinterfragt gegebenenfalls die Darstellung dieser unterschiedlichen gesellschaftlichen Elemente in (neuen) Medien (vgl. EK, 2018b: 6) • pflegt einen nachhaltigen Umgang mit Material und Ressourcen im Rettungsdienst und übernimmt Verantwortung für die Umwelt (vgl. EK, 2018b: 6f.)

	<ul style="list-style-type: none"> • versteht die Menschenrechte als Grundlage für Demokratie und die Entwicklung einer verantwortungsbewussten und konstruktiven (Lebens-)Einstellung (vgl. EK, 2018b: 6) • zeigt die Bereitschaft die Privatsphäre von PatientInnen, Angehörigen und KollegInnen zu achten (vgl. EK, 2018b: 7)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein 16-jähriger Patient ist stark alkoholisiert, das Bewusstsein getrübt und er hat eingenässt. Um die Privatsphäre des Patienten zu schützen, schirmt die Besatzung des Rettungsmittel ihn von den übrigen BesucherInnen der Diskothek ab und versorgt bzw. transportiert ihn in diskreter Weise ins Krankenhaus.

MK11 – Metakompetenzen NKI	
Unternehmerische Kompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Unternehmerische Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit, Chancen und Ideen umzusetzen und in Werte für andere zu verwandeln. Sie beruht auf Kreativität, kritischem Denken und Problemlösung, Eigeninitiative und Durchhaltevermögen und der Fähigkeit, mit anderen zusammenzuarbeiten, um Projekte zu planen und durchzuführen, die von kulturellem, gesellschaftlichem oder kommerziellem Wert sind.“ (EK, 2018b: 7)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • praktiziert Handeln im RD nach Prinzipien von Evidenzbasierung und Qualitätssicherung (vgl. Managementkompetenz - Giesler et al., 2011: 3) • akzeptiert den Wandel der modernen Gesellschaft und die Umstände, welche diese für den Rettungsdienst mit sich bringen und versucht den

	<p>größtmöglichen Nutzen für die Gesellschaft durch das eigene Handeln zu erzielen</p> <ul style="list-style-type: none"> • wägt den Nutzen für PatientInnen bei der Verwendung von Einsatzmaterial ab und sorgt für eine patientInnenorientierte, ressourcen- und materialschonende Versorgung • lebt eine Grundhaltung, andere Personen motivieren, Ressourcen sinnvoll zu nutzen und Ziele erreichen zu wollen (EK, 2018b: 7)
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Einsatzes versorgt eine Sanitäterin den verletzten Patienten mit diversen Materialien zur Wundversorgung bestmöglich. Sie ist aber auch darauf bedacht, die Materialien ressourcenschonend einzusetzen und den entstehenden Müll zu recyceln bzw. den entsprechenden Abfallkategorien zuzuordnen. Der Patient erhält die bestmögliche Versorgung, gleichzeitig werden aber auch die Kosten für das (Rettungsdienst-)Unternehmen und die Entsorgung reduziert, bzw. die Umwelt geschont.

<p>MK12 – Metakompetenzen NKI</p> <p>Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit</p>	
<p>Lexikalische Erläuterung (D)</p>	<p>„Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit sind mit einem Verständnis und einer Achtung davor verbunden, wie Ideen und Sinn in verschiedenen Kulturen und durch verschiedene Künste und Kulturformen auf kreative Weise ausgedrückt und kommuniziert werden. Sie beinhalten, eigene Ideen zu erkennen, zu entwickeln und auszudrücken und seinen Platz oder seine Rolle in der</p>

	Gesellschaft auf vielfältige Weise und in vielfältigen Kontexten wahrzunehmen.“ (EK, 2018b: 7)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • versteht es, Diversität zu nutzen, um allen PatientInnen, auch jenen von vulnerablen, oft benachteiligten Gruppen, die gleiche Versorgungsqualität zuteilwerden zu lassen, wie allen anderen PatientInnen (vgl. Kutalek, 2012: 3ff.) • verfügt über die notwendigen Mittel bei Verständigungsproblemen auf non-verbale und paraverbale Kommunikation (Gasch & Lasogga, 2014: 49) zurückzugreifen, um PatientInnen versorgen zu können sowie diese und andere Kommunikationsmittel in Notfallsituationen bewusst einzusetzen oder zu unterlassen.
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Sanitäter, der ursprünglich aus Syrien stammt und der islamischen Religion zugehörig ist, muss im Zuge eines Einsatzes einen retardierten älteren Mann versorgen, welcher von „Österreichern“ versorgt werden möchte. Der Sanitäter kommuniziert kultursensibel und findet so eine Ebene, um mit dem älteren Mann zu kommunizieren und einen Transport in ein Krankenhaus durchführen zu können.

9.1.4 Querschnittskompetenzen NKI

QK1 – Interkulturelle Querschnittskompetenzen NKI	
Kompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„Interkulturelle Kompetenz ist eine berufliche Schlüsselqualifikation und meint die Fähigkeit</p> <ul style="list-style-type: none">• Interkulturelle Situationen und Zusammenhänge wahrzunehmen, sie mit ihren Problemstellungen zu erfassen und in ihren Chancen zu begreifen;• Das eigene Bedingungs-, Bezugs- und Wertesystem zu sehen und eigene Einstellungen, eigenes Verhalten und Handeln kritisch reflektieren zu können;• Interkulturelle Prozesse zu initiieren, Diskriminierungen gegenzusteuern und Benachteiligungen auszubauen;• Sensibilität für und in interkulturellen Lernprozessen bei anderen zu fördern und zu entwickeln;• Konflikte im interkulturellen Kontext wahrzunehmen und bearbeiten zu können;• Sich Wissen anzueignen;• Das Gelernte in die Struktur der eigenen Organisation übertragen zu können.“ (Zacharaki, 2007: 20f.) <p>Die drei zu unterscheidenden Teilaspekte sind: „affektive Fähigkeiten, kognitive Fähigkeiten und Verhaltensfähigkeiten.“ (vgl. Scheitza et al. 2011a; Scheitza et al. 2011b: 8ff.)</p> <p>Interkulturelles Lernen erfolgt dabei etwa 70% affektiv (Offenheit für andere Handlungsmuster, Erkennen kultureller Hintergründe im eigenen Verhalten und</p>

	Handeln) und 30% kognitiv (Wissen über eigene und andere Kulturen). (vgl. Kanacher, 2005: 22)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • reflektiert interkulturelle Situationen im RD Alltag und lernt anhand der Stufen interkulturellen Lernens: Selektive Aneignung, Wertschätzung, Akzeptanz, Verstehen, Aufmerksamkeit, Ethnozentrismus (vgl. Hoopes, 1981) • erfasst die Gesamtheit von Interkulturalität und erkennt in RD Situationen die gesellschaftliche, globale aber vor allem institutionelle (Ich, Wir, Sache, Aufgabe) Relevanz (vgl. Fischer, 2005: 38ff.) • versteht es, Besonderheiten über Empfinden und Schmerzäußerungen PatientInnen unterschiedlicher Kulturen zu deuten, die mitunter eine korrekte Deutung der Aussage verhindern können. (vgl. Pluntke, 2016) Diese Organchiffren werden durch unterschiedliche Kulturen geprägt und äußern sich differenziert (vgl. Koppelstätter, 2018: 213)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Eine junge Dame wählt den Notruf und erzählt, dass sie von ihren Angehörigen darüber verständigt wurde, dass ihr Opa mit blauen Lippen im Bett liege und ganz bleich wäre. Bei Eintreffen der Rettungskräfte sind schon mehrere klagende Personen, vermutlich Angehörige, vor Ort, die wild durcheinander und in für das Rettungsteam unverständlichen Sprachen sprechen. Das Rettungsteam beginnt mit der Reanimation. Nach mehreren Minuten trifft die Notrufmelderin ein und fragt, ob es ihrem Opa gut gehe; vor Ort war sonst niemand ausreichend im Stande sich in deutscher Sprache zu artikulieren. Der Patient verstirbt am

	<p>Notfallort (vgl. Machado, C. 2013: 25ff.). Nun liegt es an den Rettungskräften den zahlreichen Angehörigen die Mitteilung über den Tod zu überbringen - dies nach Möglichkeit die jeweilige Kultur wertschätzend.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein südländischer Patient klagt über Schmerzen im ganzen Körper und ist nicht im Stande diese Schmerzen mit Hilfe des NKI zu lokalisieren. Der Sanitäter wertet diesen Umstand nicht als „Mamma-mia-Syndrom“ (Mannel: 2002: 72) ab, sondern versucht durch eine umfangreiche Patientenbeurteilung eine Verdachtsdiagnose und eine passende Zielklinik auszuwählen.
--	---

QK2 – Querschnittskompetenzen NKI	
Führungskompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„Führung findet vor dem Hintergrund rechtlicher, organisationaler, personeller und situativer Bedingungen statt. Der Grundgedanke der situativen Führung ist es, dass der Erfolg des Führungsverhaltens im Sinne einer Interaktion dieser Einflussgrößen zu verstehen ist, wobei die Kompetenz der Führungskraft in der Wahl des richtigen Verhaltens in Abhängigkeit von situativen Randbedingungen liegt.“ (Mussel et al. 2007: 297²)</p> <p>Information spielt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung von Tätigkeiten und Aufgaben. MitarbeiterInnen sind eher motiviert sich zu engagieren, wenn eine entsprechende Informationspolitik vorherrscht (vgl. Jetter & Skrotzi, 2017: 26).</p>
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • organisiert selbstständig Reflexionsgespräche zu relevanten Ergebnissen im Dienstgeschehen und regt einen Erfahrungsaustausch zwischen SanitäterInnen an (vgl. Jetter & Skrotzi, 2017: 20)

	<ul style="list-style-type: none"> repräsentiert folgende Rollen: VisionärIn, Vorbild, ManagerIn, KoordinatorIn, realisierende Macherin/realisierender Macher, IntegratorIn TeamentwicklerIn, Coach, Förderer/Förderin, ExpertIn und Lernende/r (vgl. Jetter & Skrotzi, 2017: 7) entscheidet selbstständig bzw. partizipiert in Gruppenentscheidungen (Mussel et al. 2007²: 301f.)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> Nach einem prägenden Einsatz entscheidet der NKI, dass es notwendig ist, den Einsatz Revue passieren zu lassen und diesen zu reflektieren. Er führt dies in Form eines Reflexionsgesprächs durch, wodurch beide Beteiligten daraus lernen können.

QK3 – Querschnittskompetenzen NKI	
Selbstentwicklungskompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Selbstentwicklungskompetenz bedeutet, dass Menschen die Fähigkeit und die Bereitschaft besitzen zu lernen, zu wachsen und sich weiterzuentwickeln. Sie haben lebenslanges Lernen als Prinzip verinnerlicht und sind in der Lage, Bedürfnisse und persönliche Entwicklungsziele in Handlungen zu überführen.“ (Graf, 2019 ² :178)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> kann als Experte/Expertin (in der Tätigkeit) im RD die Bedingungen, Ziele und Resultate als Leistungen und deren etwaigen Verbesserungsbedarf einschätzen (vgl. Bergmann, 2007²:195, Hacker, 2005) vergleicht die eigenen Qualifikationen und Kompetenzen mit den heutigen und zukünftigen Anforderungen des RD und leitet frühzeitig

	<p>Entwicklungsmaßnahmen ein (vgl. Graf, 2019²: 178)</p> <ul style="list-style-type: none"> • verfügt über ein hohes Selbstentwicklungspotential, wobei Lernen und Arbeit nicht als getrennte Bereiche gesehen werden, sondern Lernen in die Tätigkeiten im RD integriert wird. (vgl. Strasse, 1998: 306)
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Einsatzes realisiert ein NKI, dass die Patientenversorgung nicht optimal verläuft. Im Anschluss an den Einsatz versucht er Potentiale zur weiteren Entwicklung einer optimalen PatientInnenversorgung zu erkennen und setzt alles daran, diese umzusetzen.

9.2 Kompetenzorientierte Anforderungsprofile für RettungssanitäterInnen in Österreich

Im kompetenzorientierten Anforderungsprofil für RS wurden 32 Kompetenzen beschrieben, wobei 15 Schlüsselkompetenzen und 17 Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas für RS sind. Diese Kompetenzen wurden durch 12 Metakompetenzen und 3 Querschnittskompetenzen ergänzt. Insgesamt umfasst das Anforderungsprofil für RS also 47 Kompetenzen. Eine detaillierte Beschreibung der Entscheidungsfindung, welche Kompetenzen in das Profil aufgenommen wurden, kann in Kapitel 6 gefunden werden. Die folgenden Grafiken geben einen Überblick darüber, welche Kompetenzen im Profil enthalten sind. Die Beschreibungen folgen im Anschluss. Als Erstes werden die Schlüsselkompetenzen von RS beschrieben, nachfolgend der erweiterte Kompetenzatlas für RS und anschließend Meta- und Querschnittskompetenzen.

Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RettungssanitäterIn - 47 Kompetenzen

Metakompetenzen	Schlüsselkompetenzen		Erweiterter Kompetenzatlas	Querschnittskompetenzen
Selbsterkenntnis(-vermögen)	Normativ-ethische Einstellung	P	Einsatzbereitschaft	P Interkulturelle Kompetenz
Selbstdistanz	Glaubwürdigkeit	P	Selbstmanagement	P Führungskompetenz
Situations/Kontextidentifikationsfähigkeit	Hilfsbereitschaft	P	Eigenverantwortung	P Selbstentwicklungskompetenz
Interventions-/Lösungsfähigkeit	Disziplin	P	Humor	P
Lese- und Schreibkompetenz	Zuverlässigkeit	P	Lernbereitschaft	P
Fremdsprachliche Kompetenz	Belastbarkeit	A	Ganzheitliches Denken	P
Mathematische Kompetenz (NAWI, IT, Technik)	Soziales Engagement	A	Mobilität	A
Digitale Kompetenz	Ergebnisorientiertes Handeln	A	Ausführungsbereitschaft	A
Persönliche- Soziale und Lernkompetenz	Integrationsfähigkeit	S	Initiative	A
Bürgerkompetenz	Teamfähigkeit	S	Konsequenz	A
Unternehmerische Kompetenz	Kommunikationsfähigkeit	S	Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	S
Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit	Kooperationsfähigkeit	S	Verständnisbereitschaft	S
	Gewissenhaftigkeit	S	Pflichtgefühl	S
	Beurteilungsvermögen	F	Anpassungsfähigkeit	S
	Fachwissen	F	Sachlichkeit	F
			Folgebewusstsein	F
			Systematisch-methodisches Vorgehen	F

P = Personale Kompetenz

A = Aktivitäts- und Handlungskompetenz

S = Sozial- kommunikative Kompetenz

F = Fach- und Methodenkompetenz

Abbildung 74: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RS - Kompetenzübersicht

Metakompetenzen - Rettungssanitäterin								Metakompetenzen		
Selbsterkenntnis- (vermögen)	Selbstdistanz	Situations Kontext- identifikation- fähigkeit	Interventions Lösungs-fähigkeit	Lese- und Schreib- kompetenz	Fremdsprach-liche Kompetenz	Mathematische Kompetenz (NAWI, IT, Technik)	Digitale Kompetenz			
		Persönliche- soziale und Lern- kompetenz	Bürger- kompetenz	Unternehmer-ische Kompetenz	Kulturbewusst- sein und kulturelle Ausdrucks-fähigkeit					
P Personale Kompetenz - RS				A Aktivitäts- und Handlungskompetenz - RS				Schlüsselkompetenzen	Erweiterter Kompetenzatlas	
Loyalität	Normativ-ethische Einstellung	Einsatz- bereitschaft	Selbst- management	Entscheidungs- fähigkeit	Gestaltungswille	Tatkraft	Mobilität			
Glaubwürdigkeit	Eigenverantwort- ung	Schöpferische Fähigkeit	Offenheit für Veränderung	Innovations- freudigkeit	Belastbarkeit	Ausführungs- bereitschaft	Initiative			
Humor	Hilfsbereitschaft	Lernbereitschaft	Ganzheitliches Denken	Optimismus	Soziales Engagement	Ergebnis-orientiertes Handeln	Ziel-orientiertes Führen			
Mitarbeiter- förderung	Delegieren	Disziplin	Zuverlässigkeit	Impulsgeben	Schlagfertigkeit	Beharrlichkeit	Konsequenz			
S Sozial-kommunikative Kompetenz - RS				F Fach- und Methodenkompetenz - RS						
Konfliktlösungs- fähigkeit	Integrations-fähigkeit	Akquisitions- stärke	Problemlösungs- fähigkeit	Wissens-orientierung	Analytische Fähigkeiten	Konzeptions- stärke	Organisations- fähigkeit			
Teamfähigkeit	Dialogfähigkeit, Kunden-orientierung	Experimentier- freude	Beratungs- fähigkeit	Sachlichkeit	Beurteilungs- vermögen	Fleiß	Systematisch- methodisches Vorgehen			
Kommunikations- fähigkeit	Kooperations- fähigkeit	Sprachgewandtheit	Verständnis- bereitschaft	Projektmanagement	Folgebewusst- sein	Fachwissen	Marktkenntnis			
Beziehungs- management	Anpassungs-fähigkeit	Pflichtgefühl	Gewissen- haftigkeit	Lehrfähigkeit	Fachliche Anerkennung	Planungs-verhalten	Fachübergreif- ende Kenntnisse			
Querschnittskompetenzen - RS										Querschnitts- kompetenzen
		Interkulturelle Kompetenz	Führungs- kompetenz	Selbst- entwicklungs- kompetenz						

Abbildung 75: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RS

9.2.1 Schlüsselkompetenzen RS

1.1 Normativ-ethische Einstellung Schlüsselkompetenzen RS – (P) Personale Kompetenz	
Synonyme aus dem Synonymatlas (S)	Anstand, Werteorientierung, Verantwortungsbewusstsein
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„Normativ-ethische Einstellung ist die Bereitschaft, auf der Grundlage allgemein gültiger und im Unternehmen erarbeiteter Normen sowie ethischer und anderer Werte selbstverantwortlich zu handeln.</p> <p>Gerade in handlungsmäßig offenen, unsicheren Situationen ist die feste personale Verankerung von Norm- und Wertvorstellungen wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Wirken.</p> <p>In der Regel werden normativ-ethische Einstellungen sehr früh und außerhalb der Arbeitssphäre erworben – im Elternhaus, in persönlichen Beziehungen und Freundschaften, im sozialen Umfeld.</p> <p>Umso wichtiger ist es, das Vorhandensein dieser Einstellungen von Anfang an sorgfältig zu hinterfragen.“ (Heyse et al. 2010: 145)</p>
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für RS (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • geht mit allen Patienten gemäß den Normen, Werten und Gesetzen der Gesellschaft um • erkennt den Patienten mitsamt all seinen Eigenschaften als Individuum an • respektiert andere Werte, Einstellungen und Kulturen • kümmert sich um die Wünsche und das Wohl des Patienten, ohne jedoch gültige Normen und Lehrmeinungen außer Acht zu lassen • ist sich der Notwendigkeit einer lebenslangen Kompetenzerweiterung und -erhaltung bewusst

Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Im Zuge des Transportes eines Patienten aus einer Obdachlosenschlafstelle zu einem Arzt verhält sich der Sanitäter respektvoll und kümmert sich um dessen Belange. • Bei einem Transport in ein Krankenhaus verliert ein Patient im Patientenraum des KTWs seine Brieftasche samt Inhalt. Für den transportführenden Sanitäter ist es eine Selbstverständlichkeit, in die Ambulanz zurückzugehen und dem Patienten seine Brieftasche wieder auszuhändigen.
---	---

1.2 Glaubwürdigkeit	Schlüsselkompetenzen RS – (P)
(S)	Authentizität, Ehrlichkeit, Vertrauenswürdigkeit, Berechenbarkeit
(D)	<p>„Glaubwürdigkeit kennzeichnet Aussagen und Verhaltensweisen, bei denen im Verlauf des Zustandekommens die zu Grunde liegenden Sachverhalte nicht durch personale Verarbeitungsprozesse verzerrt wurden.</p> <p>Das setzt eine hohe Sensibilität personaler Erlebnis-, Wahrnehmungs-, Intelligenz- und Gedächtnisleistungen voraus.</p> <p>Verzerrungen und damit eine Minderung der Glaubwürdigkeit können unbeabsichtigt – durch innere Unsicherheiten und Instabilität – wie auch beabsichtigt – in Form von Täuschung und Unwahrheit – zustande kommen.“ (Heyse, 2010a: 136)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • handelt beim Transport von PatientInnen nach aktuellen Kenntnissen sowie vorbildlich, moralisch und ethisch korrekt • lügt PatientInnen nicht an und weckt bei diesen auch keine falschen Hoffnungen

	<ul style="list-style-type: none"> • vermittelt den PatientInnen Sicherheit • baut zu den PatientInnen ein Vertrauensverhältnis auf, welches durch Authentizität und Ehrlichkeit konstituiert wurde • handelt in variablen Situationen, die bei unterschiedlichen Krankentransporten auftreten können, authentisch und reflektiert die getätigten Handlungen fortwährend
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter klären den Patienten darüber auf, nicht 30 Minuten in der Arztpraxis warten zu können, bis ein Heimtransport erfolgen kann. Grund hierfür ist das baldige Dienstende der Mannschaft. Keinesfalls sollte hier gelogen werden, was den Grund der Weiterfahrt betrifft. In solch einem Fall ist es nötig, immer sachlich zu argumentieren und sich nicht von Emotionen überwältigen zu lassen. • Bei einem Transport laut Unterbringungsgesetz teilt der Patient mit, Koblode zu sehen – es handelt sich hier offenbar um eine Wahrnehmungsstörung. Keinesfalls dürfen sich Sanitäter über den Patienten echauffieren, sondern müssen sich auf dessen Gefühle und Emotionen einlassen, bis in einer entsprechenden Einrichtung eine Versorgung erfolgt.

1.3 Hilfsbereitschaft Schlüsselkompetenzen RS – (P)	
(S)	Einsatzbereitschaft, Entgegenkommen, solidarisches Verhalten
(D)	Hilfsbereitschaft ist eine wichtige Komponente bei der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen vom privaten Bereich über den der Arbeit bis hin zur gesellschaftspolitischen Praxis, als humanistisches

	<p>Bildungs- und Handlungsideal im Sinne von Mitmenschlichkeit. Schon in der frühen, kindlichen Entwicklung in der Persönlichkeit verankert, wird sie im Arbeits- und Kommunikationsprozess zur entscheidenden Voraussetzung erfolgreichen gemeinsamen Handelns. Sie ist die notwendige und komplementäre Ergänzung jedes gesunden personalen Durchsetzungs- und Wettbewerbsstrebens.“ (Heyse, 2010a: 136)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • lebt eine kombinierte Grundhaltung solidarischen und sozialen Handelns • lässt sich auf die Bedürfnisse der Patientin/des Patienten ein • verbindet mit dem Transport von PatientInnen eine positive und wertvolle Tätigkeit, welche mit Freude und Elan ausgeübt wird • pflegt mit PatientInnen einen wertschätzenden Umgang und ist gewillt, ihnen bei Bedarf auch entgegenzukommen • verhält sich KollegInnen gegenüber solidarisch und bietet bei Bedarf nicht nur PatientInnen Hilfestellungen an
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Transportführer des KTWs meldet im Auftrag des Patienten dessen Abwesenheit bei seinen Angehörigen. • Im Zuge einer Erste-Hilfe-Leistung in einer privaten Wohnung helfen Sanitäter einem betagten Mann, der aus seinem Rollstuhl gerutscht ist, wieder in den Rollstuhl und verabschieden sich nach Ausschluss von Verletzungen bei ihm.

1.4 Disziplin	Schlüsselkompetenzen RS – (P)
(S)	Ordentlichkeit, Selbstbeherrschung, Korrektheit

(D)	<p>„Disziplin kennzeichnet das an sozialen Normen und Werten gemessene und mit fachlich-methodischen Erfordernissen übereinstimmende persönliche Verhalten des Menschen. Die Normen, Werte und Erfordernisse können allgemeineren sozialen Zusammenhängen oder aber [...] der Arbeitsumgebung, dem augenblicklichen Arbeitszusammenhang entstammen.“ (Heyse, 2010a: 129)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • praktiziert jederzeit reproduzierbare Prozesse eigenständig in gleichbleibender Qualität • benutzt die vorgegebenen Richtlinien und Anweisungen zur Bewältigung von Krankentransporten • lässt sich auch in Konfliktsituationen nicht von Emotionen leiten • klärt bei Bedarf über getätigte Maßnahmen hinsichtlich des Transports von PatientInnen auf • spricht offen über Probleme und versteht es, die Problematiken gekonnt zu thematisieren und für jeden verständlich zu machen, ohne dabei verbal ausfallend zu werden
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter protokollieren und dokumentieren im Zuge der Transporte alle Details und gehen mit den PatientInnendaten sorgsam um. • Während des Transportes eines älteren Mannes findet sich die gesamte Familie in dessen zu Hause ein. Die Angehörigen mischen sich in die Belange des Sanitätspersonals bezüglich der Lagerung des Patienten ein. Die Sanitäter agieren selbstbeherrscht und wickeln den Transport zum Fahrzeug sachlich, freundlich, aber bestimmt und fachlich korrekt ab, ohne dabei mit den Angehörigen in einen Konflikt zu geraten.

1.5 Zuverlässigkeit	Schlüsselkompetenzen RS – (P)
(S)	Akkuratesse, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit
(D)	„Zuverlässigkeit ist die auf einem hohen Maß an fachlichem und methodischem Wissen basierende Aufmerksamkeit und Umsicht, um Verpflichtungen, Richtlinien, Sicherheitsregeln, Termine... exakt einzuhalten. Zuverlässigkeit ist zugleich der Grad der Gewissheit, mit der fachliche Spezialkenntnisse und die Anforderungserfüllung erwartet werden können.“ (Heyse, 2010a: 155)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • übernimmt Aufgaben, nimmt diese ernst, führt diese mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten aus und reflektiert die Ergebnisse • erkennt bei Bedarf Problemstellungen und versucht, diese im Zuge einer patientInnenorientierten Versorgung zu verbessern • handelt mit gleichbleibender Sorgfalt im gegebenen Kontext • erfüllt die vorgegebenen Aufgaben des Krankentransportes sowie des restlichen rettungsdienstlichen Aufgabenfeldes • arbeitet pünktlich, verlässlich und diszipliniert mit einem ausgeprägten Pflichtgefühl sowie Aufgabenbewusstsein • lebt eine an Idealen orientierte Grundhaltung, um den PatientInnen eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Transportes werden alle zur Verfügung stehenden Gurte zur Sicherung des Patienten verwendet.

- Der Rettungssanitäter wird von einem Patienten im Zuge eines Krankentransportes gebeten, die Wohnung zu versperren. Der Patient verlässt sich auf den Sanitäter, dass dieser dem Wunsch ordnungsgemäß nachkommt.

2.1 Belastbarkeit	Schlüsselkompetenzen RS – (A) Aktivitäts- und Handlungskompetenz
(S)	Ausdauer, Kondition, eigene Fitness, Stressbewältigung
(D)	<p>„Unter Belastbarkeit wird vorwiegend die personale Fähigkeit verstanden, auch unter schweren seelischen, sozialen und körperlichen Anspannungen weitgehend Fehlreaktionen zu vermeiden zielorientiert und sachlich zu handeln.</p> <p>Belastbarkeit setzt umfassende persönliche Erfahrungen im Umgang mit Stress (seitens der Arbeitsbedingungen und -umwelt) und (sozialen) Konflikten voraus.</p> <p>Mit zunehmender Komplexität und Dynamik im Arbeitsprozess und damit zunehmender Unübersichtlichkeit und Vorhersagbarkeit von Ereignissen und Folgen nehmen die Anforderungen an die Belastbarkeit von Führungskräften, Mitarbeitern, Teams und ganzen Organisationen... zu. Insbesondere gilt es, mit Risiken, Unbestimmtheiten, Widersprüchen mental anders umzugehen: sie als ‚normal‘ anzunehmen, Möglichkeiten der Selbstentwicklung hierin zu sehen und gestaltend anzunehmen“ (Heyse, 2010a: 126).</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • erkennt die eigenen Grenzen, schätzt die eigene Lage bezüglich der Belastung im Dienst ein und kann im Bedarfsfall Hilfe annehmen • verfügt über genügend Ressourcen, um mit physisch und psychisch herausfordernden Situationen umgehen zu können

	<ul style="list-style-type: none"> • bedient sich anderer Interessen und Hobbys, um rettungsdienstlich bezogene Belastungen zu reduzieren • kennt die Auswirkungen von unterschiedlichen Arten von Stress auf den Körper und das Verhalten • beugt Distress vor und nutzt passive und aktive Methoden zur Regeneration
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Nach dem Transport einer Patientin in eine Palliativstation erinnert sich ein Sanitäter an eine persönliche Erfahrung, die er im engsten Familienumfeld erlebt hat. Der Sanitäter spricht daraufhin mit den eigenen Angehörigen über seine Emotionen und kann tags darauf wieder unbeschwert den Dienst verrichten. • Die beiden Sanitäter des KTWs tragen aus dem dritten Stock eines Mehrparteienhauses, in welchem kein Lift vorhanden ist, eine 130 Kilogramm schwere Patientin ins Erdgeschoss.

2.2 Soziales Schlüsselkompetenzen RS – (A)	
Engagement	
(S)	Identifikationsbereitschaft, Soziales Verantwortungsbewusstsein, Anteilnahme
(D)	„Soziales Engagement kennzeichnet Personen, die voller Engagement soziale Kontakte suchen und sich tatkräftig für soziale Belange einsetzen. Es ist eine spezifische Form von Engagement – der Fähigkeit zu Bindung und sozialem Einsatz – auf den konkreten sozialen ‚Zielgegenstand‘ Arbeitsgruppe, Unternehmen, gemeinsames Vorhaben... bezogen. Soziales Engagement ist damit zugleich eine spezifische Form von Sozialverhalten. Die Werte und Normen pro-sozialen Verhaltens, das auf Hilfe und

Unterstützung für Arbeitskollegen, Kunden, Bekannte, Freunde, Angehörige... gerichtet ist, werden nicht in erster Linie in der Arbeitssphäre, sondern im sozialen Umfeld und im Privatbereich erworben. Sie sind aber für das Arbeits- und Führungsverhalten wesentlich und müssen deshalb bei personalen Entscheidungen berücksichtigt werden.“ (Heyse, 2010a: 151)

(KB)

- setzt sich für das Wohl der PatientInnen ein
- vertritt die Interessen der Patientin/des Patienten sowie ihrer/seiner Angehörigen, ohne dabei durch die sozialen Gegebenheiten beeinflusst zu werden, wobei die wertfreie PatientInnenversorgung im Vordergrund steht
- geht unvoreingenommen auf PatientInnen ein, ohne dabei auf deren sozialen Hintergrund zu achten
- stellt zu PatientInnen eine soziale Bindung her
- unterstützt ArbeitskollegInnen beim Auftreten von Problemstellungen, welche dienstlicher oder privater Art sein können

(BSP)

- Sanitäter behandeln einen Obdachlosen beim Transport gleich wie Menschen aus anderen sozialen Verhältnissen.
- Eine ältere, alleinstehende Dame hat offensichtlich Probleme, sich im eigenen Haushalt selbst zu organisieren und zu versorgen. Die diensthabenden Sanitäter organisieren den Kontakt zu einer verantwortlichen Person eines Pflegedienstes, um sich über die weiteren Schritte zur Hilfe der Patienten zu beraten.

2.3 Schlüsselkompetenzen RS – (A)	
Ergebnisorientiertes Handeln	
(S)	Handlungswirksamkeit, Erfolgsorientierung, Outputorientierung
(D)	„Ergebnisorientiertes Handeln ist eine auf solidem fachlich-methodischen Wissen, auf Erfahrungen und komplexem Können beruhende Aktivität, die der Erreichung vorgegebener oder selbst gesetzter geistiger oder praktischer Ziele dient. Diese Aktivität wird mit Willensstärke und Beharrlichkeit auf unter Widerständen und Belastungen verfolgt. Im Gegensatz zu rein affektgebundenem oder aber auch durch äußere Vorgaben bestimmtem Handeln ist ergebnisorientiertes Handeln immer eine bewusste, fachliches und methodisches Wissen sowie Handlungsantrieb, -Orientierung, -ausführung und -kontrolle als übergreifende Funktionseinheit zusammenschließende Aktivität.“ (Heyse, 2010a: 131)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • zielt auf für die PatientInnen möglichst schonende und angenehme Transporte ab und nutzt dabei jegliche möglichen Ressourcen • kontrolliert die Wirksamkeit der Maßnahmen, um den gewünschten Effekt für die PatientInnen zu erreichen • zeigt Interesse an einer Selbstreflektion, um seine Fähigkeiten zu verbessern • realisiert im Rahmen der gegebenen Umstände die notwendigen Schritte, die zur Zielerreichung notwendig sind • zielt auf ein für die PatientInnen möglichst positives Outcome ab und nutzt dabei jegliche Ressourcen

(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen eines Krankentransportes klagt ein Patient über Rückenschmerzen. Der Rettungssanitäter nimmt eine patientenangepasste Lagerung vor und reevaluiert danach die Patientensituation. • Ein Patient entpuppt sich während eines Krankentransportes als Notfallpatient. Die Sanitäter schätzen die Situation anhand des ABCDE-Schemas ein, um eine mögliche Versorgungsstrategie zu erwägen und gegebenenfalls weitere Hilfe nachzuholen.
--------------	---

3.1	Schlüsselkompetenzen RS – (S) Sozial-
Integrationsfähigkeit	kommunikative Kompetenz
(S)	Aufgeschlossenheit, interkulturelle Sensibilität, interkulturelle Toleranz, Verträglichkeit
(D)	„Integrationsfähigkeit kennzeichnet das personale Vermögen, unterschiedliche soziale Bestrebungen, Interessen und Aktionen zu gemeinsamem Handeln zu bündeln und für die Arbeit, das Unternehmen, die Organisation... wirksam werden zu lassen. Integration wird damit nicht als ein zu erreichendes Ziel aufgefasst, sondern als das Prozessgeschehen selbst. Dabei sind integrative Prozesse diejenigen, bei denen ‚Einigungen‘ zwischen gegensätzlichen Sichtweisen, interagierenden Personen und Personengruppen zu Stande kommen. Einigung bedeutet dabei die Entdeckung des gemeinsam Möglichen bei Akzeptanz des Unterschiedlichen, sie ist die Synthese aus den notwendigen Polen Annäherung und Abgrenzung, die in einem dialektischen Verhältnis zueinanderstehen. Psychisch geht es bei der Integrationsfähigkeit um das Wahrnehmen und den Ausgleich widerstreitender psychischer Anteile, sowie um

	Probleme der Akzeptanz, u.a. von kulturell geprägtem anderen.“ (Heyse, 2010a: 139)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • kooperiert mit KollegInnen oder anderen Berufsgruppen im Sinne einer patientInnenfokussierten Versorgung • ist sich der Aufgabenfelder bewusst • passt das Handeln dem Handlungsfeld im Rettungsdienst an • bindet falls notwendig alle Kräfte vor Ort in den Ablauf mit ein und kommuniziert die zu setzenden Handlungen klar • ist bemüht, unterschiedliche Ansichten zu reflektieren und diese in die Arbeit einfließen zu lassen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Einsatz mit NEF, RTW und KTW werden alle Besatzungen entsprechend ihrer Qualifikationen eingeteilt und eingebunden, um eine umfassende Patientenversorgung zu gewährleisten. • Ein Patient erklärt einem Sanitäter bezüglich der weiteren Versorgung seinen religiösen Standpunkt. Der Sanitäter akzeptiert die Wünsche des Patienten und dokumentiert diese gegebenenfalls.

3.2 Teamfähigkeit	Schlüsselkompetenzen RS – (S) Sozial-kommunikative Kompetenz
(S)	Beziehungsorientierung, Beziehungstiftung, Kollegialität, Teamgeist, Teamorientierung
(D)	„Teambereitschaft ist die persönliche Bereitschaft und Fähigkeit, in einer Gruppe zu arbeiten, Meinungen und Gedanken anderer weiter zu entwickeln und sich auf Gruppenprozesse einlassen zu können. Wichtig ist dabei

die Befähigung, in der Teamarbeit Regeln gemeinsamen Herangehens mit formulieren und tragen zu können. Dabei muss ein stetiges, dynamisches Gleichgewicht zwischen dem eigenen Leistungsniveau, dem gemeinsamen durchschnittlichen Leistungsniveau der Teammitglieder sowie den sozialen Leistungs- und Wertvorgaben gefunden werden. Eine weitere erforderliche Befähigung ist es, unterschiedliche Sichtweisen nicht zu provozieren, sondern sie auch ‚auszuhalten‘ und effektiv in die Arbeitsereignisse einzubinden. Teamfähigkeit schließt zunehmend die Fähigkeit ein, aus einzelnen Personen eine Gemeinschaft zu gestalten, die Neuem gegenüber aufgeschlossen und handlungsbereit ist und sich gegenüber anderen Personen und Teams nicht ablehnend verhält. Zukünftig nehmen auch Anforderungen an zeitweilige virtuelle Teams, e-Teams zu.“ (Heyse, 2010a: 153)

(KB)

- behandelt PatientInnen und KollegInnen wertschätzend und mit Respekt
- verfügt über die Fähigkeit, sich in bestehende Strukturen zu integrieren und diese zu bereichern
- bündelt Kompetenzen und Fähigkeiten, um als vollwertiges Teammitglied zu agieren
- bringt sich bei Versorgungen und Transport von PatientInnen als aktives Mitglied der Besatzung ein
- akzeptiert die Meinung und das Verhalten der KollegInnen
- bringt sich situationsgerecht und sachlich im erforderlichen Ausmaß ein und unternimmt keine Alleingänge
- reflektiert die getätigten Handlungen und lässt andere Sichtweisen zu

	<ul style="list-style-type: none"> • ist bereit, Kompromisse einzugehen und Entscheidungen im Team zu treffen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Das erfahrene Sanitäter-Team integriert eine junge Praktikantin in den Dienstalltag und geht auf etwaige Problemstellungen ein. • Am Einsatzort eines Unfalles ermöglichen alle Teammitglieder eines zufällig vorbeifahrenden KTWs gemeinsam eine patientenfokussierte Versorgung unter Einbezug der individuellen Kompetenzen der Beteiligten und fordern weitere Kräfte wie RTW, NEF, NAH, Feuerwehr oder Polizei an.

3.3 <i>Schlüsselkompetenzen RS – (S)</i>	
<i>Kooperationsfähigkeit</i>	
(S)	Arbeitsteilung, Partnerschaftlichkeit, Interaktionsfähigkeit
(D)	<p>„Kooperationsfähigkeit bezeichnet das Vermögen zur sozialen Zusammenarbeit. Das bezieht die Fähigkeit ein, aus einzelnen Personen (zumindest zeitweilig) eine sich gegenseitig ergänzende und unterstützende Gemeinschaft zu gestalten, die Neuem gegenüber aufgeschlossen und handlungsbereit ist und sich gegenüber anderen Personen und Gruppen nicht ablehnend verhält.</p> <p>Bedeutsam sind der Wille und die Fähigkeit, auch schwierige Personen in Teamarbeiten einzubeziehen – und zwar so, dass im persönlichen Wettbewerb und abgestimmter Zusammenarbeit Hochleistungen für den Kunden und das Unternehmen erzielt werden.“ (Heyse, 2010a: 141)</p>

(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über die Fähigkeit des Strukturierens und des Koordinierens praktischer und sozialer Zusammenarbeit • praktiziert vorurteilsfreies Verhalten gegenüber anderen Menschen • arbeitet mit anderen Organisationen zusammen • ist bemüht, auch schwierige Charaktere in die Teamarbeit miteinzubeziehen • bindet die PatientInnen aktiv in den Ablauf des Transportes ein • ordnet seine Handlungen dem übergeordneten Ziel des PatientInnentransportes in Abstimmung mit den KollegInnen unter
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter eines KTWs ergänzen sich in ihren Aufgaben und teilen sich die Arbeit und Tätigkeiten fair auf. • Ein neuer Kollege fährt in der Schicht mit einem altgedienten Fahrer, welcher diesen als ausgebildeten Rettungssanitäter akzeptiert, ihn als wertvolles Mitglied des Teams erachtet und mit ihm gemeinsam die Schicht absolviert.

3.4 Schlüsselkompetenzen RS – (S)	
Gewissenhaftigkeit	
(S)	Solidarität, Sorgfalt, Gründlichkeit
(D)	„Gewissenhaftigkeit bezeichnet eine Charaktereigenschaft, die sich als dauerhaft erlebte Verpflichtung gegenüber unterschiedlichen sozialen Forderungen und Wertzielen (von Kollegen, Arbeitsgruppen, Unternehmen, Organisationen...) äußert und gleichzeitig eine mit größter fachlicher und

	<p>methodischer Genauigkeit und Sorgfalt ausgeführte Bewältigung dieser Aufgaben beinhaltet.</p> <p>Gewissenhaftigkeit ist eng verbunden mit Gründlichkeit, Umsicht, Besonnenheit und Zuverlässigkeit im Handeln, das orientiert, bewertet, kontrolliert und korrigierend gesteuert wird. Gewissenhaftigkeit entwickelt sich im biographischen Sozialisierungsprozess.</p> <p>Erst wenn fremd gesetzte Werte und Normen erkannt und angeeignet werden, erlangt Gewissenhaftigkeit den Charakter einer autonomen, eigenen Entscheidungsinstanz auf Grund selbstständiger Sach- und Wertorientierung und wird Bestandteil des normierenden personalen Bezugssystems.“ (Heyse, 2010a: 135)</p>
<i>(KB)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • kontrolliert und überprüft sowohl das Einsatzmittel als auch das für den PatientInnentransport zur Verfügung stehende Material mit Bedacht • geht sorgfältig mit den ihm anvertrauten Materialien um • beurteilt sorgfältig die medizinische sowie soziale Situation der PatientInnen, um Entscheidungen bezüglich Transport oder Weiterversorgung der PatientInnen treffen zu können • berücksichtigt moderne Erkenntnisse und Transportvorgaben im Sinne der PatientInnen • führt auch bei längerer Dauer seines Dienstes einen Transport gewissenhaft durch
<i>(BSP)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Besetzung eines KTWs führt auch noch nach wiederholten Transporten mit demselben Patienten einen gewissenhaften Transport durch. • Vor Dienstantritt eines Tagdienstes erfolgt eine sorgfältige Kontrolle des Materials des

Einsatzfahrzeuges inklusive Kontrolle der Ablaufdaten diverser Medizinprodukte.

4.1 Fachwissen	Schlüsselkompetenzen RS – (F) Fach- und Methodenkompetenz
(S)	Berufserfahrung, Sachkunde, Fachorientierung- und -perfektion, Produkt-, Produktions-, Fach-, Technologie-, Textverarbeitungs- und Verfahrenkenntnisse
(D)	„Fachwissen repräsentiert den klassischen Bereich der Berufsausbildung und stützt sich in erster Linie auf das Wissen, das in der Schule, Ausbildung, sowie bei betrieblichen und persönlichen Weiterbildungsmaßnahmen vermittelt wird. Es werden die Qualifikationen angesprochen, die insbesondere zur Vorbereitung und Argumentation von Entscheidungen oder Empfehlungen eingesetzt werden müssen, um überzeugend und sicher argumentieren zu können. Andererseits ist zum Fachwissen das allgemeine Generalistenwissen hinzuzuzählen, das auch als Teil der Lebenserfahrung gilt. Während beispielsweise die Berufsausbildung für eine Führungskraft unterschiedlich erfolgt sein kann, sind jedoch generell mehrjährige Berufserfahrungen in gleichen oder vergleichbaren Positionen und Aufgaben und gute Branchenkenntnisse wichtig. Als fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten gelten die praktische Anwendung von Fach- und Generalistenwissen unter Einbeziehung von entsprechenden Hilfsmitteln (z.B. EDV) und der zielgerechtere Umgang damit.“ (Heyse, 2010a: 133)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • eignet sich relevantes Wissen an, setzt dieses in der Praxis um und bildet sich ständig fort • setzt sich mit dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, speziell mit Themen,

	<p>welche für den Krankentransport relevant sind, auseinander</p> <ul style="list-style-type: none"> • praktiziert die fachlich korrekte Anwendung des vorhandenen Wissens • verfügt über ausreichend Erfahrung im Beruf und Privatleben, um reines Wissen ergänzen und bei Bedarf über den Horizont blicken zu können • versteht es, Wissen und Erfahrung in der Praxis anwenden zu können
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Rettungssanitäter sind sich bei möglicherweise auftretenden Akutsituationen bewusst, wie eine PatientInnenbeurteilung zu erfolgen hat bzw. welche Maßnahmen getroffen werden müssen. Exemplarisch wäre hier zu wissen, wann eine Sauerstoffgabe bei PatientInnen zu erfolgen hat. • Die Sanitäter eines KTWs wissen genau darüber Bescheid, wie die jeweiligen Materialien für den Transport von PatientInnen laut MPG zu verwenden sind und führen einen reibungslosen Transport zur Zufriedenheit der PatientInnen durch.

4.2 Schlüsselkompetenzen RS – (F)	
Beurteilungsvermögen	
(S)	Erfahrung, Urteilskraft, Urteilsfähigkeit
(D)	„Beurteilungsvermögen ist vor allem die personal verankerte Fähigkeit, Gegebenheiten, Widersprüche, Schwierigkeiten und Konflikte einerseits auf die ihnen zu Grunde liegenden fachlichen und methodischen Sachverhalte und Probleme hin ‚abzuklopfen‘, andererseits eine erfahrungs- und wertbegründete Einstellung zu ihnen zu finden, die Auswege weist und Lösungswege vermittelt.“

	<p>Je umfangreicher das sach- und verfahrensgerechte Wissen und je gefestigter die personale Basis des Urteilens und Entscheidens sind, desto öfter werden in den schnell wechselnden betrieblich-organisationalen Problemsituationen Einschätzungen gefunden, die auch einer späteren Prüfung der Handlungsergebnisse standhalten.“ (Heyse, 2010a: 127)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • schätzt bei Krankentransporten den PatientInnenzustand basierend auf dem breiten fachlichen Wissen sowie der aus der Praxis gewonnenen Erkenntnisse ein • nutzt gewonnenen Erfahrungen, um diese gezielt in die Transporte weiterer PatientInnen einsetzen zu können • organisiert nach gründlicher PatientInnenbeurteilung den Transport oder die Weiterversorgung der PatientInnen • analysiert die medizinische, psychische, physische und soziale Situation von PatientInnen und bietet bei Bedarf Hilfestellungen an • beurteilt die Umgebung am Berufungsort und handelt dieser entsprechend, um die PatientInnen in den KTW und dann zum Zielort zu bringen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während des Transports eines Dialysepatienten kommt es zu einer Komplikation, einer Shunt-Blutung. Der Transportsanitäter muss sofort den Zustand des Patienten beurteilen und mögliche Maßnahmen erwägen. Er entscheidet sich auf Grund der Blutung, einen Druckverband anzulegen, mit welchem er die Blutung unter Kontrolle bringt. Dank der Nähe zum Krankenhaus gelingt es ihm, mit seinen KollegInnen dorthin zu fahren, ohne weitere Kräfte anzufordern.

- Ein Patient, der auf Grund seiner Lungengrunderkrankungen ständig Sauerstoff über eine Nasenbrille erhält, klagt über eine erschwerte Atmung. Der Sanitäter evaluiert die Situation und weiß auf Grund seiner Erfahrung, dass der Patient öfters über eine plötzliche Verschlechterung klagt, die mit einer Sauerstoffmaske behoben werden kann. Der Patient bekommt nun fünf Liter Sauerstoff über eine Maske, worauf keine Beschwerden mehr seitens des Patienten vorliegen. Der Patient wird nun weiter zum behandelnden Arzt transportiert, während die Sanitäter auf mögliche auftretende Komplikationen vorbereitet sind und über potenzielle Behandlungsstrategien nachdenken.

9.2.2 Erweiterter Kompetenzatlas RS

1.6 Einsatzbereitschaft	Erweiterter Kompetenzatlas RS – (P) Personale Kompetenz
Synonyme aus dem Synonymatlas (S)	Hilfsbereitschaft, Motiviertheit, Eigenmotivation
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„Einsatzbereitschaft ist eine personale Grundhaltung, die gegenüber Forderungen aus Arbeit, Unternehmen und privatem Lebensbereich mit einem aktiven, nachdrücklichen, und weitgehend vorbehaltlosen Engagement der Persönlichkeit zugunsten geforderter und notwendiger Ziele führt.</p> <p>Sie steht im Gegensatz zu egoistischer Zurückhaltung oder passiver Gleichgültigkeit. Sie fordert und fördert Hilfsbereitschaft und Verantwortungsbewusstsein.“ (Heyse, 2010a: 130)</p>

<p><i>Untersetzung des Kompetenzbegriffes für RS (KB)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • bereitet sich gezielt auf die zu erwartenden Erfordernisse vor • unterlässt alle Aktivitäten, welche die persönliche Einsatzfähigkeit reduzieren könnten • bereitet sich gezielt auf die zu erwartenden Ereignisse und Anforderungen des Berufes vor • managt es, Beruf und Privatleben in Einklang zu bringen • optimiert die eigenen Handlungen und reflektiert die positiven Auswirkungen auf die PatientInnen
<p><i>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter erscheint physisch und psychisch in einem dem Verantwortungsbereich adäquaten Zustand und vorbereitet zum Dienst. • Trotz der hohen Anzahl an Fahrten an diesem Tag transportiert der Sanitäter die PatientInnen freundlich und bietet ihnen bei Bedarf Hilfestellungen an. Als Antrieb fungiert eine intrinsische Motivation, da dem Sanitäter die Wichtigkeit der durchgeführten Tätigkeiten bewusst ist.

<p>1.7 Erweiterter Kompetenzatlas RS – (P) Selbstmanagement</p>	
<p>(S)</p>	<p>Selbstsicherheit, Selbstüberwindung, Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Selbstverantwortung</p>
<p>(D)</p>	<p>„Selbstmanagement ist die Fähigkeit, das eigene Handeln aktiv und weitgehend unabhängig von unterstützenden oder störenden Faktoren situationsentsprechend zu realisieren. Es baut auf Selbstständigkeit und Eigenaktivität des Handelnden, auf Selbsterfahrung und Selbstkontrolle, einschließlich der notwendigen Selbstkritik. Es setzt eine hohe Stufe des</p>

	Selbstbewusstseins, der eigenen Handlungsmöglichkeiten und -begrenzungen voraus.“ (Heyse, 2010a: 150)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • handelt planvoll im Tages- und Einsatzablauf • organisiert sich selbstständig bei Tätigkeiten, welche im Dienst oder außerhalb anfallen • reflektiert, evaluiert und bewertet sein Handeln im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten • kontrolliert alle für den Prozessablauf erforderlichen eigenen mentalen Strukturen • handelt planvoll im Tages- und Einsatzablauf
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der im Dienst stehende Rettungssanitäter stellt die Einsatzbereitschaft des Fahrzeuges und der Ausrüstung selbstständig her. • Im Zuge eines Krankentransportes sehen sich die Rettungssanitäter mit einem sehr engen Stiegenhaus konfrontiert. Sie sehen sich im Stande, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln den Patienten in die Wohnung zu befördern.

1.8	
<i>Erweiterter Kompetenzatlas RS – (P)</i>	
<i>Eigenverantwortung</i>	
(S)	Eigenständigkeit, Selbstbewusstsein, Souveränität
(D)	<p>„Eigenverantwortung ist die Ausnutzung des eigenen personalen Handlungsspielraums und der darin möglichen Verwirklichung des entsprechenden Verantwortungsbewusstseins.</p> <p>Eigenverantwortung ist wesentlich moralisch bedingt und erfordert die persönliche Identifikation mit sittlichen, sozialen und politischen Wertforderungen, insbesondere auf die eigene Arbeitssphäre angewandt.“ (Heyse, 2010a: 129)</p>

(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • schätzt den Zustand anhand von standardisierten Beurteilungsschemen ein und fordert bei Bedarf Hilfe an • setzt einfache Maßnahmen zur Verbesserung des PatientInnenzustandes • ist sich der Konsequenzen von gesetzten Maßnahmen in ihrer gesamten Bandbreite bewusst • sorgt für das Wohlbefinden der PatientInnen während der Transporte • organisiert - falls möglich - selbstständig Hilfe für Personen, welche mit den psychischen, physischen oder sozialen Problemstellungen in ihrer Umgebung nicht mehr zurechtkommen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige eines Patienten möchten, dass der Transport des Patienten trotz Einweisung in die Krankenanstalt A in die Krankenanstalt B erfolgt. Auf Grund des Krankheitsbildes überzeugt der Sanitäter aber mit souveränem Auftreten die Angehörigen, dass ein Transport in die Klinik A notwendig ist. • Bei Krankentransporten auftretende, nicht lebensbedrohliche Notfälle werden nach sorgfältiger Evaluation der Situation und Einschätzen des Patienten als nicht kritisch vom KTW-Team eigenständig abgewickelt.

1.9 Humor <i>Erweiterter Kompetenzatlas RS – (P)</i>	
(S)	Freundlichkeit, Fröhlichkeit, fröhliches Gemüt, innere Gelassenheit, Gelöstheit
(D)	„Humor ist eine wichtige Seite der individuellen Anschauungen von der Welt, von Personen und sozialen Beziehungen sowie eine soziale Kommunikationsform, mit

	<p>der Widersprüche oder auch Ungereimtheiten oder Verengungen der eigenen oder fremder Sichtweisen ans Tageslicht gebracht, in neuem, überraschenden Licht gezeigt und damit aufgeklärt werden.</p> <p>Die Fähigkeit zu dieser speziellen Form der Kommunikation ist tief in der Persönlichkeit, ihrer Emotionalität, Verständnisfähigkeit und Reflexivität verankert. Besonders in unsicheren, widersprüchlichen Handlungssituationen ist Humor ein Mittel, um eine rein rational nicht herbeizuführende vorwärts gewandte Handlungsbereitschaft zu ermöglichen.“ (Heyse, 2010a: 137)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • stellt bei Krankentransporten nach Möglichkeit durch Freundlichkeit und Fröhlichkeit eine Gelöstheit bei PatientInnen her • stellt Elemente zur Psychohygiene sicher • ist durch Freundlichkeit im Stande, Prozesse positiv zu beeinflussen • relativiert in Ausnahmesituationen übertriebene Emotionen und ermöglicht es PatientInnen, den Betrachtungspunkt zu verändern • vermeidet es, sich über PatientInnen lustig zu machen, scherzt aber gemeinsam mit ihnen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Transportes nimmt der Sanitäter einem Kind durch eine lustige Geschichte die Angst. • Trotz wiederholter Provokationen durch Angehörige am Berufungsort lässt sich der Sanitäter nicht aus der Ruhe bringen und erwidert Fragen mit freundlichem, aber bestimmendem Ton.

1.10 Lernbereitschaft <i>Erweiterter Kompetenzatlas RS – (P)</i>	
(S)	Offenheit für Erfahrungen, Wissensdrang, Wissbegier
(D)	„Lernbereitschaft kennzeichnet die Bereitwilligkeit, fehlendes fachliches und methodisches Wissen, tätigkeitsspezifische Qualifikationen und Erfahrungen durch entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen oder auf anderen Wegen zu erwerben. Weiterbildungsbereitschaft ist ein Teil der Lernbereitschaft, sie ist darauf gerichtet, vorhandene Qualifikationen im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen den sich ständig ändernden Anforderungen der Tätigkeit anzupassen. Lernbereitschaft schließt aber auch das Lernen im Prozess der Arbeit und das Lernen im sozialen Umfeld (Region, Verein, Familie, Freizeit...) ein. Die Offenheit für ein solches informelles Lernen wird ein zunehmend wichtiges Kriterium für die Lernbereitschaft.“ (Heyse, 2010a: 142)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • nutzt alle traditionellen und nicht traditionellen Wege der Aufnahme von neuem Wissen • regt an, neue Wissensgebiete in den Dienstalltag einzubinden und diese für den jeweiligen Dienstbetrieb und Dienstalltag zu evaluieren • legt Wert auf eine zielgerichtete Kompetenzentwicklung • überprüft den persönlichen Bedarf zu lernen und sorgt für einen bewussten Ausgleich von Wissensdefiziten durch Eigenantrieb und Erweiterung des eigenen Wissenshorizontes ohne zeitliche Einschränkungen • bildet sich selbst- und fremdgesteuert weiter, um über möglichst aktuelle Kenntnisse für den Ablauf von Krankentransporten zu verfügen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen von Krankentransporten begegnet der Sanitäter vielen PatientInnen mit ihm unbekanntem

Krankheitsbildern. Für ihn ist es selbstverständlich, sich über diese Krankheiten und die Hintergründe der Erkrankungen zu informieren.

- Die auf der Dienststelle angebotenen Fortbildungen werden gerne in Anspruch genommen und es besteht auch die Bereitschaft, externe Fortbildungen zu absolvieren.

1.11 Ganzheitliches Erweiterter Kompetenzatlas RS – (P)

Denken

(S) Integratives Denken, umfassendes Denken, komplexes Denken

(D) „Ganzheitliches Denken bezeichnet die Fähigkeit, auf der Grundlage soliden Wissens weitere Aspekte – ethische, politische, ästhetische, ökonomische, juristische... - in die eigenen Zielsetzungen und Entscheidungsfindungen einzubeziehen.
Die Stärke der Persönlichkeit, ihr Wertgefüge und ihre Absichten spielen dabei eine integrierende Rolle.
Gerade bei schnell wechselnden und wachsenden fachlich-methodischen Anforderungen wird diese Integrationsfähigkeit für den Handlungs- und letztlich den Unternehmenserfolg entscheidend.“ (Heyse, 2010a: 134)

- (KB)
- bezieht alle medizinischen, ökonomischen, juristischen, ethischen, politischen, ethischen und ästhetischen Aspekte mit ein, um die Krankentransporte optimal durchführen zu können
 - nutzt alle zur Verfügung stehenden Sinne sowie erhaltenen Informationen und kombiniert diese mit persönlichem Wissen
 - greift auf Erfahrungen, Wissen sowie Erkenntnisse zurück und entwickelt daraus eine Lösungsstrategie

	<ul style="list-style-type: none"> • evaluiert Prozesse im Ablauf der PatientInnenversorgung, reflektiert das eigene Tun in ebendiesen und korrigiert bei Bedarf Mängel zum Wohle der PatientInnen • versucht, den PatientInnen einen möglichst angenehmen Transport zu ermöglichen und möglichst viele Variablen einzubeziehen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter des KTWs werden vermehrt zu Transporten für obdachlose PatientInnen gerufen. Sie wissen über die Lebensumstände, die psychische Konstitution und die finanzielle Situation der PatientInnen Bescheid, verurteilen diese allerdings nicht auf Grund ihrer Lebenssituation. Der Patient wird vorurteilsfrei, freundlich und nach gründlicher Anamnese mit leichter Unterkühlung zur Versorgung ins Krankenhaus gebracht. • Die Besatzung eines KTWs ist sich bewusst, dass auch bei Krankentransporten u.a. eine falsche Lagerung zu rechtlichen Konsequenzen führen kann und jeder Transport nach den Maßstäben der Lehrmeinung und zum Wohle der PatientInnen durchgeführt werden muss.

2.4 Mobilität	Erweiterter Kompetenzatlas RS – (A) Aktivitäts- und Handlungskompetenz
(S)	Flexibilität, Improvisationsvermögen, Beweglichkeit
(D)	„Mobilität ist die individuelle Bereitschaft zur Veränderung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsaufgaben, des Mitarbeiterkreises und zur notwendigen, freiwilligen Aneignung der dafür notwendigen fachlichen, methodischen und sozialen Erfahrungen in Form von Weiterbildung und informellem Lernen. Sie ist damit ein direkter Ausdruck der individuellen Aktivität, mit neuen

	<p>Situationen und veränderten Arbeitsaufgaben konstruktiv umzugehen. Umgekehrt sind Mobilitätsbarrieren der Mitarbeiter schwerwiegende Wettbewerbsnachteile, die sich umso spürbarer auswirken, je dynamischer und rascher sich die Produktions- und Marktbedingungen verändern.“ (Heyse, 2010a: 144)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • handelt flexibel und kann sich gut auf veränderte Transportbedingungen einstellen • berücksichtigt logistisch schwierige Transport- oder möglicherweise auftretende Notfallsituationen und sucht lösungsorientierte Ansätze zur Abhandlung dieser • sorgt selbstgesteuert für den Erhalt der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit • stellt sich selbstständig auf wechselnde Situationen ein und passt das Handeln den Gegebenheiten an
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen eines Krankentransportes kollabiert eine Angehörige und stellt somit eine Notfallpatientin für das BLS-Team dar. Die nun vorherrschende Situation erfordert flexibles Handeln des Teams, um die neuauftretende Situation patientInnengerecht bewältigen zu können. Es wird umgehend ein RTW hinzugezogen und die PatientInnen bis zum Eintreffen bestmöglich versorgt. • Der Sanitäter betreibt zur Erhaltung der körperlichen Fitness Ausgleichssport für den Dienst.

2.5 Erweiterter Kompetenzatlas RS – (A)	
Ausführungsbereitschaft	
(S)	Arbeitswilligkeit, Arbeitseifer, Schaffenslust
(D)	„Ausführungsbereitschaft kennzeichnet die Aktivität, als notwendig erkannte Handlungen und Arbeitstätigkeiten schnell, sachgemäß und mit hohem Nutzen zu realisieren. Das setzt sachensprechende und aktiv angeeignete Kenntnisse der Ausführungsbedingungen voraus sowie eine starke persönliche und soziale Motivation und die Fähigkeit, sich hohe aber realisierbare Handlungsziele zu setzen.“ (Heyse, 2010a: 125)
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • weicht auch unangenehmen Tätigkeiten nicht aus und führt diese gewissenhaft durch • arbeitet unerwartet auftretende Notfallsituationen gezielt ab und führt auch durch befugte Personen angewiesene Maßnahmen - sofern berechtigt - durch • handelt nach den aktuellen Transport- und Versorgungsrichtlinien • führt Transporte von PatientInnen mit möglichst patientInnenschonender Lagerung durch und geht auch auf von Ärzten vorgegebene Transport- und Lagerungsarten ein • ist gewillt, jeglichen PatientInnen Transporte mit gleichbleibender Sorgfalt zu gewährleisten
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter haben die Möglichkeit, neue Materialien im Dienstbetrieb zu testen, um die Arbeitsabläufe für Sanitäter und Patienten zu verbessern. Die Sanitäter des KTWs sind mit Eifer an der Sache, diese Materialien zu verwenden und Auskunft über deren Nutzen zu dokumentieren. • Die Mannschaft eines KTWs bemüht sich, die disponierten Aufträge bestmöglich in

angemessener Zeit abzuwickeln, ohne absichtlich Zeit totschlagen zu wollen, um keine weiteren Transporte durchführen zu müssen.

2.6 Initiative		Erweiterter Kompetenzatlas RS – (A)
(S)		Dynamik, entschiedenes Handeln, Engagement
(D)		„Initiative bezeichnet die personale Fähigkeit zum aktiven – sachlichen, geistigen und handlungsmäßigen – Engagement für einen Gegenstand, eine Aufgabe, ein Ziel. Sie setzt zugleich die aktive Bindung daran und den persönlichen Einsatz dafür voraus. Ohne fremde Aufforderung oder Druck werden sinnvolle Ziele formuliert und in Ergebnisse umgesetzt. Initiative schließt eine in der persönlichen Vorsatzbildung verankerte Charakteristik eines bestimmten Zieles ein. Initiative wird zumeist mit sozialer Achtung und Anerkennung honoriert. Initiative kann für alle Abschnitte eines Arbeitsprozesses wichtig sein: Für die Festlegung seines Beginns und Ablaufs, für die Durchführung und Kontrolle des Realisierungsprozesses, für das Beharren auf einmal abgesteckten Zielen, schließlich für die Ausarbeitung und das Erreichen neuer, weiter gestreckter Ziele.“ (Heyse, 2010a: 138)
(KB)		<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über innerlich gesteuertes, dynamisches Verhalten zur Herbeiführung einer unmittelbar umzusetzenden Entscheidung • startet eine Aktivität oder Handlung nach vorangehender Entscheidung in angemessenem Zeitrahmen • befasst sich selbstständig mit neuen Erkenntnissen im Rettungsdienst • zieht bei Bedarf zum Wohle der PatientInnen RTW, NotärztInnen und Spezialkräfte hinzu

	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt auch unter erschwerten Bedingungen über eine hohe Effizienz zur Problemlösung
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäterin berichtet dem Dienststellenleiter von neuen Prozessen im Ablauf von Krankentransporten, von welchen sie im Zuge eines Kongressbesuches erfahren hat. • Beim Auftreten einer plötzlichen Bewusstlosigkeit handelt der Sanitäter entschlossen, indem er den Patienten in die stabile Seitenlage dreht. Er versucht somit, die Situation, welche sonst eine negative Eigendynamik entwickeln würde, schnellstmöglich in den Griff zu bekommen und fordert zusätzlich noch ein ALS-Team an.

2.7 Optimismus	Erweiterter Kompetenzatlas RS – (A)
(S)	Begeisterungsfähigkeit, Zuversicht, Hoffnungsfreude
(D)	<p>„Optimismus ist eine durch positive Erwartung bestimmte Lebensauffassung, die alles und alle von der besten Seite betrachtet und dadurch eine heitere, zuversichtliche, lebensbejahende und aktive Grundhaltung gewinnt. Während es pessimistische Menschen oft schwer haben, ihre Ideen und Vorstellungen in die Debatte zu bringen und gemeinsam mit anderen zu verwirklichen, finden optimistisch geprägte leicht Kontakt und Mitstreiter. Ihr Optimismus wirkt ‚ansteckend‘ in dem Sinne, dass er gemeinsame erwartungsfrohe Anstrengungen initiieren und realisieren hilft. Optimismus äußert sich im Unternehmen in zuversichtlichen Haltungen der Führungskräfte und Mitarbeiter gegenüber Unternehmenszielen. Aufgaben und Lösungen einerseits und ausbaubarer Kooperation und Kommunikation untereinander andererseits.“ (Heyse, 2010a: 146)</p>

(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • begeistert sich und andere ständig für laufende Weiterbildungen • handelt bei Krankentransport nach den Erwartungen zur Versorgung der eigenen Person, von Verwandten oder Freunden • vermittelt die eigene positive Lebenseinstellung und beeinflusst damit auch KollegInnen • engagiert sich dafür, dass Einsatzmaterialien dem Stand der Zeit entsprechen und für SanitäterInnen und PatientInnen möglichst schonende Transporte möglich sind • blickt positiv in die Zukunft
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Begeisterung, Menschen durch Krankentransporte helfen zu können, beflügelt den Sanitäter auch noch nach etlichen Jahren im Dienstbetrieb und so feiert er zufrieden das 20-jährige Dienstjubiläum im Krankentransportdienst. • Der Optimismus, welchen die Sanitäterin im Gespräch mit einem Krebspatienten verbreitet, erleichtert diesem die wöchentlichen Transporte. Die Sanitäterin erzählt von PatientInnen, welche die Krankheit schon erfolgreich besiegt haben und schenkt dem Patienten neue Hoffnung.

2.8 Konsequenz <i>Erweiterter Kompetenzatlas RS – (A)</i>	
(S)	Durchsetzungskraft, Folgerichtigkeit, Unbeirrbarkeit
(D)	„Konsequenz ist eine Haltung, die folgerichtiges Denken mit folgerichtigem, zielstrebigem Handeln verbindet. Sie bezieht sowohl die Gesamtheit der sachlichen Gegebenheiten, als auch die Folge-, Aus- und Nachwirkungen des Handelns ein.“

	<p>Während Konsequenz im fachlich-methodischen Denken Gefühls- und Wertaspekte ausklammern muss, um zu gültigen Resultaten zu gelangen, spielt im Bereich des Handelns gerade die Stabilität dieser Gefühls- und Wertaspekte die entscheidende Rolle für ein konsequentes Vorgehen.“ (Heyse, 2010a: 140)</p>
<i>(KB)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • weicht Problemstellungen nicht aus und versucht, diese auf Basis des Wissens und gegebener Richtlinien zu lösen • verfolgt Ziele zur bestmöglichen PatientInnenversorgung konsequent und lässt sich auch durch unvorhergesehene Ereignisse nicht davon abbringen • setzt sich auch in herausfordernden Situationen durch, nachdem die Situation analysiert und reflektiert wurde • bezieht Folge-, Aus- und Nachwirkungen in die Handlungen mit ein, gestaltet diese Handlungen aber wenn möglich im Sinne der PatientInnen
<i>(BSP)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter lässt sich auch durch Interventionen von Angehörigen nicht davon abbringen, in eine fachlich geeignete Krankenanstalt zu fahren, anstatt in eine Klinik, welche für das vorliegende Krankheitsbild nicht geeignet ist. • Auch während Standard-Transporten weicht der Sanitäter nicht davon ab, PatientInnen zu beobachten, um auf etwaige Akutsituationen vorbereitet zu sein.

3.5 Dialogfähigkeit, Erweiterter Kompetenzatlas RS – (S) Sozial-Kundenorientierung kommunikative Kompetenz

(S) Partnerorientierung, Kundenfreundlichkeit, Akzeptanz anderer

(D) „Dialogfähigkeit bezeichnet die Befähigung einer Person, im verbalen Dialog – der stets nonverbale Elemente einschließt – Sympathien zu gewinnen, Sachverhalte klar zu umreißen und sie auch für andere einsehbar darzustellen, notwendige Arbeits- und Handlungsschritte sicher zu begründen und mitreißend ins Gespräch zu bringen, die eigene Sicht und die eigenen Normen- und Werthaltungen verständlich zu machen und sie via Überzeugung und Vorbildwirkung auch auf andere zu übertragen; sie beinhaltet eine ‚Gewinner-Gewinner-Einstellung‘ und ‚Hilfe-Orientierung‘ gegenüber dem Dialogpartner. Das ist besonders wichtig im Umgang mit Kunden.
 Kundenorientierung bezeichnet die Dialogfähigkeit gegenüber Kunden, die Kundenpflege und die Erfüllung eingegangener Kundenverpflichtungen. Kundenorientierung basiert vor allem auf Kontaktfähigkeit, Kontaktfreude und Akzeptanz von Geschäftspartnerbeziehungen als Wertorientierung. Kundenorientierte Dialogfähigkeit tritt bei den neuen Möglichkeiten der Marktkommunikation an Stelle der anonymen, klassischen Push-Kommunikation. Die Kommunikatoren treten dabei mit den Kunden in einen direkten Dialog z.B. in Online-Kommunikation.“ (Heyse, 2010a: 128)

- (KB)**
- erkennt PatientInnen auch als KundInnen und versucht, eine bestmögliche Dienstleistung zu erbringen
 - sieht KollegInnen als gleichwertige PartnerInnen an

	<ul style="list-style-type: none"> • klärt Versicherungsverhältnisse der PatientInnen ab • benutzt Dokumente zur Sicherstellung der Richtigkeit der Daten von PatientInnen • klärt PatientInnen über notwendige Themen wie Kosten des Transportes auf
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter schafft es, mit seiner offenen und sympathischen Art, den Krankentransport in eine mehrere Stunden entfernte Spezialklinik angenehm zu gestalten. • Der Patient am Berufungsort stellt für den Sanitäter einen Kunden dar, welchem durch den Transport in eine Spitalsambulanz geholfen werden kann. Der Sanitäter bietet dem Patienten auch alle notwendigen Hilfestellungen an, um den Transport für den Patienten möglichst angenehm zu gestalten.

3.6 Erweiterter Kompetenzatlas RS – (S)	
Kommunikationsfähigkeit	
(S)	Gesprächsführung, Offenheit in der Kommunikation, Kontaktfähigkeit, soziale Neugier, Umgangsformen
(D)	„Kommunikationsfähigkeit als wichtige Anforderung an Mitarbeiter und Führungskräfte meint vor allem die Eignung in Gespräch, Verhandlung, Abstimmungsgespräch... mit einer oder mehreren Personen vorteilhafte Ergebnisse für die eigene Arbeitsgruppe oder das eigene Unternehmen zu erzielen, ohne die Verhandlungspartner zu frustrieren bzw. zu dauerhaften Widersachern zu machen. Orientiert wird weitgehend auf gegenseitig vorteilhaften Lösungen. Es sollte der Unternehmungsvorteil gewahrt werden, jedoch ohne in den Partnern das Gefühl zu hinterlassen, dass ihre berechtigten Interessen und Einwände unberücksichtigt

	<p>blieben. Kommunikationsfähigkeit schließt ein, zuhören zu wollen und zu können, sowie mündliche und schriftliche Informationen mit hoher Verständlichkeit zu gestalten. Sie umfasst Redegewandtheit, Kontakt- und Überzeugungsfähigkeit – auch gegenüber schwierigen Kommunikationspartnern. Bei Führungskräften gehört die Fähigkeit dazu, gute Kontakte zu unterschiedlichen Gesprächspartnern (Kunden, Zulieferern...) anzubahnen und intensiv zu nutzen (Verhandlungsgeschick). (Heyse, 2010a: 139)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • bindet PatientInnen aktiv in den Behandlungsvorgang mit ein • bündelt relevante Informationen und gibt diese an KollegInnen weiter • verarbeitet übertragene Informationen und setzt gezielt darauf aufbauende Handlungen • macht PatientInnen die relevanten Informationen zugänglich und verständlich • spricht in Wortwahl und Artikulation verständlich • ist im Auftreten glaubwürdig und das Verhalten wird in der Situation als passend empfunden • pflegt einen offenen Umgang mit PatientInnen und KollegInnen • versucht, keine Diskussionen zu sensiblen Themen zu provozieren und bleibt in Diskussion generell sachlich
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Zwei sich gegenseitig nicht bekannte Sanitäter arbeiten bei einem unerwartet eintretenden Notfall zum Wohle des Patienten zusammen. • Die Besatzung eines KTWs versteht es, dem Patienten verständlich zu machen, dass es beim Transport in eine Krankenanstalt um dessen Wohl geht.

Verständnisbereitschaft

(S)	Kompromissbereitschaft, Einfühlungsfähigkeit, Zugänglichkeit
-----	--

(D)	<p>„Verständnisbereitschaft bezeichnet hier die Disposition, fremde Wissensbestände, Werte und Verhaltensweisen analysieren und verstehen und die dabei gewonnenen Erfahrungen sozial kommunizieren zu können. Das umfasst sachliche Fakten, organisatorisch-strukturelle und methodische Zusammenhänge und soziale Gegebenheiten des Arbeits- und Unternehmensumfeldes (z.B. problemträchtige Maßnahmen wie Arbeitsplatzabbau, Umstrukturierung, Rationalisierung).</p> <p>Verständnisbereitschaft bezieht sich auch auf fremde unternehmenskulturelle, interkulturelle, ethische, politische, ökonomische Verhältnisse, Beziehungen und Werthintergründe. Sie schließt insofern stets ein sachlich-fachliches Verstehen und ein sozial-kommunikatives Begreifen zusammen. Verständnisbereitschaft setzt die Schaffung eines angstfreien, fördernden Diskussions- und Kommunikationsklimas, einschließlich von deutlich zum Ausdruck gebrachten Wohlwollen, Lob und Humor voraus.“ (Heyse, 2010a: 153)</p>
-----	---

(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • praktiziert einen verständnisvollen Umgang mit PatientInnen • kommuniziert klar die jeweilige Position, ohne dabei verletzend zu werden • versucht, soziale, physische und psychische Ausnahmesituationen von PatientInnen zu verstehen • argumentiert sachlich und zeigt sich kompromissbereit
------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • erfasst die Probleme der PatientInnen und versucht, Problemlösungsvorschläge zu unterbreiten
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sanitätsteam ist im Zuge eines Heimtransportes gewillt, an der Apotheke halt zu machen und für den betagten Patienten ein wichtiges Medikament zu holen, da dessen Angehörige erst Stunden später bei ihm eintreffen werden. • Der Sanitäter geht - sofern möglich - auf die Wünsche der PatientInnen und Angehörigen ein und fährt auf Wunsch auch eine andere Zielklinik an, in welcher der Patient üblicherweise in Behandlung ist.

3.8 <i>Erweiterter Kompetenzatlas RS – (S)</i>	
<i>Anpassungsfähigkeit</i>	
(S)	Einfühlsamkeit, Einordnungswille, Abstimmungsbereitschaft
(D)	„Anpassungsfähigkeit beschreibt das individuelle Vermögen, sich in oft schwierigen persönlichen und sozialen Situationen – insbesondere im Rahmen der Arbeit mit anderen in Gruppen (Teams), Unternehmen und Organisationen – so einzubringen, dass die gemeinsamen Ziele schneller und besser erreicht werden. Dabei darf die Anpassungsfähigkeit nicht im Widerspruch zur Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit gesehen werden; Brücke ist vielmehr das Gefühl, etwas für Familie, Freunde, Kollegen, das Unternehmen, die Gesellschaft ... geleistet zu haben. Erfolgreiche Organisationen zeichnen sich heute dadurch aus, dass sie nicht nur auf den Wandel reagieren, sondern mit dem Wandel agieren; zu Schwerfälligkeit und Inflexibilität führende hierarchische, tayloristische Leitbilder, Zentralisierung, Spezialisierung

und Bürokratie widersprechen der vom Markt geforderten Reaktions- und Anpassungsfähigkeit. Die Erkenntnis, dass das Unternehmensumfeld nicht im Voraus berechenbar ist, führt wiederum zu hohen Ansprüchen an die Anpassungsfähigkeit, und Flexibilität des Einzelnen.“ (Heyse, 2010a: 125)

(KB)

- kann sich auf ständig ändernde Arbeitssituationen einstellen und flexible Handlungsabläufe koordinieren
- reagiert auf die wechselnden PatientInnensituationen flexibel und reorganisiert das Verhalten danach
- stimmt die Versorgung von PatientInnen mit TeamkollegInnen ab
- bindet KollegInnen, PatientInnen, Mitglieder anderer Hilfsorganisationen und Angehörige bei Bedarf in das Geschehen mit ein, um medizinisch-, psychisch-, physisch- oder sozial-fordernde Situationen zu meistern
- gestaltet PatientInnentransporte nach den neuesten Standards und Richtlinien
- ist sich der Rolle des Berufsbildes für die Gesellschaft bewusst und versucht, dementsprechend zu handeln

(BSP)

- Auf Grund von Kapazitätsengpässen konnte der geplante Transport ins Zielkrankenhaus nicht planmäßig durchgeführt werden. Alternativ fand dieser in ein weiter entferntes Krankenhaus mit Erstaufnahme statt.
- Eine neue Transportrichtlinie bedeutet während des Transportes einen Mehraufwand für den Rettungssanitäter. Da dieser allerdings den

PatientInnen zu Gute kommt, wird dieser ohne Widerstand vollzogen.

<i>4.3 Sachlichkeit</i>		<i>Erweiterter Kompetenzatlas RS – (F) Fach- und Methodenkompetenz</i>	
<i>(S)</i>		Faktenorientierung, Sachverstand, Objektivität	
<i>(D)</i>		<p>„Sachlichkeit kennzeichnet eine Persönlichkeit, die ihre Urteile und Handlungen aus sachlich und methodisch begründeten Überlegungen herleitet und sich um größtmögliche Objektivität bemüht. Das gilt auch vor allem in Konflikt- und Stresssituationen, die durch emotional-motivational geprägte Vor-Urteile echte Sachurteile erschweren. Sachliche Personen stellen Auseinandersetzungen – unter Umständen auch notwendige und die Sache eher befördernde – hintan und bemühen sich bis zuletzt um eine analytisch-rationale Klärung. Unsachlichkeit oder emotional grundierten Angriffen sind sie oft hilflos ausgeliefert. Wo es jedoch um die Aufarbeitung von Daten, um das Auffinden logischer und methodisch organisationaler Schlussfolgerungen und um die Optimierung rationalen Handelns geht, ist Sachlichkeit eine unumgängliche Voraussetzung und ein sachliches Vorgehen durch nichts zu ersetzen. (Heyse, 2010a: 149)</p>	
<i>(KB)</i>		<ul style="list-style-type: none">• führt Gespräche mit PatientInnen und KollegInnen sachlich und nicht emotional und lässt sich auch auf andere Sichtweisen ein, vor allem wenn diese faktenbasiert sind• lässt sich nicht durch persönliche Erfahrungen ablenken, sondern betrachtet PatientInnen möglichst objektiv	

	<ul style="list-style-type: none"> • versucht, auch in schwierigen Situationen möglichst rational zu denken und diese anhand von Fakten zu analysieren • verfügt über einen Sachverstand, der es ermöglicht, Krankheiten in Hinsicht auf deren Schwere zu beurteilen • schätzt den PatientInnenzustand auf Basis von Wissen und Erfahrung ein und handelt dementsprechend
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter betreten einen Berufsort, welcher auf den ersten Blick sehr in die Jahre gekommen aussieht, beurteilen den Patienten aber nicht nach den räumlichen Gegebenheiten, sondern fokussieren sich auf den Patienten. • Während eines Transportes berichtet ein Patient von seiner politischen Gesinnung, welche mit den Ansichten des Sanitäters nicht konformgeht. Trotzdem führt der Sanitäter den Transport ordnungsgemäß durch und beurteilt die Situation des Patienten objektiv.

4.4 Systematisch- Erweiterter Kompetenzatlas RS – (F)

methodisches Vorgehen

(S)	Beurteilungsfähigkeit, strukturiertes Denken, methodisches Denken
(D)	„Systematisch-methodisches Vorgehen ist die Verflechtung von einem intensiven, drängenden Zugehen auf Probleme und Aufgaben, mit einer planvoll vorgehenden Analyse vor dem Hintergrund eines möglichst umfassenden fachlichen und methodischen Wissens.“

	<p>Im beruflichen, betrieblichen Bereich ist ein solches Vorgehen vor allem für Situationen von entscheidender Bedeutung in denen es um die Weiterführung und Ausgestaltung bestehender Bedingungen und Arbeitsprozesse oder um die Reorganisation bestehender Organisationsstrukturen geht.“ (Heyse, 2010a: 152)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • handelt nach aktuellen Transportrichtlinien, welche durch die jeweilige Lehrmeinung abgebildet sind • offeriert ein patientInnenfreundliches Transportklima • analysiert die Einsatzstelle und erkennt potenzielle Gefahren sowie Gefahrenbereiche für PatientInnen und/oder Besatzung • kann PatientInnen anhand von vorgegebenen, standardisierten Algorithmen strukturiert beurteilen • kann den Zustand von PatientInnen einschätzen und dementsprechende Handlungen setzen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Patient erleidet plötzlich einen Krampfanfall. Nach einem eingelernten Patientenbeurteilungsschema beginnen die Sanitäter, den Patienten zu beurteilen und zu versorgen. Nachdem unter anderem eine adäquate Lagerung, Sauerstoffgabe und der Schutz vor weiteren Verletzungen durchgeführt worden ist, wird schließlich entschieden, einen Notarzt zu alarmieren. • Während eines Transportes zeigt sich ein Patient offensichtlich verwirrt. Der Sanitäter versucht, die Situation entsprechend einzuschätzen, um einen für den Patienten entsprechenden Transport durchführen zu können, aber auch auf abnorme Reaktionen des Patienten und die möglicherweise

resultierende Gefährdung des Sanitätspersonals einzugehen.

4.5 Folgebewusstsein Erweiterter Kompetenzatlas RS – (F)

(S) Problemkenntnis, praktisch-technische Intelligenz, Auswirkungsabschätzung

(D) „Folgebewusstsein umfasst zwei Komponenten. Zum Einen das fachliche und methodische Wissen um kausale und statistische Prozessabläufe: bestimmte Sachverhalte, Bedingungen, Ursachenkonstellationen bringen kausal oder statistisch determinierte Folgeerscheinungen hervor; z. B: hat eine bestimmte Personal-, eine bestimmte Verkaufsentscheidung bei zureichender Fach- und Methodenkenntnis vorhersehbare Konsequenzen für den internen Prozess der Arbeitsgestaltung bzw. für den Erfolg oder Misserfolg am Markt. Zum anderen umfasst Folgebewusstsein auch das soziale Sich-Verantwortlich-Fühlen für Folgen eigener Maßnahmen und Entscheidungen für den eigenen Arbeitsbereich oder das gesamte Unternehmen. Oft greift dieses Folgebewusstsein auch über die eigene Privat- und Arbeitssphäre, über das eigene Unternehmen hinaus und hat breitere politisch-ökonomisch-soziale Folgen im Blick. Das ist z. B. beim ökologischen Folgebewusstsein (Beispiel Technikfolgenabschätzung) der Fall.“ (Heyse, 2010a: 134)

(KB)

- ist sich den Folgen seiner nicht-invasiven Maßnahmen sowie dem Unterbleiben von Handlungen bewusst und kann mit möglicherweise auftretenden Komplikationen, Problemen oder Nebenwirkungen umgehen und/oder diese beherrschen

	<ul style="list-style-type: none"> • vermeidet während Transporten von PatientInnen Folgeschäden durch sachgerechte Lagerung • hat Kenntnisse über die Auswirkungen seiner gesetzten Tätigkeiten • schöpft den Pool von Bewältigungsstrategien bei Feststellungen etwaiger Fehler aus und versucht, diese zu lösen
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter versucht während eines Transportes eine schonende Lagerung für den Patienten durchzuführen, um einen bereits vorhandenen Dekubitus nicht zu verschlimmern. • Eine verwirrte ältere Patientin kann den Angehörigen gegenüber keine Angaben machen. Der Sanitäter findet einen Zettel mit Kontaktinformationen von Angehörigen vor und verständigt diese über den Transport der Frau in ein Krankenhaus, um ungewollte Suchaktionen nach der Frau zu vermeiden.

4.5 <i>Erweiterter Kompetenzatlas RS – (F)</i>	
<i>Fachübergreifende Kenntnisse</i>	
(S)	Fachliche Neugier, Komplexitätsverständnis, politische und soziale Kenntnisse, soziales Wissen, Systematik
(D)	„Fachübergreifende Kenntnisse beziehen sich auf all jene fachlich-methodischen Kenntnisse, die das Wissen um die gegenwärtigen Produkte und Dienstleistungen des Unternehmens und die aktuell genutzten Wege von Absatzvorbereitung, Absatzdurchführung und Absatzverpflichtung (Kundenbeziehung) überragen. Hierzu gehören zum einen Kenntnisse des gesamten Produkt- bzw. Dienstleistungshintergrundes (also nicht nur

	<p>von Produkten und Dienstleistungen der Wettbewerber, sondern auch von Produkten und Produktzusammenhängen, die in Zukunft wichtig werden können) zum anderen Kenntnisse möglicher Organisations-, Vertriebs- und Verkaufsalternativen. Das setzt wiederum breite Kenntnisse ökonomischer und politischer Gesamtzusammenhänge voraus.</p> <p>Schließlich gehört auch ein fundiertes Normen- und Wertwissen sowie ein Wissen juristischer, sozialer, möglicherweise auch ästhetischer Zusammenhänge dazu.“ (Heyse, 2010a: 132)</p>
(KB)	<ul style="list-style-type: none"> • kennt die Grenzen des eigenen Tätigkeitsfeldes sowie mögliche Ressourcen anderer Einsatzorganisationen und schöpft diese gezielt aus • weiß über die gängige Praxis in den aufnehmenden bzw. behandelnden Einrichtungen Bescheid und kann PatientInnen bei auftretenden Fragen zu profunden Themen Antworten liefern • interessiert sich für die Aufgabenbereiche anderer Organisationen im Hinblick auf eine zukünftige organisationsübergreifende Zusammenarbeit • respektiert die eigenen Fertigkeiten und Möglichkeiten sowie die der anderen in Bezug auf den patientInnen- und materialorientierten Einsatz • verstärkt die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen in Situationen, in denen man als RS an die persönlichen Grenzen stößt
(BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sanitäter versucht, die komplexen Zusammenhänge zwischen Krankheitsbeginn und -verlauf in der Praxis nachzuvollziehen, indem er die Entwicklung der Krankheit des Patienten gezielt über eine längere Zeit hinweg bei Transporten

genau beobachtet. Dies hilft ihm dabei, Rückschlüsse für die Versorgung von weiteren Patienten zu gewinnen und auch soziale Auswirkungen von Krankheiten beobachten zu können.

- Während der Transporte informieren sich Sanitäter bei Patienten über deren Krankheiten und die resultierenden Abläufe im Gesundheitswesen. Sie erfahren dabei auch Neuigkeiten über mögliche Behandlungsmethoden von Krankheiten und lernen bürokratische Hürden und Möglichkeiten kennen.

9.2.3 Metakompetenzen RS

MK1 – Metakompetenzen RS	
Selbsterkenntnis (-vermögen)	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Bewusstsein über Leitmotive, Reflexionsgrad der eigenen Familiengeschichte, Verarbeitung der eigenen Lebenserlebnisse. Negativ: Selbstüberschätzung, Arroganz (Bergmann et al. 2006:117)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • hinterfragt die eigenen Leitmotive für eine Tätigkeit im Rettungsdienst und reflektiert diese. • nutzt Grenzerfahrungen zur Sinnsuche und auch dafür, sich mit Sinnkonflikten auseinanderzusetzen. (vgl. Stepan, 2001^{2a}: 395f.) • ist offen für Auseinandersetzungen über Sinn und Unsinn von Leben und Tod. (vgl. Frankl, 1982³) • nutzt im Dienst Wissen über die menschlichen Bedürfnisse: Selbstverwirklichungsbedürfnisse (Potential, Ziele), Kognitive Bedürfnisse (Wissen, Verstehen), Anerkennungsbedürfnisse (Vertrauen, Anerkennung der Kompetenzen), Soziale

	<p>Bedürfnisse (Zugehörigkeit, Liebe), Sicherheit (Sicherheit, Ruhe, keine Angst) und Physiologische Bedürfnisse (Nahrung, Sauerstoff, Sexualität) – um sich um eigene und Bedürfnisse von PatientInnen kümmern zu können. (vgl. Maslow, 1994⁵)</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifiziert mögliche negative Auswirkungen psychischer oder physischer Natur, welche von Ereignissen während des Dienstes, Vorgesetzten, KollegInnen oder Arbeitsmittelausstattung ausgehen. (vgl. Lasogga & Gasch, 2014³: 145f.) • erkennt Symptome, die für eine Belastungsstörung sprechen, wie etwa Wiedererleben von Einsätzen, Transporten oder Erlebnissen, Vermeidung von Reizen im Zusammenhang mit diesen Erfahrungen, Gefühl einer Entfremdung von sich und anderen oder etwa einer erhöhten Erregbarkeit und leitet daraus die Notwendigkeit zur Intervention ab, was auch für Ausgebranntsein (Burn-out-Syndrom) oder Depression gilt (vgl. Herzog, 2014²:1111f.)
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Während der Ausbildung zum RS werden bereits Symptome und Auswirkungen von Stress im Dienst gelehrt sowie Möglichkeiten zur Hilfestellung für Helfer in Ausnahmesituationen thematisiert. Der RS ist durch dieses Wissen, gepaart mit dem eigenen Selbsterkenntnisvermögen, im Stande die eigene Situation einzuschätzen und bei Bedarf Hilfe anzufordern, um etwa einer akuten Belastungsreaktion oder posttraumatischen Belastungsstörung entgegenzuwirken.

MK2 – Selbstdistanz	Metakompetenzen RS
Lexikalische Erläuterung (D)	„Selbstironie, Neutralität, Ausmaß des Selbstbezugs, religiöse und weltanschauliche Werte. Negativ: Ideologie, Xenophobie, Vorurteile“ (Bergmann et al. 2006: 117)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über ein gewisses Maß an Distanz zu Leid und Elend, um sich selbst und PatientInnen zu schützen (Stepan, 2001^{3b}: 233f.) • lebt im Dienst eine Grundhaltung vor, nach der alle PatientInnen, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Herkunft gleich behandelt werden und ist sich dessen bewusst, dass auch bei TäterInnen im Falle von Verbrechen eine wertfreie Versorgung durchzuführen ist. • überträgt auch bei misslungener Hilfeleistung, wie etwa dem Tod von PatientInnen, die Schuld nicht auf sich selbst (vgl. Lasogga & Gasch, 2014³: 162)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Straftäter wird unter Begleitung von Justizwachebeamten zu Untersuchungen ins Krankenhaus transportiert. Die RS behandeln den Patienten neutral und nicht abfällig – es handelt sich schließlich um einen Patienten, den es zu transportieren gilt und eine Wertung ist nicht zielführend.

MK3 – Situations- Kontextidentifikations- fähigkeit	Metakompetenzen RS
Lexikalische Erläuterung (D)	„Historische Einordnung, Altersadäquanz, Abstimmung der Kontexte im Lebenslauf, keine absoluten Lösungen, Abwägung von Nutzen und Aufwand. Negativ: Absolute Lösungen, apodiktische Äußerungen“ (Bergmann et al. 2006: 117)

Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • vermittelt, nach Reflexion der Thematik, den Eindruck, dass „Seelische Betreuung [...] kein Ersatz für medizinische Hilfe, aber eine sinnvolle Ergänzung“ ist. (Stepan, 2001^{3b}: 233) • identifiziert sich mit den PatientInnen, schafft aber auch die nötige Distanz (Stepan, 2001^{3b}: 233) • entscheidet, im Sinne von PatientInnen, ob ein qualifizierter Krankentransport zur Versorgungseinrichtung sinnvoll ist, oder ob weitere Kräfte hinzugezogen werden sollen (RTW, NEF etc.)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein RS transportiert über Jahre hinweg einen Krebspatienten und baut eine persönliche Beziehung mit diesem auf. Als dieser kurz nach einem Transport zu Hause verstirbt, macht er sich Vorwürfe, erkennt aber danach, dass er sich für diesen Umstand nicht verantwortlich zeichnet und die Krebserkrankung unweigerlich zum Tod führt. Der Sanitäter distanziert sich also davon, sich selbst Schuld zuzuweisen.

MK4 – Interventions- Lösungs-fähigkeit Metakompetenzen RS	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Ausmaß der Anregungen zu Handlungsmöglichkeiten, Sicherheit bei situativen Interventionen, reicher Erfahrungsschatz. Negativ: begrenzte Erfahrungen, Überreaktion“ (Bergmann et al. 2006: 117)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • praktiziert in herausfordernden Situationen ein sicheres Auftreten und setzt souveräne Handlungen • schätzt den PatientInnen-Zustand situativ nach ABC ein, entscheidet nach eigenen

	Handlungsmöglichkeiten über die weitere Versorgung der PatientInnen und verständigt bzw. fordert, wenn notwendig, weitere Hilfe in entsprechender Form an (Spezialkräfte, NotärztInnen, (Tele-)NotärztInnen etc.) (vgl. Hadasch & Bens, 2014: 59 – Anlehnung an D. NotSanG §4)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Eine KTW Besatzung trifft bei einer Patientin/einem Patienten ein und entscheidet auf Grund der Expertise und der Handlungsmöglichkeiten über das weitere Prozedere des Transportes.

MK5 – Lese- und Schreibkompetenz	
Metakompetenzen RS	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Lese- und Schreibkompetenz ist die Fähigkeit, Konzepte, Gefühle, Tatsachen und Meinungen sowohl mündlich als auch schriftlich mithilfe von visuellen, Ton- und digitalen Materialien in verschiedenen Disziplinen und Kontexten zu erkennen, zu verstehen, auszudrücken, zu erzeugen und zu interpretieren. Sie impliziert die Fähigkeit, auf angemessene und kreative Weise mit anderen Menschen wirksam zu kommunizieren und in Beziehung zu treten.“ (Europäische Kommission, 2018b: 2)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • ist fähig, in deutscher Sprache, einer Verkehrssprache, wie etwa Englisch, schreiben, lesen und kommunizieren zu können (vgl. EK, 2018b: 2) • versteht schriftliche und mündliche Informationen, welche im Zuge von Einsätzen weitergegeben werden und kann diese, im Sinne von PatientInnen, weiterverarbeiten und weitergeben (vgl. EK, 2018b: 2)

	<ul style="list-style-type: none"> • kann auf verschiedene Bewältigungsstrategien in Kommunikationssituationen zurückgreifen und sich den jeweiligen Situationen und PatientInnen anpassen (vgl. EK, 2018b: 2) • ist an der Kommunikation mit anderen, im Speziellen PatientInnen, interessiert und ist sich der Wirkung der Sprache bewusst (vgl. EK, 2018b: 2f.) • verfügt über die sprachlichen Mittel um eine adäquate Dokumentation im Sinne der Dokumentationspflicht des San-G §5 (vgl. RIS, 2020a) und als Nachweis professionellen Arbeitens zu gewährleisten (vgl. Redelsteiner, 2011b²: 35ff.)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Transportes dokumentiert der anwesende Sanitäter alle relevanten Informationen über die Situationen und den Patienten(-zustand) in schriftlicher Form und führt eine strukturierte Patientenübergabe im Krankenhaus durch, bei der auch Parameter und Informationen mündlich, schriftlich, mitunter auch elektronisch, übermittelt werden. Diese fachkundige Betreuung durch den Sanitäter dient im Sinne der PatientInnenorientierung dem Schutz des Patienten und einer möglichst dem Zustand der Patientin/des Patienten angemessenen Versorgung im Krankenhaus. (vgl. Redelsteiner, 2011b²: 36)

MK6 – Fremdsprach- Metakompetenzen RS liche Kompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Diese Kompetenz wird als die Fähigkeit definiert, mehrere Sprachen angemessen und wirksam für die Kommunikation zu verwenden. Sie erfordert im Wesentlichen dieselben Fähigkeiten wie die Lese- und

	<p>Schreibkompetenz: Sie beruht auf der Fähigkeit, Konzepte, Gedanken, Gefühle, Tatsachen und Meinungen sowohl mündlich als auch schriftlich in einer angemessenen Zahl gesellschaftlicher und kultureller Kontexte entsprechend den eigenen Wünschen oder Bedürfnissen zu verstehen, auszudrücken und zu interpretieren (Hören, Sprechen, Lesen und Schreiben). Gegebenenfalls kann sie den Erhalt und die Weiterentwicklung muttersprachlicher Kompetenzen einschließen.“ (Europäische Kommission, 2018b: 3)</p>
<p>Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über Kenntnisse in Fremdsprachen und kann diese auch im rettungsdienstlichen Kontext gekonnt einsetzen • kann sich auf einfache Art in (Rettungsdienst-)Routinesituationen verständigen und einen direkten verbalen Austausch von Informationen, Themen und Tätigkeiten bezüglich des Rettungsdienstes und des PatientInnenzustandes bewerkstelligen (Zielniveau mindestens A2 des Gemeinsamen europäischen Referenzrahmens für Sprache) (vgl. Europarat, 2013) • realisiert die Anwendung von Grundlagen einer fachbezogenen Konversation in englischer Sprache (vgl. Hündorf & Bender, 2014: 81ff.) • koordiniert den Einsatz von Hilfsmitteln, die eine erfolgreiche Kommunikationssituation in einer Fremdsprache und die Informationsweitergabe durch PatientInnen gewährleisten können. (z.B: Apps auf Smartphones: medTranslate (vgl. ÖRK Steiermark, 2017) oder Übersetzungshilfen wie Google Translator (vgl. Koppelstätter, 2018: 214), Dict.cc; Tip doc emergency© (vgl. Pluntke, 2016 216) diverse Unterlagen in Papierformat, wie

	<p>Piktogramme, Schmerzskalen, wie etwa die Wong Baker Skala (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011: 420ff.) oder im Besten Fall DolmetscherInnen (vgl. Koppelstätter, 2018: 217) – auch ein evtl. Einbezug von Angehörigen oder KollegInnen sollte angedacht werden)</p>
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ein KTW wird zu einem unklaren Geschehen gerufen. Die vital nicht bedrohte Patientin stammt aus Spanien. Da die KTW-Besatzung kein Spanisch sprechen kann und die Patientin kein Deutsch, erfolgt die Kommunikation in englischer Sprache. Die Kommunikation ist problemlos möglich, da sowohl für Sanitäter, als auch für die Patientin Kommunikation in englischer Sprache kein Problem darstellt.

MK7 – Mathematische Metakompetenzen RS Kompetenz (Naturwissenschaften, Informatik, Technik)	
<p>Lexikalische Erläuterung (D)</p>	<p>„A. Mathematische Kompetenz ist die Fähigkeit, mathematisches Denken zu entwickeln und anzuwenden, um Probleme in Alltagssituationen zu lösen. Ausgehend von guten Rechenkenntnissen liegt der Schwerpunkt sowohl auf Verfahren und Aktivität als auch auf Wissen. Mathematische Kompetenz ist — in unterschiedlichem Maße — mit der Fähigkeit und Bereitschaft zur Benutzung von mathematischen Denkart (logisches und räumliches Denken) und Darstellungen (Formeln, Modellen, Konstruktionen, Kurven, Tabellen) verbunden.</p> <p>B. Naturwissenschaftliche Kompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft, die natürliche Welt anhand des vorhandenen Wissens und bestimmter Methoden zu erklären, um</p>

	<p>Fragen zu stellen und evidenzbasierte Schlussfolgerungen zu ziehen. Kompetenz in Informatik und Technik ist die Anwendung dieses Wissens und dieser Methoden, um Antworten auf festgestellte menschliche Wünsche oder Bedürfnisse zu finden. Die Kompetenzen in Naturwissenschaften, Informatik und Technik setzen das Verstehen von durch die Aktivität des Menschen ausgelösten Veränderungen und ein Verantwortungsbewusstsein als Bürger voraus.“ (EK, 2018b: 3)</p>
<p>Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • verfolgt logische und räumliche Denkmuster um Informationen, welche für PatientInnen von Relevanz sein können, zu verarbeiten und kombiniert diese bei Bedarf (Unfallmechanik; Auswirkungen von Tätigkeiten auf PatientInnen und Umgebung; Zeitdiagramme etc.) • wendet einfache mathematische Prinzipien und Prozesse bei der Verwendung von Einsatzmaterial (Sauerstoffverbrauch, Medikamentendosierung etc.) und im Zuge des alltäglichen Dienstgeschehens an (vgl. EK, 2018b: 4) • beschäftigt sich mit Algorithmen zur Versorgung von PatientInnen, zieht diese in Betracht und wendet diese, sofern die Mittel um diese durchzuführen freigegeben sind, in Notfallsituationen an • versteht Grundprinzipien der natürlichen sowie auch modernisierten Welt und der Technik (vgl. EK, 2018b: 4)
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sanitäter eines KTWs transportieren einen Patienten mit COPD und verabreichen ihm Sauerstoff. Die Sanitäter sind jederzeit in der Lage

auszurechnen, wie lange der Sauerstoffvorrat bei diesem Patienten reicht.

MK8 – Digitale Kompetenz	Metakompetenzen RS
Lexikalische Erläuterung (D)	„Digitale Kompetenz umfasst die sichere, kritische und verantwortungsvolle Nutzung von und Auseinandersetzung mit digitalen Technologien für die allgemeine und berufliche Bildung, die Arbeit und die Teilhabe an der Gesellschaft. Sie beinhaltet Informations- und Datenkompetenz, Kommunikation und Zusammenarbeit, die Erstellung digitaler Inhalte (einschließlich Programmieren), Sicherheit (einschließlich digitalem Wohlergehen und Kompetenzen in Verbindung mit Cybersicherheit) und Problemlösung.“ (EK, 2018b: 4)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • nutzt digitale Medien (Smartphone, Tablet, Terminal, Digitalfunk etc.) und reflektiert deren Nutzung im Dienstalltag • pflegt einen sicheren und kritischen Umgang mit digitalen Medien und (sensiblen) Daten (vgl. EK, 2018b: 5) • schätzt die Wirkung, Verlässlichkeit und Gültigkeit unterschiedlicher verfügbarer Informationen und Daten ein und nutzt bei Bedarf digitale Hilfsmittel zur Abwicklung von rettungsdienstlichen Prozessen (vgl. EK, 2018b: 5)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Routineeinsatzes dokumentiert ein Sanitäter alle relevanten Daten und Informationen zum jeweiligen Einsatz am Tablet des KTW.

MK9 – Persönliche, soziale und Lernkompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Persönliche, soziale und Lernkompetenz ist die Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren, Zeit und Informationen effektiv zu verwalten, konstruktiv mit anderen zusammenzuarbeiten, seine Resilienz zu erhalten und seinen Bildungs- und Berufsweg selbst in die Hand zu nehmen. Dazu zählt die Fähigkeit, mit Ungewissheit und komplexen Sachverhalten umzugehen, zu lernen, wie man lernt, das eigene körperliche und emotionale Wohlergehen zu fördern, Empathie zu empfinden und Konflikte zu bewältigen.“ (EK, 2018b: 5)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • verfügt über Selbstlernfähigkeit und entwickelt eigenständig Lern- und Arbeitstechniken, um über aktuelle Entwicklungen im RD informiert zu sein und zeigt bei Einsätzen eine Lern- und Leistungsbereitschaft (vgl. Karutz, 2008: 31) • reflektiert die eigenständig gesetzten Handlungen, Maßnahmen und Versorgungen im Rahmen der komplexen Situationen des Rettungsdienstes als auch die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Dienstbetrieb (vgl. EK, 2018b: 5) • entwickelt durch einen breiten Erfahrungsschatz und Wissen das nötige Maß an Resilienz, der Fähigkeit eigene psychische Krisen zu bewältigen, um im RD effizient arbeiten zu können (vgl. EK, 2018b: 5) • setzt die eigenen Fähigkeiten zu lernen ein, um stressresistent zu agieren, Empathie zu empfinden und Konflikte im erforderlichen Maße bewältigen zu können (vgl. EK, 2018b: 5)

	<ul style="list-style-type: none"> • nutzt bei Fort- und Weiterbildungen die unterschiedlichen Möglichkeiten zu lernen aus (Skill-Training, Fallbeispiele, Rollenspiele, Videofeedback, Planspiel, Mega-Code-Training, Crew Resource Management etc.) (vgl. Zegeirink, 2013: 63ff.)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Sanitäter gestaltet die Pflichtfortbildungen nach den eigenen Bedürfnissen und versucht möglichst viel von diesen zu lernen, um Kompetenzen entwickeln und in weiterer Folge im Dienstbetrieb einsetzen zu können. Nach Möglichkeit nimmt er auch an weiteren, über die Fortbildungspflicht hinausgehenden, Fortbildungen teil.

MK10 – Bürger- Metakompetenzen RS kompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Bürgerkompetenz ist die Fähigkeit, als verantwortungsvoller Bürger zu handeln und uneingeschränkt am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilzunehmen, und zwar auf der Grundlage der Kenntnis gesellschaftlicher, wirtschaftlicher und politischer Konzepte und Strukturen sowie einem Verständnis von globalen Entwicklungen und Nachhaltigkeit.“ (EK, 2018b: 6)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • bindet Kenntnisse über Einzelpersonen, Gruppen, Arbeitsorganisationen, Gesellschaft, Wirtschaft und Kultur in den Rettungsdienstalltag ein und hinterfragt gegebenenfalls die Darstellung dieser unterschiedlichen gesellschaftlichen Elemente in (neuen) Medien (vgl. EK, 2018b: 6) • pflegt einen nachhaltigen Umgang mit Material und Ressourcen im Rettungsdienst und übernimmt Verantwortung für die Umwelt (vgl. EK, 2018b: 6f.)

	<ul style="list-style-type: none"> • versteht die Menschenrechte als Grundlage für Demokratie und die Entwicklung einer verantwortungsbewussten und konstruktiven (Lebens-)Einstellung (vgl. EK, 2018b: 6) • zeigt die Bereitschaft die Privatsphäre von PatientInnen, Angehörigen und KollegInnen zu achten (vgl. EK, 2018b: 7)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Transportes offenbart ein Patient dem Sanitäter seine politische Einstellung. Auf Grund von Meinungsfreiheit und Demokratie akzeptiert der Sanitäter die Einstellung des Patienten und geht nicht auf Konfrontationskurs, ist aber gewillt bei Bedarf eine sachliche und nicht emotional aufgeschaukelte Diskussion zu führen.

MK11 – Metakompetenzen RS	
Unternehmerische Kompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Unternehmerische Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit, Chancen und Ideen umzusetzen und in Werte für andere zu verwandeln. Sie beruht auf Kreativität, kritischem Denken und Problemlösung, Eigeninitiative und Durchhaltevermögen und der Fähigkeit, mit anderen zusammenzuarbeiten, um Projekte zu planen und durchzuführen, die von kulturellem, gesellschaftlichem oder kommerziellem Wert sind.“ (EK, 2018b: 7)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • praktiziert Handeln im RD nach Prinzipien von Evidenzbasierung und Qualitätssicherung (vgl. Managementkompetenz - Giesler et al., 2011: 3) • akzeptiert den Wandel der modernen Gesellschaft und die Umstände, welche diese für den Rettungsdienst mit sich bringen, und versucht den

	<p>größtmöglichen Nutzen für die Gesellschaft durch das eigene Handeln zu erzielen</p> <ul style="list-style-type: none"> • wägt den Nutzen für PatientInnen bei der Verwendung von Einsatzmaterial ab und sorgt für eine patientInnenorientierte, ressourcen- und materialschonende Versorgung • lebt eine Grundhaltung, andere Personen zu motivieren, Ressourcen sinnvoll zu nutzen und Ziele erreichen zu wollen (EK, 2018b: 7)
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Während Transporten entsteht auch Müll in Form von Einmaldecken, Wundverbänden oder Nierentassen. Die Rettungssanitäterin ist darauf bedacht, die Materialien ressourcenschonend einzusetzen und den entstehenden Müll zu recyceln bzw. den entsprechenden Abfallkategorien zuzuordnen. Die PatientInnen erhalten die bestmögliche Versorgung, gleichzeitig werden aber auch die Kosten für das (Rettungsdienst-)Unternehmen und die Entsorgung reduziert, bzw. die Umwelt geschont.

<p>MK12 – Metakompetenzen RS Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit</p>	
<p>Lexikalische Erläuterung (D)</p>	<p>„Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit sind mit einem Verständnis und einer Achtung davor verbunden, wie Ideen und Sinn in verschiedenen Kulturen und durch verschiedene Künste und Kulturformen auf kreative Weise ausgedrückt und kommuniziert werden. Sie beinhalten, eigene Ideen zu erkennen, zu entwickeln und auszudrücken und seinen Platz oder seine Rolle in der</p>

	Gesellschaft auf vielfältige Weise und in vielfältigen Kontexten wahrzunehmen.“ (EK, 2018b: 7)
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • versteht es Diversität zu nutzen, um allen PatientInnen, auch jenen von vulnerablen, oft benachteiligten Gruppen, die gleiche Versorgungsqualität zuteilwerden zu lassen, wie allen anderen PatientInnen (vgl. Kutalek, 2012: 3ff.) • verfügt über die notwendigen Mittel bei Verständigungsproblemen auf non-verbale und paraverbale Kommunikation (Gasch & Lasogga, 2014: 49) zurückzugreifen, um PatientInnen versorgen zu können, sowie diese und andere Kommunikationsmittel in Notfallsituationen bewusst einzusetzen oder zu unterlassen
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Sanitäter, der ursprünglich aus Syrien stammt und der islamischen Religion zugehörig ist, muss im Zuge eines Transportes einen retardierten älteren Mann versorgen, welcher von „Österreichern“ versorgt werden möchte. Der Sanitäter kommuniziert kultursensibel und findet so eine Ebene, um mit dem älteren Mann zu kommunizieren und einen Transport in ein Krankenhaus durchführen zu können.

9.2.4 Querschnittskompetenzen RS

QK1 – Interkulturelle Querschnittskompetenzen RS	
Kompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	<p>„Interkulturelle Kompetenz ist eine berufliche Schlüsselqualifikation und meint die Fähigkeit</p> <ul style="list-style-type: none">• Interkulturelle Situationen und Zusammenhänge wahrzunehmen, sie mit ihren Problemstellungen zu erfassen und in ihren Chancen zu begreifen;• Das eigene Bedingungs-, Bezugs- und Wertesystem zu sehen und eigene Einstellungen, eigenes Verhalten und Handeln kritisch reflektieren zu können;• Interkulturelle Prozesse zu initiieren, Diskriminierungen gegenzusteuern und Benachteiligungen abzubauen;• Sensibilität für und in interkulturellen Lernprozessen bei anderen zu fördern und zu entwickeln;• Konflikte im interkulturellen Kontext wahrzunehmen und bearbeiten zu können;• Sich Wissen anzueignen;• Das Gelernte in die Struktur der eigenen Organisation übertragen zu können“ (Zacharaki, 2007: 20f.) <p>Die drei zu unterscheidenden Teilaspekte sind: „affektive Fähigkeiten, kognitive Fähigkeiten und Verhaltensfähigkeiten“ (vgl. Scheitza et al. 2011a; Scheitza et al. 2011b: 8ff.).</p> <p>Interkulturelles Lernen erfolgt dabei etwa 70% affektiv (Offenheit für andere Handlungsmuster, Erkennen kultureller Hintergründe im eigenen Verhalten und</p>

	Handeln) und 30% kognitiv (Wissen über eigene und andere Kulturen) (vgl. Kanacher, 2005: 22).
Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)	<ul style="list-style-type: none"> • reflektiert interkulturelle Situationen im RD Alltag und lernt anhand der Stufen interkulturellen Lernens: Selektive Aneignung, Wertschätzung, Akzeptanz, Verstehen, Aufmerksamkeit, Ethnozentrismus (vgl. Hoopes, 1981) • erfasst die Gesamtheit von Interkulturalität und erkennt in RD Situationen die gesellschaftliche, globale aber vor allem institutionelle (Ich, Wir, Sache, Aufgabe) Relevanz (vgl. Fischer, 2005: 38ff.)
Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Eine 80-jährige Frau verständigt die Rettungskräfte, da es ihrem 50-jährigen türkischen Nachbarn nicht gut geht und er an Grippe leidet. Bei Eintreffen der KTW Besatzung antwortet der Patient nicht und schließt bei Ansprache immer wieder die Augen. Die Frau des Patienten spricht kein Deutsch Die Sanitäter müssen nun mit den ihnen zur Verfügung stehenden Personen, Mitteln und eigenen Fähigkeiten, möglichst kultursensibel eine Anamnese als auch eine Versorgung durchführen. (vgl. Machado, 2013: 82ff.).

QK2 – Querschnittskompetenzen RS	
Führungskompetenz	
Lexikalische Erläuterung (D)	„Führung findet vor dem Hintergrund rechtlicher, organisationaler, personeller und situativer Bedingungen statt. Der Grundgedanke der situativen Führung ist es, dass der Erfolg des Führungsverhaltens im Sinne einer Interaktion dieser Einflussgrößen zu verstehen ist, wobei die Kompetenz der Führungskraft in der Wahl des richtigen

	<p>Verhaltens in Abhängigkeit von situativen Randbedingungen liegt.“ (Mussel et al. 2007: 297²)</p> <p>Information spielt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung von Tätigkeiten und Aufgaben. MitarbeiterInnen sind eher motiviert sich zu engagieren, wenn eine entsprechende Informationspolitik vorherrscht (vgl. Jetter & Skrotzi, 2017: 26).</p>
<p>Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • organisiert selbstständig Reflexionsgespräche zu relevanten Ergebnissen im Dienstgeschehen und regt einen Erfahrungsaustausch zwischen SanitäterInnen an (vgl. Jetter & Skrotzi, 2017: 20) • repräsentiert folgende Rollen: VisionärIn, Vorbild, ManagerIn, KoordinatorIn, realisierende Macherin/realisierender Macher, IntegratorIn, TeamentwicklerIn, Coach, Förderin/Förderer, Expertin/Experte und Lernende/r (vgl. Jetter & Skrotzi, 2017: 7) • entscheidet selbstständig bzw. partizipiert in Gruppenentscheidungen (Mussel et al. 2007²: 301f.)
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nach einem prägenden Transport entscheidet der RS, dass es notwendig ist, die Geschehnisse Revue passieren zu lassen und zu reflektieren. Er führt dies in Form eines Reflexionsgesprächs durch, wodurch beide beteiligten Sanitäter daraus lernen können.

<p>QK3 – Querschnittskompetenzen NKI</p> <p>Selbstentwicklungs-kompetenz</p>	
<p>Lexikalische Erläuterung (D)</p>	<p>„Selbstentwicklungs-kompetenz bedeutet, dass Menschen die Fähigkeit und die Bereitschaft besitzen zu lernen, zu wachsen und sich weiterzuentwickeln. Sie haben</p>

	<p>lebenslanges Lernen als Prinzip verinnerlicht und sind in der Lage, Bedürfnisse und persönliche Entwicklungsziele in Handlungen zu überführen.“ (Graf, 2019²:178)</p>
<p>Untersetzung des Kompetenzbegriffes für NKI (KB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kann als Expertin/Experte der Tätigkeit im RD die Bedingungen, Ziele und Resultate als Leistungen und etwaigen Verbesserungsbedarf dieser Leistungen einschätzen (vgl. Bergmann, 2007²:195, Hacker, 2005) • vergleicht die eigenen Qualifikationen und Kompetenzen mit den heutigen und zukünftigen Anforderungen des RD und leitet frühzeitig Entwicklungsmaßnahmen ein (vgl. Graf, 2019²: 178) • verfügt über ein hohes Selbstentwicklungspotential, wobei Lernen und Arbeit nicht als getrennte Bereiche gesehen werden, sondern Lernen in die Tätigkeiten im RD integriert wird (vgl. Strasse, 1998: 306)
<p>Beispiele aus dem Rettungsdienstalltag (BSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Während eines Transportes realisiert ein RS, dass die Patientenversorgung nicht optimal verläuft. Im Anschluss an den Einsatz versucht er Potentiale zur weiteren Entwicklung einer optimalen PatientInnenversorgung zu erkennen und setzt alles daran, dies umzusetzen.

10 Zukünftige Herausforderungen und Möglichkeiten einer Weiterentwicklung des Ö-RD

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit diversen Herausforderungen den Ö-RD betreffend und führt einige Aspekte an, welche zu einer Weiterentwicklung bzw. Professionalisierung des Ö-RD führen könnten. Der Forscher erhebt allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Thematiken, da es in Österreich ein schier unerschöpfliches Potential gibt, eine Weiterentwicklung im Rettungsdienst zu ermöglichen. Die Sinnhaftigkeit der Erwähnung diverser Thematiken kann hinterfragt werden, doch stellt diese Themenauswahl eine wohl durchdachte und nach reichlicher Recherche zusammengestellte, notwendige Diskussionsgrundlage für Anstöße zur Weiterentwicklung des Ö-RD dar. Zusätzlich werden die Thematiken auch teilweise mit den erstellten Anforderungsprofilen verknüpft.

10.1 Weiterentwicklung des Österreichischen Rettungsdienstes

Eine Weiterentwicklung des RD wird seit etlichen Jahren, nicht erst seit der Einführung des SanG, gefordert. In den letzten Jahren häuften sich die Forderungen nach einer Weiterentwicklung des RD und einer Professionalisierung des Berufsbildes inklusive einer erhöhten Ausbildungsdauer für SanitäterInnen. In diesem Abschnitt sollen fünf wohl gewählte und reflektierte Möglichkeiten einer Weiterentwicklung des Ö-RD besprochen werden, welche durch Armin Reisinger im Zuge des 6. ÖGERN Symposiums bei einer Podiumsdiskussion zur Primärversorgung in Österreich vorgeschlagen wurden und die Meinung des BVRD widerspiegeln. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 146ff.) Diese fünf Möglichkeiten werden mit weiteren Vorschlägen erweitert und die möglichen Wirkungen der KOAP im Ö-RD thematisiert.

10.1.1 Standards der Aus- und Fortbildung heben

Mit 260 Stunden Ausbildungsdauer stellen RS die Basis der notfallmedizinischen Versorgung von PatientInnen in Österreich dar. International gesehen müssen in der Notfallmedizin tätige Professionen meist eine mehrjährige Ausbildung absolvieren. Auch die österreichische Ausbildung zu NKI mit einem Jahr Vollzeitausbildung hinkt dem internationalen Standard der Ausbildung nach. Ein weiteres Merkmal der Ausbildung im österreichischen Kontext ist, dass

die jeweiligen Standards von den HiOrgs vorgegeben werden und es keinen einheitlichen Standard für Aus- und Fortbildungen, nur jenen des Gesetzes (vgl. RIS, 2020a) gibt. Zukünftige Bestrebungen sollten dahin gehen, eine möglichst kompetente PatientInnenversorgung zu gewährleisten, welche einheitlichen Standards in ganz Österreich folgt. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 147) Da eine Ausdehnung der Ausbildung nicht in Aussicht ist, muss hier vor allem an den Standards im Rahmen der Möglichkeiten gearbeitet werden. Die erstellten Profile sollen hier auch als Grundlagen für solche Standards in der (Aus-), Fort- und Weiterbildung dienen. Mit ihnen kann gezielt Kompetenzentwicklung betrieben und somit ein einheitlicher Standard der SanitäterInnen in Österreich erzielt werden. Drei weitere relevante Themen, die zu einem einheitlichen, höheren Standard von SanitäterInnen in Österreich führen können, sind die Qualifizierung von Lehrkräften, die Erhöhung der Anzahl an Fortbildungsstunden und die Durchführung von Assessments.

10.1.1.1 Erhöhung der Anzahl der Fortbildungsstunden

Im SanG werden SanitäterInnen zu Fortbildungen verpflichtet. Im Zuge dieser Fortbildungen soll die medizinische und wissenschaftliche Weiterentwicklung berücksichtigt werden. Dabei müssen die in den Ausbildungen erworbenen Fertigkeiten, Fähigkeiten und Kenntnisse weiter vertieft und fach einschlägige Entwicklungen – wie etwa Guidelines – berücksichtigt werden. Das entspricht grob umrissen auch den Ideen von Qualitätssicherung. (vgl. Reisinger, 2012: 17) Das Ausmaß dieser verpflichtenden Fortbildung ist allerdings mit 16 Stunden in zwei Jahren äußerst gering. Umgerechnet entspricht dies 8 Stunden Fortbildung pro Jahr und SanitäterIn, unabhängig von deren Ausbildungslevel.

Verknüpft man die Pflicht zur Fortbildung des SanG noch mit weiteren rechtlichen Bestimmungen, müssen sogar weitreichende Konsequenzen von unzureichender Fortbildung im Rahmen der besuchten Fortbildungen erkannt werden. Schwamberger (2009³) bezieht diese Fortbildungs-Pflicht im Bereich der Notfallmedizin sogar auf Sorgfaltsbestimmungen des StGB und des ABGB. (2009: 28f.) SanitäterInnen müssen demnach immer am aktuellen Stand sein, was mit einem Fortbildungsumfang von 16 Stunden in zwei Jahren schwer möglich sein dürfte.

Im Roten Kreuz in Osttirol wurde beispielsweise eine interne Fortbildungsverpflichtung von 15 Stunden pro Jahr und SanitäterIn vorgeschrieben, welche für alle Anstellungsverhältnisse gilt – also somit auch für Freiwillige. Die jeweiligen Fortbildungen sind inhaltlich größtenteils

gebunden. (vgl. Girstmair et al. 2018: 166) Diese 30 Stunden in zwei Jahren entsprechen beinahe der doppelten Anzahl der durch die Fortbildungsverpflichtung von SanitäterInnen vorgeschriebenen Stunden.

Einen Schritt weiter ging man etwa mit der „Haller Fortbildungspyramide“, welche in der ÖRK Bezirksstelle in Hall in Tirol Anwendung findet. Auf Basis der Erkenntnis, dass Theorie und Praxis im Zuge von Fortbildungen oft nicht im Sinne einer Personal- bzw. Kompetenzentwicklung, sondern meist wahllos erfolgen, entwickelte man ein Konzept zur Steuerung von Fortbildungen für RD-MA. Während die Theorie jeweils im Selbststudium erfolgt, müssen RS jährlich – wie in Tirol generell gefordert – 15 Fortbildungsstunden absolvieren, wovon etwa jeweils zwei Stunden auf BLS in Trauma-Settings und ALS in Reanimations-Situationen zu absolvieren sind. Darauf aufbauend müssen NFS an weiteren sechs Stunden Fortbildung – beispielsweise zwei Stunden ALS bei Kindernotfällen – teilnehmen. Zu guter Letzt müssen SanitäterInnen der Ausbildungsstufe NKV zwei Stunden ALS-Fortbildung mit eigener Anwendung von Notfallkompetenzen absolvieren. Dies soll dazu dienen, die geforderte Qualität der PatientInnenversorgung zu gewährleisten – nicht zuletzt durch die Anwendung von CRM-Prinzipen (siehe Kapitel 8.1.2.9.6). Ein überwiegender Teil der hauptberuflichen SanitäterInnen bewertete dieses Konzept als äußerst positiv. Auffallend ist allerdings, dass ehrenamtlich tätige Sanitäter nur bei Verfügbarkeit von Plätzen die Möglichkeit dieser Trainings nutzen können. (vgl. Neumayr et al. 2019: 56ff.)

Eine Möglichkeit, der viele SanitäterInnen aus anderen Teilen Österreichs bereits nachgehen, ist eine freiwillige Absolvierung von über die Vorgaben des Gesetzes hinausgehenden Fort- und Weiterbildung für den Ö-RD. Ein Faktor der hierbei als Hindernis angesehen werden kann, ist, dass es auch bei Absolvierung von zusätzlichen Fortbildungen und Ausbildungen im RD meist keinen finanziellen Anreiz gibt und auch eine besser bezahlte Funktionen oft nicht zur Verfügung steht, wie es bei (beruflicher) Weiterbildung im österreichischen Kontext oft Usus ist. (Lenz, 2005a²: 43)

In der Realität sieht es bisweilen oft so aus, dass auch berufliche MitarbeiterInnen zusätzliche Aus-, Weiter- und Fortbildungen in der Freizeit unentgeltlich absolvieren müssen und auch in der Dienstplangestaltung nicht darauf Rücksicht genommen wird – obwohl diese sogar in vielen Fällen fachspezifisch und dem RD dienlich sind. Exemplarisch kann hier die Ausbildung vom RS zum NFS genannt werden, was dem Forscher unter anderem aus der persönlichen RD-Praxis bekannt ist. Ein weiteres konkretes Beispiel ist die Eigenfinanzierung

der Ausbildung in allgemeinen Notfallkompetenzen durch hauptberufliche MA einer HiOrg. Der Dienstgeber wurde teilweise bewusst nicht über die höhere Qualifikation in Kenntnis gesetzt, um keine dienstlichen Konsequenzen bedingt durch die Absolvierung der Ausbildung fürchten zu müssen.

Eine explorative, nicht wissenschaftlich unterstützte Umfrage unter RettungsdienstmitarbeiterInnen wurde in Österreich 2017 online durchgeführt. 306 SanitäterInnen aus dem Ö-RD nahmen daran teil. Der Anteil an 80 Prozent Freiwilligen spiegelt in etwa die Situation im Ö-RD wider. Ein deutlicher Unterschied zur österreichischen Rettungsdienstpraxis lag allerdings bezüglich der absolvierten Ausbildungen der TeilnehmerInnen vor. Nur etwas mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen waren RS. Rund 45 Prozent waren NFS und höher. Je höher allerdings die Ausbildungsstufe ist, desto größer auch das Interesse an der Weiterentwicklung des RD und an Forschungstätigkeiten. Die Ergebnisse zeigten, dass beinahe 60 Prozent dieser TeilnehmerInnen zwischen 20 und 60 Stunden Fortbildungen in zwei Jahren absolvieren, was deutlich über den geforderten 16 Stunden liegt. Die Unterschiede bei HA und FW waren hierbei gering, was auch die Bereitschaft unterstreicht, dass SanitäterInnen im Ö-RD generell gewillt sind, sich fortzubilden. (vgl. Gutsch, 2017: 1ff.)

10.1.1.2 Lehrpersonen im Rettungsdienst

Um Möglichkeiten zu schaffen, Kompetenzen (weiter) zu entwickeln, bedarf natürlich auch Personen, die RS bis hin zu NKI bei diesem Prozess unterstützen können.

Laut dem SanG (vgl. RIS, 2020a) müssen derzeit LehrsanitäterInnen über eine Ausbildung im betreffenden Unterrichtsfach verfügen, über eine fachliche und pädagogische Eignung sowie eine abgeschlossene Ausbildung der zu unterrichtenden Stufe der SanitäterInnenausbildung. Zusätzlich werden zwei Jahre Erfahrung im Rettungsdienst und 40 Stunden fachspezifische Fortbildung in einer Periode von fünf Jahren gefordert, um eine aufrechte Tätigkeitsberechtigung zu haben. Weitere konkrete Anforderungen werden nicht angeführt außer, dass Lehrpersonen didaktische Prinzipien wie Methodenvielfalt oder soziales Lernen im Unterricht anwenden sollen. (vgl. RIS, 2020b)

Den immer umfangreicher werdenden Anforderungen an SanitäterInnen entsprechend besteht auch die Forderung nach einer der Ausbildung zu Grunde liegenden Notfallpädagogik. Karutz (2011a) zufolge ist:

„Notfallpädagogik [...] die Wissenschaft von Erziehung und Bildung, die auf Notfälle bezogen ist. Sie entwickelt Theorien, Konzepte und Methoden für eine notfallbezogene Erziehung sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen mit dem Ziel notfallbezogener Mündigkeit. Synonym kann auch von notfallbezogener Erziehungswissenschaft gesprochen werden.“ (2011a: 17)

Aus dieser Definition kann abgeleitet werden, dass Lehrpersonen mit begrenzten pädagogischen Grundlagen oder mit nur geringen didaktischen und methodischen Kenntnissen solchen Forderungen schwer nachkommen können. Eine Akademisierung von Lehrenden wäre eine Möglichkeit, dies sicherzustellen – wie dies auch in Deutschland im Zuge der NotfallsanitäterInnen-Ausbildung vermehrt der Fall ist. (vgl. Karutz, 2015: 39) Ein österreichisches Beispiel für eine tertiäre Ausbildung im Aus- und Weiterbildungsbereich wäre etwa der Master of Medical Simulation an der Medizinischen Universität Graz, bei welchem mitunter auch RettungsdienstmitarbeiterInnen als Zielgruppe angegeben werden. (vgl. MUOG, 2019) ÖGERN (2019a) empfahl auch, Lehrende in anderen Gesundheitsberufen – wie etwa der Krankenpflege – für die SanitäterInnenausbildungen zu ermächtigen – speziell in jenen Fächern, welche als fachlich nahe stehend anzusehen sind. (vgl. 2019a: 5)

Eine weitere Möglichkeit für Lehrpersonen stellt etwa eine Qualifizierung als TrainerIn oder ErwachsenenbilderIn dar, was etwa in Form einer Zertifizierung an der WBA, der Weiterbildungsakademie Österreich, erfolgen könnte. Bereits vorhandene Kompetenzen werden validiert und gegebenenfalls anerkannt. Auf diesem Weg erfolgt eine zeitlich individuelle, der Person angepasste Zertifizierung als ErwachsenenbildnerIn. (vgl. Gruber, 2014: 360ff.; Auzinger & Luomi-Messerer, 2017: 48ff.) Dies würde den in dieser Arbeit erstellten Kompetenzprofilen hinsichtlich Kompetenz- und Outputorientierung zugutekommen. Auch ein Schritt in Richtung erwachsenpädagogischer Professionalität auf internationaler Ebene wäre somit für Lehrende möglich. (vgl. Gruber & Wiesner, 2012: 16)

Der Fokus müsste aber auch im Bereich der Lehrpersonen, wie es in den beiden Anforderungsprofilen für RS und NKI der Fall war, darauf liegen, was diese können müssen, um SanitäterInnen auszubilden. Der erste Schritt wäre also, die nötigen Kompetenzen zu beschreiben und dann Wege der Kompetenzentwicklung zu finden.

Kompetenzentwicklung für Lehrpersonen im RD ist wichtig, um kompetenzorientiert unterrichten zu können und SanitäterInnen hin zu einer Kompetenzentwicklung zu führen. Dazu müssen Unterrichtsmittel angepasst werden, um jene Skripte abzulösen, die auf Vermittlung von Wissen und Inhalten ausgerichtet waren. (vgl. Lersch & Schreder, 2013: 38f.)

Pädagogisches Handwerkszeug, welches von auch Lehrenden im Rettungsdienst mitgebracht werden sollte, sind etwa Freude an der Arbeit mit Menschen, Kreativität und Organisationsfähigkeit. Diese sind allerdings schwer erlernbar. (vgl. Nussli, 2000)

Zusätzlich muss auch zwischen Lehren und Bewerten unterschieden werden, da etwa Lehrpersonen im Zuge von Ausbildungen bzw. Prüfungen noch andere Funktionen haben als etwa in Fortbildungen. Auch die Praxis des Bewertens muss gekonnt und reflektiert erfolgen. (vgl. Lassnig, 2019a: 08-2f.) Diese umfassen etwa auch eine differenzierte Beobachtung und Beurteilung von Befähigungen, Motiven und Werten der Lernenden. Ebenso müssen Situationen in Form von Simulationen konstruiert werden und die oft komplexen Daten gekonnt analysiert werden, was ebenfalls diagnostische Fähigkeiten voraussetzt. (vgl. Lang-von Wins, 2009: 270)

Im Sinne einer didaktischen Systematisierung kompetenzorientierten Unterrichtens müssen Lehrende aber auch systematisches Wissen vermitteln können, woraufhin Lernende sich dieses Wissen aneignen können, um dieses dann auch anzuwenden. Lehrende müssen dementsprechend Handlungssituationen in Unterrichtskonzepte einfließen lassen. (vgl. Lersch, 2007: 436) In diesem Zusammenhang darf man nicht vergessen, dass diese Unterrichtsmethoden Lehrmethoden und Lernmethoden umfassen, also Lehrende und Lernende in den Prozess der Kompetenzentwicklung eingebunden sind. (vgl. Klingberg, 1986³: 43ff.) Erst wenn Wissen mit Können vermengt wird, kann dies zu einer Entwicklung von Kompetenzen führen. (vgl. Lersch & Schreder, 2013: 38) Ein Modell, welches diese Aspekte zur Förderung der beruflichen Handlungskompetenz von SanitäterInnen beinhaltet, ist jenes von Karutz (2008). Eine kurze Übersicht dazu kann in Kapitel 8.1.1 gefunden werden.

Allerdings tendiert man in der europäischen Bildungspolitik dazu, vermehrt nur die (Lern-)Ergebnisse in den Fokus zu nehmen und die Lernprozesse, die dafür notwendig sind, weniger zu beachten. (vgl. Lassnig, 2019: 08-2ff.) Eine reine Orientierung an Ergebnissen interpretiert Lassnig (2019b) sogar als „desaströs für die Qualität der Bildung und des Lernens“. (2019b: 01-01) Eine Reflexion dieser Prozesse ist aber weiterhin notwendig, um sich über die Praxis des Lehrens im Klaren sein zu können und Lernende zu unterstützen.

Konkret sollten didaktische Konzepte beruflicher Aus- und Weiterbildung – und dazu zählt auch der Ö-RD – ausgerichtet sein auf:

- „konkrete Aufgaben- und berufstypische Situationen,

- eine Anwendungsdidaktik, in der „Wissen als Werkzeug“ (gemäß eines konstruktivistisch-instrumentellen Wissensverständnisses) angewendet wird und
- eine erfahrungsnahe didaktische Sequenzierung, in der die Theorie in der „Nachlaufrolle“ gegenüber dem praktischen Anwenden und Erleben aufgeordnet wird.“ (Müller, 2012: 452)

Im Falle von SanitäterInnen im Ö-RD wäre es wünschenswert, Lehrende dahingehend zu professionalisieren, dass diese methodisch und didaktisch im Stande sind, Lernprozesse anzuregen, wodurch SanitäterInnen dann Kompetenzen (weiter-)entwickeln können. Es ist hierzu notwendig, auch Lehrende auf ihre verantwortungsvolle, umfangreiche Aufgabe vorzubereiten. Lehrende müssen etwa über Methodenkompetenz zur Gestaltung der Lehr- und -Lernumgebungen, diagnostische Kompetenz etwa bezüglich Potentialen und Schwächen von Lernenden, Beratungskompetenz, um Lernende beim Selbstmanagement zu unterstützen, Medienkompetenz sowie auch verstärkt über Teamfähigkeit verfügen. (vgl. Gnahs, 2002: 116ff.) Der Grundgedanke für Lehrende im Ö-RD muss also sein, dass kompetenzorientierte Unterrichtsprozesse derart abgestimmt sind, dass die von SanitäterInnen geforderten Kompetenzen durch die Zuhilfenahme und Unterstützung von Lehrenden entwickelt werden können. (vgl. Winther, 2009: 269)

Diese Lehrenden würden allerdings nur einen Teil jener Begleiter in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von SanitäterInnen darstellen, denn den zweite ebenso relevanten Teil der AusbilderInnen stellen die Begleiter während des Praktikums dar. In Deutschland erfolgt etwa die Unterteilung in DozentInnen und PraxisanleiterInnen. Es bedarf natürlich Lehrender im klassischen Sinne, aber auch BildungsbegleiterInnen, LernpartnerInnen- oder BeraterInnen. (vgl. Karutz, 2015: 38ff.)

PraxisanleiterInnen stellen also ebenfalls eine wichtige Komponente zur Entwicklung von Kompetenzen der SanitäterInnen dar und müssen ebenfalls über unterschiedliche Kompetenzen in den vier Grundkompetenzen verfügen, wobei ebenfalls eine berufsverpflichtende Fortbildung von mindestens 200 Stunden vorgeschrieben ist. (vgl. Pluntke, 2017: 13ff.) In Österreich gibt es zwar in den unterschiedlichen HiOrgs auch PraxisanleiterInnen, die angehende SanitäterInnen während der Praktika unterstützen und als Mentoren bei der Kompetenzentwicklung begleiten, eine fundierte, pädagogisch orientierte Ausbildung fehlt aber, da es sich meist um Weiterbildungen im Umfang von 1 bis 2 Tagen – wie etwa in diversen Landesverbänden des ÖRK – handelt. Aus diesem Grund ist auch die mögliche Unterstützung der PraktikantInnen oft rein fachlicher Natur.

Es muss daher sichergestellt werden, dass SanitäterInnen in Österreich sowohl in theoretischen als auch praktischen Settings geeignete Personen zur Verfügung haben, die ihnen helfen, die Kompetenzen selbstorganisiert zu entwickeln. Bei Problemen sollen PraxisanleiterInnen auch Hilfestellungen anbieten können.

10.1.1.3 Assessments

Assessments, oder auch Assessment-Center-Verfahren genannt, sind stark strukturierte Mischverfahren zur Erfassung von Kompetenzen, die sich unterschiedlicher Methoden bedienen, um eine möglichst hohe Objektivität und Aussagekraft zu erzielen. Kompetenzen werden mitunter für die Lernenden selbst wie auch für Außenstehende erfasst und möglicherweise verborgene Fähigkeiten, Potentiale aussagekräftig sichtbar gemacht und dokumentiert. (vgl. Strauch et al. 2009: 109f.) Mit Hilfe von derartigen Assessments könnten alle vier Grundkompetenzen des Kompetenzatlas', die auch in den beiden Anforderungsprofilen für SanitäterInnen in Ö abgebildet sind, sichtbar gemacht, dokumentiert und reflektiert werden. Auch eine Befassung mit Meta- und Querschnittskompetenzen wäre denkbar.

Assessments finden in der (Berufs-)Beratung, in den Einstufungen in Bereichen der beruflichen Bildung, in der Karriereplanung, der Personalauswahl in Unternehmen, aber auch bei Weiterbildungsmaßnahmen statt, wenn beispielsweise Personalentscheidungen zu treffen sind. Zusätzlich können sie auch für strategische, gezielte Kompetenzentwicklungsmaßnahmen genutzt werden. Vorhandene Kompetenzen werden dabei festgestellt und gestärkt sowie – darauf aufbauend – neue Kompetenzen entwickelt. (vgl. ebd.: 110) Umfangreiche Assessments können im RD etwa in der Schweiz bei der Prüfung zu diplomierten RS gefunden werden. (vgl. Regener, 2005:346f.)

Durch den Arbeitskreis-Assessment-Center wurden neun Grundvoraussetzungen für eine zielgerichtete, erfolgreiche Durchführung von Assessments entwickelt:

1. „Im Vorfeld der Durchführung eines Assessments sollten die zu erfassenden Kompetenzbereiche und das Ziel des Assessments genau festgelegt und die Inhalte dementsprechend geplant werden.
2. Die Teilnehmenden werden anhand ihres tatsächlichen Verhaltens bei der Bearbeitung von spezifischen Assessment-Arbeitsaufträgen eingeschätzt.
3. Um eine hohe Aussagefähigkeit sicherzustellen, muss das Personal speziell für die Beobachtung im Assessment geschult sein. Außerdem sollten mindestens zwei Beobachter anwesend sein.

4. Um vorhandene Kompetenzen und Fähigkeiten beobachten und Entwicklungspotentiale einschätzen zu können, werden reale und typische Anforderungen aus der Arbeitswelt gezielt simuliert.
5. Alle Beteiligten sollten über Durchführung, Ziel und Ablauf sowie die abschließende Ergebnismutzung umfassend informiert sein.
6. Jede teilnehmende Person sollte ganz individuell beobachtet und eingeschätzt werden, um zu sicheren Ergebnissen kommen zu können.
7. Es sollten immer zwei Arbeitsaufträge pro Kompetenzbereich durchgeführt werden, um zu sicheren Ergebnissen kommen zu können.
8. Das Verfahren sollte immer an neue Anforderungen und Ziele angepasst werden und laufend weiterentwickelt werden.
9. Die Entwicklung, Durchführung und Auswertung eines Assessments stellen in der Regel einen komplexen, dynamischen Prozess dar, dessen Abläufe organisiert werden müssen.“ (Strauch et al. 2009: 110f.)

Zu Beginn von Assessments kommen häufig Interviews zur Anwendung, um Wünsche, Perspektiven, Interessen und Zukunftsplanungen aufzudecken, auch ergänzende Gruppendiskussionen werden häufig verwendet. Ein weiterer, gebräuchlicher Bestandteil von AC sind sogenannte Postkorbübungen. Im Zuge dieser Übungen müssen Probanden unter Zeitdruck Entscheidungen treffen. Dies findet bei Weiterbildungsmaßnahmen zwar selten Anwendung, könnte aber bei Kompetenzeinstufungen von SanitärerInnen oder Prüfungen dienlich sein. Weitere Bestandteile von AC sind Rollenspiele, Präsentationsaufgaben oder auch Fragebögen. (Strauch et al. 2009: 111f.)

Umfangreiche Assessments im RD können seit etlichen Jahren etwa in der Schweiz bei der Ausbildung zu diplomierten RS gefunden werden. (vgl. Regener, 2005:346f.) Ein ebenfalls umfangreicher Vorschlag für Assessment-Center für NFS-Auszubildende in Deutschland beinhaltet einen Fokus auf vorwiegend soziale Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeiten, Führungskompetenzen, Kooperationsfähigkeiten sowie systemisches Denken und körperliche Belastbarkeit der BewerberInnen. Die einzelnen Teile des Assessments gliedern sich in Selbstpräsentation, Persönlichkeitstest, Gruppendiskussion, Laienreanimation, eine Postkorbübung in Form einer Notfallsituation, einen Transport von PatientInnen mit Tragstuhl, Einzelgespräch und Pausenbeobachtungen. (vgl. Heil, 2015: 7ff.) In der Praxis in Hessen (Deutschland) zeigte sich etwa, dass bei Auswahlverfahren überwiegend Sozialkompetenz-Tests, Sport/Fitnesstests und Fachkompetenz-Tests durchgeführt werden. Bei nur etwa der Hälfte der Assessments wurde ein strukturiertes Interview oder ein Allgemeinwissens-Test durchgeführt. Bei nicht einmal

jedem zehnten Auswahlverfahren wurde etwa zuvor eine Hospitation an einer Rettungswache durchgeführt. (vgl. Hündorf, 2017: 23)

Betrachtet man die Ö-RD-Landschaft, so können auch schon diverse vorhandene oder geplante Assessments gefunden werden. Als Beispiel kann hier das Auswahlverfahren für die Wiener Berufsrettung, MA70, genannt werden, welches sich aus den folgenden Punkten zusammensetzt: „Fachliche Eignungsüberprüfung nach dem Ausbildungsstand (Ausbildungsstand gemäß SanG), Tragetest, psychologische Eignungsüberprüfung, Präsentation in der Gruppe, körperliche Eignungsüberprüfung, Einzelgespräch“. (vgl. Stadt Wien, o.D.)

Im Zuge der Aufnahmeprüfung von FlugretterInnen des ÖAMTC ist ebenfalls ein 3-tägiges Assessment zu durchlaufen, wobei jedoch neben den Kompetenzen als SanitäterInnen auch jene als SpezialistInnen im alpinen Gelände mit einem hohen Maß an körperlicher Fitness und auch Teamfähigkeit unter Beweis gestellt werden müssen. (vgl. ÖAMTC, 2020)

Ein Assessment wurde etwa auch für die Aufnahme zum angedachten 3-jährigen Diplomlehrgang des ÖGB vorgeschlagen, wobei eine praktische Überprüfung, eine Wissensüberprüfung und zehn Überprüfungsdienste vorgesehen waren. (vgl. Preterebner et al. 2017: 7) Grundsätzlich wäre es zwar möglich, Validierungs- und Kompetenzmessfahren in diesen Prozess zu integrieren, ob dies allerdings als Assessment zu betiteln wäre, ist fraglich.

10.1.1.4 Vorschläge zur Änderung des SanG

Eine Möglichkeit, die gegenwärtige Situation des Ö-RD zu verbessern, wären Änderungen des SanG. Bis 2017 gab es fünf Novellierungen des SanG. (vgl. Halmich, 2017: 61) Ein grobe Zusammenfassung unterschiedlicher Vorschläge zur Änderung lieferte Halmich. (2015a: 31ff.) Änderungen sollten demnach die allgemeine und besondere Notfallkompetenzen zusammenfassen, wobei auch eine Klarstellung über das Spektrum der Maßnahmen dieser Befugnisse erfolgen sollte. Exemplarisch wurde hier die subkutane oder muskuläre Punktion genannt. Im Zuge der NK sollte auch eine zwingende Verständigung von NA wegfallen, wenn der Zustand der PatientInnen dies nicht erfordern sollte.

Im Bereich der anderen Ausbildungsstufen sollten Maßnahmen – wie das Setzen des Larynxstübchen – verankert werden und die Ausweitung der berufsspezifischen Ausbildung im

Zuge der SanitäterInnen-Module und nicht eines extra Berufsmoduls erfolgen. Des Weiteren sollten auch Standards der Ausbildung von LehrsanitäterInnen sowie Rezertifizierungen in Österreich harmonisiert werden. (vgl. ebd.) Hellwagner (2015b) empfahl, von der Notfallkompetenzverordnung Gebrauch zu machen und auch SanitäterInnen die bereits bestehenden Befugnisse ausüben zu lassen, was heißt, dass alle Stufen des SanG ausgebildet und freigestellt werden sollten, wodurch ein differenzierter Einsatz von SanitäterInnen möglich wäre.

10.1.2 Klare Trennung von Krankentransporten und Rettungseinsätzen

Der gegenwärtige Einsatz von RS im Zuge des Rettungsdienstes ist, wie bereits beschrieben wurde, oft dem (Rettungs-)Verbundsystem geschuldet, in welchem möglichst viele Ressourcen für Krankentransport, aber auch gleichzeitig für Notfallrettung herangezogen werden. Eine logische Konsequenz ist zwar oft eine schnelle Verfügbarkeit, wenn nicht gerade ein Krankentransport durchgeführt wird, die Qualität der Versorgung von NotfallpatientInnen und auch die Assistenz bei NA-Tätigkeiten leiden aber darunter. Von vielen wird allerdings auch übersehen, dass die Qualität des Krankentransportes ebenfalls unter diesen Umständen leidet. (vgl. Kaltenberger, 2017³: 43f.) Schon weit vor der Einführung des SanG wurde erkannt, dass die Trennung von NFR und KTP ein schwieriges Unterfangen ist, da es sich dabei oft um eine Einheit handelt. (vgl. Müller & Huber, 1994²: 3)

Eine gegenwärtig oft gestellte Forderung, welcher in geringen Teilen Österreichs bereits nachgekommen wurde, betrifft die Trennung von Krankentransport und Rettungsdienst. Eine solche Trennung wurde auch bei den beiden KOAP für RS und NKI umgesetzt, da sich auch ein Großteil der ExpertInnen aus dem Feld für eine solche Trennung aussprachen. In weiterer Folge wurden die Profile für RS für den Bereich Krankentransport bzw. BLS erstellt und jene für NKI im Bereich der Notfallrettung bzw. ALS.

Um die notwendige Qualität der Versorgung von PatientInnen zu gewährleisten, bedarf es also klarer Differenzierung von Personal, das für KTP und NFR eingesetzt wird. In den Landesgesetzen bezüglich des Rettungsdienstes wird nicht spezifiziert, welches Personal eingesetzt wird. Man spricht meistens nur von geeignetem Personal. Auch in den Rahmenvorschriften des ÖRK zur Mindestbesetzung finden sich bei KTW und RTW jeweils (nur) zwei RS an Bord. (vgl. Jochum, 2017: 10) Eine Ausnahme stellt hier etwa Wien dar.

Hier wird zwischen den Fahrzeugtypen und dem eingesetzten Personal differenziert. (vgl. ÖGERN, 2016: 3)

Auch Hellwagner (2015b) spricht vom Einsatz von RS auf KTW und NFS auf RTW. Er führt aber gleichzeitig auch an, dass jene Rettungsmittel, welche für die Betreuung von NotfallpatientInnen von der Leitstelle zurückgehalten werden, zumindest mit einem/einer NFS – bestenfalls mit NK – besetzt sein müssen, um dem Zweck SanG zu entsprechen. Für eine Klassifizierung als ALS müsste hierbei zumindest ein/e NFS mit NK an Bord sein. Ein/Eine RS könnte hierbei FahrerIn sein und das höher qualifizierte Personal die Betreuung von NotfallpatientInnen im PatientInnenraum des Fahrzeuges übernehmen. (vgl. Burkowski et al. 2016: 142) Dies ist gegenwärtig oft nicht der Fall, und auch wenn NFS auf einem Rettungsmittel eingesetzt werden, stellen sie oft die LenkerInnen dar. Auch Halmich (2015a) schlägt vor, RTW – besetzt mit NFS – als RTW, also Notfallrettungsmittel, einzusetzen und nicht auf ein Verbundsystem in der Notfallrettung zu setzen. (vgl. 2015a: 42)

Bezieht man sich auf den Zweck des SanG, so widerspricht der gegenwärtige Einsatz von RS auf RTW PatientInnenschutzermägungen. Auch für HiOrgs könnten sich durch den Einsatz von RS in der Notfallrettung Haftungsprobleme ergeben, wenn weniger qualifiziertes Personal zu Notfällen entsandt wird. Auch bei Leitstellen könnte es zu Organisationsverschulden kommen, wenn diese weniger qualifiziertes Personal zu Notfällen disponiert. (vgl. Burkowski et al. 2016: 142)

Um die gegenwärtige Situation für NA und SanitäterInnen zu verbessern, wurde ein Vorschlag zur Evaluierung der NA-Standorte angeregt mit dem Hinweis, nicht-ärztliches Personal verstärkt bei für NA nicht-indizierten Einsätzen eigenverantwortlich einzusetzen. (vgl. ÖGARI, 2018) Diese Empfehlung erfolgte etwa auch bei einer 2018 in Kärnten durchgeführten Studie, im Zuge welcher die Reduktion eines NA-Standortes sowie der Einsatz von als NKA/NKV qualifizierten SanitäterInnen vorgeschlagen wurde, da etwa bei 40 Prozent der Einsätze keine NA notwendig waren. (vgl. EPIG, 2019) Eine Entlastung von NA durch hochqualifiziertes Personal wurde auch in NÖ angestrebt, als ein „Paramedic“ Master Studiengang eingeführt werden sollte. (vgl. Keller, 2015: 8)

Im Zuge der Knappheit der Ressource NA müssten also primär hochqualifizierte SanitäterInnen zu Einsätzen entsandt werden und NA nur indikationsgerecht – also lediglich bei Notwendigkeit. SanitäterInnen müssten allerdings auch die Möglichkeit zur Ausübung der Notfallkompetenz haben, was in unterschiedlichen Organisationen gegenwärtig untersagt

und nach Meinung von Halmich (2015b) vor allem für die allgemeine Notfallkompetenz als rechtswidrig einzustufen ist. (vgl. 2015b: 505)

Betrachtet man den undifferenzierten Einsatz von SanitäterInnen, so können durchaus auch Argumente gefunden werden, warum es zu keiner Differenzierung des Personals kommt. Ein möglicher Grund für einen undifferenzierten Einsatz von SanitäterInnen auf Notfallrettungsmitteln wäre etwa Freiwilligkeit und die damit verbundene Kostenersparnis. Nichtsdestotrotz bedeutet diese Ersparnis immense Nachteile für PatientInnen, da Fahrzeuge nicht entsprechend ausgestattet werden und auch kein spezialisiertes Personal ausrückt, sondern Generalisten für KTP und NFR. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 147f.) Wenn NotfallpatientInnen „Glück“ haben, wird ein hochqualifiziertes Team mit NFS und NK zu ihnen entsendet, allerdings kann es auch passieren, dass dieses Team gerade zu anderen PatientInnen zum Zweck von Kontrolluntersuchungen unterwegs ist. NFS (mit NK) könnten schon vor Eintreffen von NA Maßnahmen – wie etwa Medikamentengabe durchführen – und so unter Umständen das Outcome von NotfallpatientInnen verbessern. (vgl. ebd.: 148)

Allerdings darf auch bei allen Diskussionen über die Notfallrettung nicht vergessen werden, dass es nicht nur um eine Verbesserung der Situation in der Notfallrettung geht, sondern auch um jene im Krankentransport-Bereich. Binder (2018) widmete sich etwa der Verbesserung der Situation vor allem für UnternehmerInnen und PatientInnen. Des Weiteren muss auch erwähnt werden, dass in weiten Teilen Deutschland ebenfalls eine Trennung der beiden Leistungsbereiche existiert und es generell fraglich ist, inwieweit der Krankentransport zu den Aufgaben des RD gehört, welcher öffentlich subventioniert bzw. finanziert wird. (vgl. Bens, 2010: 44)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Trennung von KTP und NFR für die Qualität der Versorgung von PatientInnen im Zuge der NFR und des KTP dienlich wäre.

10.1.3 Notfallkompetenz als Standardkompetenz im Rettungsdienst

Die Anwendung der Notfallkompetenz kann mehreren Kompetenzen der Anforderungsprofile für NKI, vor allem aus dem Bereich der Fach- und Methodenkompetenz bzw. der Aktivitäts- und Handlungskompetenz, zugeordnet werden. Es sind hierbei mehrere Kompetenzen notwendig, um PatientInnen kompetent unter Anwendung der allgemeinen oder speziellen Notfallkompetenz zu versorgen. Notfallkompetenz wurde jedoch nicht als eigene Querschnittskompetenz in die Anforderungsprofile für NKI aufgenommen, da

Notfallkompetenz einen juristischen Begriff darstellt, der lediglich Befugnisse beschreibt und gut durch die KOAP abgedeckt ist. Des Weiteren muss festgestellt werden, dass auf Grund schier endloser Diskussionen bezüglich Notfallkompetenz von SanitäterInnen in Österreich etliche Weiterentwicklungen verhindert wurden. Diese sind oft auf Interessenskonflikten mit speziellen Berufsgruppen zurückzuführen. Zusätzlich sind auch noch Themen wie Freiwilligkeit und Unvereinbarkeit der Ausbildung mit Freiwilligentätigkeiten, die für eine Nichtausbildung bzw. keine Erweiterung der Notfallkompetenz sprechen, für diesen Umstand verantwortlich.

Natürlich muss auch fehlende Routine durch oftmals geringe Dienstfrequenz des RD-Personals als Grund angeführt werden, warum es schwierig zu sein scheint, Notfallkompetenz als Regelkompetenz im Ö-RD zu implementieren. Nichtsdestotrotz gehen diverse Entwicklungen in HiOrgs schon in Richtung von Regelkompetenz, indem bei Anwendungen von Notfallkompetenz eine kurze Meldung über die Anwendung der Notfallkompetenz erfolgt und keine zwingende Verständigung von NA notwendig ist.

Um diese Entwicklung hin zu Regelkompetenz zu forcieren, wurde auch schon der Vorschlag unterbreitet, die Termini NA „verständigen“ und „veranlassen“ im SanG zu ändern. Damit wäre Rechtssicherheit bei der Anwendung von Notfallkompetenz gewährleistet, auch wenn kein NA zum Einsatz alarmiert wird. (vgl. Halmich, 2015a: 43; Stögmüller et al. 2017, 2f.) Dies gilt allerdings nur solange der Gesundheitszustand der PatientInnen keine notärztlichen Maßnahmen erfordert.

Spricht man in diesem Sinne von Regelkompetenzen sollten SanitäterInnen Maßnahmen autark durchführen dürfen, auch ohne NA zu alarmieren. Dies ist, wie in den Kapiteln zu Notfallkompetenz und Regelkompetenz beschrieben wurde, derzeit nicht möglich. Eine kurze Befassung mit dem Thema Regelkompetenzen kann in Kapitel 3.5.7.1 gefunden werden.

10.1.3.1 TelenotärztInnen und Telemedizin

Speziell im Fall von Notfallkompetenz könnten NFS durch Telemedizin bei ihren Tätigkeiten unterstützt werden. „Prähospitale Telemedizin ist nicht ‚Lückenfüller‘ einer Mangelversorgung, sondern vielmehr ein unterstützendes Einsatzmittel, welches räumliche Distanzen überwindet und dadurch die Kommunikation, den Wissenstransfer und die Zusammenarbeit fördert.“ (Netzwerk Universitäre Telenotfallmedizin, 2019) Diese Definition von Telemedizin zeigt die Möglichkeiten von Telemedizin für SanitäterInnen und auch

PatientInnen auf, für welche es auch in Österreich Potential geben würde. Telemedizin könnte demnach für SanitäterInnen in der Notfallrettung dazu verwendet werden, selbstständig Entscheidungen zu treffen und bei Notwendigkeit auf ÄrztInnen zurückzugreifen, aber auch dafür, gemeinsam mit ÄrztInnen, die allerdings physisch nicht präsent sind, Einsätze abwickeln zu können, welche die Versorgung von PatientInnen mit nicht auszuschließender Lebensbedrohung zum Ziel haben. Ein Beispiel wäre das Treffen von Entscheidungen über einen raschen Transport oder das Warten auf NA am Einsatzort. (vgl. Halmich et al. 2017: 33) Wichtig dabei ist allerdings, rechtliche Aspekte – wie etwa Datenschutzbestimmungen – einzuhalten. (vgl. ebd.: 34)

Der Mobilfunkanbieter A1 (2019) preist in Werbungen an, mit der neuen 5G-Technologie das Krankenhaus zu PatientInnen bringen zu können. Niedrige Latenzzeiten und das Potential, große Datenmengen zu verarbeiten, ermöglichen die Übermittlung komplexer Daten zur Diagnostik in das Krankenhaus. Diese Übermittlung von Daten wird in diversen Fällen in Deutschland, aber auch in Österreich bereits erprobt. Dadurch besteht auch bei ÄrztInnen und SanitäterInnen vermehrter Bedarf zur Ausbildung im Umgang mit diesen Technologien.

10.1.4 Berufsbild von SanitäterInnen etablieren

2018 wurde das Österreichische Rote Kreuz bei einer Umfrage aus 1000 Marken als stärkste Marke Österreichs bewertet. (vgl. WZ, 2018) Das Ansehen dieser HiOrg scheint also in der Bevölkerung hoch zu sein. In der dem Forscher bekannten Praxis zeigt sich allerdings das Bild, dass zwar Organisationen wie das ÖRK einen hohen Stellenwert in der Bevölkerung haben, gleichzeitig aber kaum jemand über die Ausbildung oder die Befugnisse von SanitäterInnen Bescheid zu wissen scheint. Während viele PatientInnen Freiwilligkeit sehr schätzen und auch von einer hohen Versorgungsqualität durch das RD-Personal ausgehen – unabhängig davon, welches Anstellungsverhältnis SanitäterInnen haben –, gibt es auch viele Personen, die SanitäterInnen rein als TransporteurInnen oder Taxi-DienstleisterInnen verstehen. Zu von SanitäterInnen durchgeführten Tätigkeiten im RD ist in der Bevölkerung generell wenig bekannt.

Durch diverse Diskussionen über einen Mangel an NA und den dadurch notwendigen Einsatz von SanitäterInnen wurde auch die geringe Ausbildung vieler SanitäterInnen wieder thematisiert. Diese Diskussionen könnten genutzt werden, um das Berufsbild von SanitäterInnen in der Bevölkerung zu etablieren und um PatientInnen verständlich zu

machen, dass nicht jegliche Tätigkeiten, die zur Versorgung von NotfallpatientInnen dienen, NA erfordern. Ebenso sollte über die Möglichkeit der Durchlässigkeit und Anrechnung von Ausbildungen diskutiert und ein Versuch gestartet werden, die Ausbildung von SanitäterInnen als einen anerkannten Gesundheitsberuf zu etablieren. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 148) Zudem könnte der weitere mögliche Einsatzbereich für SanitäterInnen in Österreich im Bereich von Primärversorgungseinheiten gemeinsam mit (Not)ÄrztInnen und Mitgliedern anderer Gesundheitsberufe die Stellung von SanitäterIn als Gesundheitsberuf festigen. (vgl. Halmich, 2019b: 45) Auch eine Eintragung von SanitäterInnen in das Gesundheitsregister wäre dafür dienlich. (vgl. APA, 2018)

Abgesehen davon, die Reputation von SanitäterInnen zu erhöhen, wäre es notwendig, die Ausbildungsdauer zu verlängern, da sogar die höchste Ausbildungsstufe NKI mit einem Jahr Ausbildung zu gering für einen Berufsschutz laut ASVG ist. (vgl. RIS, 2020a; Müller & Huber, 1994²: 363) Die Ausbildungsdauer von SanitäterInnen in Österreich ist mit Lehrberufen oder anderen Gesundheitsberufen, für welche bis zu drei Jahren Studium erforderlich ist, nicht vergleichbar.

10.1.4.1 Durchlässigkeit und Anrechnung von Qualifikationen und Kompetenzen

Einen weiteren relevanten Punkt bezüglich der Zukunft des Berufsbildes von SanitäterInnen stellt die Durchlässigkeit für SanitäterInnen in andere Gesundheitsberufe und vice versa dar. Ein gesetzlich klar geregelter Wechsel des Berufs sollte nach mehreren Jahren Tätigkeit jedenfalls möglich sein. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 28)

Um solch eine Durchlässigkeit in der Berufsbildung zu ermöglichen, ist es notwendig, kompetenzorientierte Konzepte zu entwickeln, welche Soll-Bestimmungen von Berufen darstellen. (vgl. Kremer, 2001: 53) Dieser Schritt wurde mit den hier erstellten KOAP für RS und NKI gesetzt und wartet nun darauf, durch Instrumente und Verfahren zur Feststellung und Ergänzung dieser Kompetenzen erweitert zu werden. Mehrere Möglichkeiten, dies umzusetzen, wurden in dieser Arbeit vorgestellt – wie etwa Kompetenzmessung in Form von KODE®X. Wünschenswert wäre aber auch eine auf den Rettungsdienst und dessen Anforderungen abgestimmte, gezielte Durchführung von Assessments und Erstellung von Profilpässen. Mit diesen Möglichkeiten, Kompetenzen sichtbar zu machen, wäre sicherlich ein großer Schritt dahingehend getan, Durchlässigkeit zu anderen Gesundheitsberufen zu ermöglichen. Dies wurde auch etwa im Zuge der Akademisierung von PflegerInnen gefordert.

(vgl. Gruber & Kastner, 2005: 44) Durchlässigkeit könnte aber, wie auch für PflegerInnen gefordert, ebenfalls Fort- und Weiterbildungen betreffen. (vgl. Petek et al. 2011: 4) Zusätzlich sollten noch Möglichkeiten geschaffen werden, non-formal und informell erworbene Kompetenzen von SanitäterInnen – etwa nach Empfehlungen der AQ Austria – anzuerkennen und anzurechnen. (vgl. AQ Austria, 2016) Natürlich wären auch weitere Initiativen – wie etwa die Finalisierung der Lernziele für SanitäterInnen – ein Schritt in die richtige Richtung. (vgl. Löffler & Gruber 2012)

Um solch eine Durchlässigkeit zu gewährleisten, gibt es aber auch von Seiten der Bildungspolitik erste Annäherungen hin zu einer Erleichterung von Anrechnungen. Diverse Gesetzesinitiativen, wie etwa jene des Berufsbildungsgesetzes oder des Gewerbegesetzes, erleichtern mittlerweile die Anerkennungen für Berufe. (vgl. VALCOVOL, 2018: 18)

Im Zuge der Curriculums-Entwicklung für Pflegeassistentenberufe wurde vom GÖG ein Validierungsverfahren entwickelt, um Kompetenzen anhand vorhandener Berufserfahrung anrechnen zu können, was der Durchlässigkeit im Bildungssystem dienlich sein soll. (vgl. GÖG, 2018: 11) Leider konnten weder durch Recherche noch durch direkte Kontaktaufnahme Informationen dazu lukriert werden. In einer Erläuterung zur GuKG-Novelle 2016 wird aber darauf verwiesen, dass Personen, die bereits eine berufliche Erstausbildung absolviert haben – wobei der Beruf von SanitäterInnen explizit im Bereich der Gesundheitsberufe genannt wird – die Möglichkeit bekommen sollen, im Bereich der Erwachsenenbildung die Ausbildung der Pflegeassistenten zu absolvieren. (vgl. NR XXV, 2016: 10) Damit dürfte wohl eine Möglichkeit zur verkürzten Ausbildung durch ein Validierungsverfahren ähnlich jenes der WBA (vgl. Gruber, 2014: 360ff.; Auzinger & Luomi-Messerer, 2017: 48ff.) gemeint sein.

Die Ausbildung würde in Block- und Wochenendveranstaltungen und nicht in einem Schulbetrieb erfolgen, wodurch faktisch die Möglichkeit zur Absolvierung einer zweijährigen Ausbildung gegeben ist. Somit wird der Weg zum Pflegeberuf versperrt und im Bereich der Erwachsenenbildung die Absolvierung der Ausbildung in der Pflegeassistenten möglich. (vgl. NR XXV, 2016: 10) Solche Möglichkeiten gibt es in der Ausbildung für SanitäterInnen schon, da die Ausbildungsdauer vergleichsweise gering ist. Problematisch für SanitäterInnen ist dadurch nur, dass derzeit dadurch kaum Möglichkeiten für Anerkennung und Anrechnung gegeben sind.

Eine etwas andere Auslegung der Berufsdurchlässigkeit kann in ÖGERN (2019a) gefunden werden. In dieser Stellungnahme werden Forderungen laut, Befugnisse von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, wie etwa KrankenpflegerInnen, auch im Zuge des RD anwenden zu dürfen. Exemplarisch wird hier das Legen von Blasenkathedern angeführt. In der derzeitigen Situation sind SanitäterInnen mit zusätzlichen Ausbildungen gut beraten, solche Tätigkeiten im Zuge des RD nicht durchführen, da sie vom SanG nicht ausgebildet werden, wodurch rechtliche Probleme entstehen könnten. Anzudenken wäre eine Einführung von Standard Operating Procedures (SOP).

Durchlässigkeit und Validierungen werden sicher auch in Zukunft in der Bildungspolitik, aber auch im Bereich der Ausbildungen im Rettungsdienst ein zentrales Thema darstellen, und man darf gespannt sein, wie sich dieser Bereich in den nächsten Jahren entwickeln wird.

10.1.4.2 Mehr Entscheidungsmöglichkeiten für SanitäterInnen

Ende 2019 häuften sich Forderungen, speziell durch das ÖRK, dass SanitäterInnen mehr Möglichkeiten erhalten sollen, PatientInnen an weitere Stellen, wie etwa HausärztInnen, verweisen zu können. Forderungen wurden auch bezüglich der Abgeltung laut, insbesondere bei Belassungen. Eine Änderung des SanG wurde diskutiert, ebenso wie eine Änderung des Sozialversicherungsgesetzes. Etwa 20 bis 30 Prozent der PatientInnen würde unnötig in das Spital transportiert werden, was gleichzeitig auch Stress und Überlastung für die – vor allem ehrenamtlichen – HelferInnen bedeutet. (vgl. Kleine Zeitung, 2019)

Liest man diese Zeilen, mag dies grundsätzlich logisch erscheinen. Dennoch geht es hierbei hauptsächlich um die Möglichkeit, Einsätze verrechnen zu können unabhängig davon, welches Personal dabei zum Einsatz kommt. Natürlich sind RS, welche wenig Dienst versehen und wenig Erfahrung haben, eher überfordert als jene, die über viel Erfahrung verfügen. Da aber das Rote Kreuz das (Rettungs-)Verbundsystem betreibt, sind Teile dieser Probleme hausgemacht. Mit einem – wie weiter oben beschriebenen – differenzierten Einsatz von SanitäterInnen könnten viele Belassungen erfolgen und auch Möglichkeiten geschaffen werden, PatientInnen durch andere Einrichtungen als Kliniken versorgen zu lassen.

Eine dieser Möglichkeiten, unnötige Hospitalisierungen oder Transporte in oft weit entfernte Kliniken zu vermeiden, sind Primärversorgungseinheiten. (vgl. Burkowski, 2019: 124) Bei einer solchen Primärversorgungseinheit handelt es sich um eine „als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem“ mit unter anderem der Möglichkeit für

„umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen“. (vgl. RIS, 2020f) Somit würde die medizinische Infrastruktur nicht mehr als nötig beansprucht werden, und SanitäterInnen könnten entscheiden, ob eine Belassung, ein Transport in die Klinik oder in eine Primäreinheit notwendig sind. Die Übernahme der Kosten für all diese Einsätze müsste aber klarerweise geregelt werden.

Auch in der heutigen Form des RD können PatientInnen von SanitäterInnen, auch RS, vor Ort belassen werden, wenn keine medizinisch indizierte Betreuung erforderlich ist. Allerdings sollte dies im Falle von RS nur dann erfolgen, wenn es bei PatientInnen offensichtlich keine Indikation zu einem Transport in eine Krankenanstalt gibt, was aber durch den begrenzten Ausbildungsumfang und durch geringe Erfahrung oft sehr schwer einzuschätzen ist. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 82)

Eine Möglichkeit, die von SanitäterInnen vor Ort belassenen PatientInnen einer sofortigen Behandlung zu unterziehen, wäre etwa die Etablierung von GemeindenotfallsanitäterInnen, wie dies in Deutschland mitunter schon erfolgreich praktiziert wird. (vgl. Flake, 2019) In Österreich gibt es hierzu schon in Niederösterreich erste Bestrebungen und Initiativen, diplomiertes Pflegepersonal mit Ausbildungen im Rettungsdienst einzusetzen, um häusliche Versorgungen zu gewährleisten und SanitäterInnen auch in Notfallsituationen zu unterstützen. Diese werden *Acute Community Nurses* (ACN) genannt. (vgl. NÖN, 2019b) In der ersten Stellenausschreibung wird explizit die Ausbildung zu NFS gefordert, wobei auch die Absolvierung des NKV-Moduls gewünscht wird. (vgl. NÖN, 2019c) Diese Stellenbeschreibung scheint natürlich prädestiniert für die Absolventen des Bachelorstudiums zum Diplompflegepersonal inklusive NFS-Ausbildung der FH St. Pölten zu sein. Einerseits könnten durch ACN unnötige Hospitalisierungen verhindert, andererseits SanitäterInnen hinsichtlich der geforderten Entscheidungsmöglichkeiten für eine Belassung am Ort der Berufung gestärkt werden.

Auch in den Medien hielt der Begriff Gemeindenotfallsanitäter bereits Einzug. Obwohl das Rote Kreuz Osttirol die NotärztInnenversorgung für das Iseltal in Osttirol übernahm, ist eine flächendeckende NA-Versorgung zum Zeitpunkt Jänner 2020 nicht möglich, weswegen SanitäterInnen, welche über eine „erweiterte Ausrüstung und Ausbildung“ verfügen und „lebensrettende Sofortmaßnahmen setzen, bis der/die NA aus Lienz eintrifft“, eingesetzt werden. Diese SanitäterInnen unterscheiden sich allerdings deswegen von anderen Formen von GemeindenotfallsanitäterInnen. (vgl. Blassnig, 2020)

Zusammengefasst kann also gesagt werden, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Transporte in Kliniken mit qualifiziertem Personal und in Einrichtungen wie Primärversorgungszentren vermieden werden könnte, was das österreichische Gesundheitssystem entlasten würde.

10.1.5 Qualitätssicherung

Obwohl alle bisher beschriebenen Vorschläge zur Weiterentwicklung des Ö-RD für die Gesamtqualität relevant sind, müssen auch spezielle Maßnahmen zur Qualitätssicherung getroffen werden. Es besteht allerdings die Notwendigkeit, dass sich im RD aktive Organisationen, aber auch Landesregierungen und die Bundesregierung zu Qualität und Forschung im RD bekennen. Erst dadurch kann eine Weiterentwicklung des Ö-RD fakten- und forschungsbasiert erfolgen. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 149)

Im Zuge dieser Arbeit wurden bereits Qualitätssicherungsprojekte in der Ö-RD-Landschaft, wie etwa die Erhöhung der verpflichtenden Ausbildungsstunden in Osttirol, thematisiert. Diese erhöhte Stundenanzahl wurde auch um Auditierungen und spezielle Schulungen ergänzt. (vgl. Girstmair et al. 2018: 165ff.) Zusätzlich muss auch, wie in Kapitel 3.5.3.7.3 beschrieben, das mobile Qualitätsmanagement der Feldsupervisoren der Wiener Berufsrettung genannt werden. (vgl. Redelsteiner, 2018b) Weitere aktuelle Beispiele, um zu einer Qualitätssteigerung des Ö-RD beizutragen, können etwa bei Neumayr et al. 2018 und 2017 gefunden werden.

Ein einheitliches Qualitätsmanagement mit überregional vernetzten Daten und einheitlicher Dokumentation wäre beispielsweise für den Ö-RD notwendig. (vgl. Burkowski & Halmich, 2016: 25) Auf Grund einer mangelnden Registrierung von österreichischen SanitäterInnen liegen „keine Zahlen über die Anzahl der – ehrenamtlichen und/oder hauptberuflichen – Rettungs- bzw. Notfallsanitäter/innen vor“. (Oberhauser, 2016: 2) Die Zahl der AbsolventInnen kann zwar aus der Statistik Austria entnommen werden – wie in Kapitel 3.5.3 ersichtlich wird – allerdings gibt es dazu keine validen Zahlen, wie viele SanitäterInnen bereits, etwa nach Beendigung des Zivildienstes, ihre Dienste im Ö-RD quittiert haben.

Im Bereich der Krankenpflege ist eine solche Registrierung aber durch das Gesundheitsberufsregister umgesetzt. (vgl. BMASGK, 2019) Eine Aufnahme von allen Gesundheitsberufen, zu denen auch SanitäterInnen gehören, wurde von der Arbeiterkammer vorgeschlagen. (vgl. APA, 2018, ÖGERN, 2019a: 6) Mit Hilfe eines solchen Registers wäre

eine Basis dafür geschaffen, Einheitlichkeit im Ö-RD zu schaffen. Ob SanitäterInnen diesem Register angeschlossen werden, hängt von weiteren politischen Entscheidungen ab. (vgl. Hartinger-Klein, 2018: 2)

Im Folgenden werden weitere Beispiele angeführt, wie Sicherung von Qualität im Ö-RD gesichert werden kann. Diese stellen allerdings nur einen Bruchteil dessen dar, was potenziell durchführbar wäre.

10.1.5.1 Rezertifizierungen

Österreichische SanitäterInnen, unabhängig ihrer Qualifikation, müssen alle zwei Jahre eine Rezertifizierung absolvieren. Für NKI bedeutet dies auch eine Überprüfung ihrer speziellen Notfallkompetenzen Intubation und Beatmung. Alle anderen Qualifikationen müssen nur die jeweiligen Fertigkeiten im Reanimieren inklusive der Anwendung des Defibrillators unter Beweis stellen. Diese Überprüfung hat durch ÄrztInnen zu erfolgen. Da allerdings in den meisten Fällen Ausbildungslehrgänge für SanitäterInnen von LehrsanitäterInnen unterrichtet werden, wäre es wünschenswert, dass auch LehrsanitäterInnen die Fertigkeiten von SanitäterInnen bei Rezertifizierungen überprüfen dürfen. (vgl. ÖGERN, 2019a: 6) Erstaunlicherweise gibt es gegenwärtig die Möglichkeit, eine durch das SanG vorgegebene Rezertifizierung negativ abzulegen und trotzdem noch weiter im RD tätig zu sein. Dies wurde schon mehrfach kritisiert. (vgl. Burkowski, 2015: 189) Lediglich für NKI ruht die Berechtigung nach einer negativen Rezertifizierung. Im Sinne des PatientInnenschutzes sollten aber alle Tätigkeitsberechtigungen mit sofortiger Wirkung ruhen, wenn eine Rezertifizierung negativ beurteilt wurde. Ein weiterer Vorschlag, die Qualität – insbesondere jene der Personen mit allgemeiner Notfallkompetenz – sichern zu können, wären spezielle Rezertifizierungen inklusive praktischer Anwendung von Maßnahmen wie einer Venenpunktion oder der Arzneimittelgabe anhand der vorgegebenen SOP. (vgl. ÖGERN, 2019a: 6f.)

10.1.5.2 Ausbildung

PatientInnen können erwarten, dass sie von HelferInnen, welche bei einem Notfall zu ihnen ausrücken, auch kompetent versorgt werden. Im Rettungsdienst wird oft von einer State-of-the-Art-Behandlung gesprochen. Juristisch gesprochen kann aber auch das SanG eine solche Behandlung nicht definieren, sondern nur einen Rahmen abstecken. (vgl. Halmich, 2014:1) Grundsätzlich spricht man bei State-of-the-Art aber hauptsächlich von

Fachkompetenzen, die nur einen Teil der in dieser Arbeit generierten KOAP abdecken. Soziale oder kommunikative Aspekte werden oft nicht beschrieben und auch in Leitlinien nicht abgebildet. Es geht meistens um fachliche oder organisatorische Belange. (vgl. Benzer et al. 2014) Grundsätzlich kann aber gesagt werden, dass die Ausbildung von SanitäterInnen, die zu (Notfall-)PatientInnen ausrücken, den Anforderungen entsprechend sein muss, was bei wenig erfahrenen RS in der Notfallrettung oft nicht der Fall ist. Neben dem Einsatz von NFS bis NKI in der Notfallrettung, wäre auch eine Einheitlichkeit der Ausbildung wünschenswert.

Da die Ausbildung von SanitäterInnen in Österreich von den jeweiligen HiOrgs geregelt wird und es auch keine einheitlichen Ausbildungsstandards gibt, wäre es wünschenswert, eine Einheitlichkeit der Ausbildung zur Sicherung der Qualität im Rettungsdienst zu gewährleisten. Ähnlich der Situation in Deutschland werden zwar Inhalte von Bundesgesetzen geregelt, eine generell einheitliche Ausbildung gibt es aber nicht. Eine Zentralisierung der Vergabe der klinischen Praktika und der Qualifizierungen der Lehrkräfte könnte hier Abhilfe schaffen. Für Lehrkräfte gibt es allerdings in Deutschland mitunter zumindest in den Ländern einheitliche Qualifikationen. (vgl. Stolzewski, 2014: 11f.)

10.1.5.3 Fehlende Einheitliche Notrufnummer

Zwei Probleme, welche schon am Anfang des 21. Jahrhunderts in Österreich und Deutschland bekannt waren, sind, dass es oft weder eine einheitliche Notrufnummer gibt, noch integrierte Leitstellen existieren. (vgl. Dick, 2001: 477ff.)

Beispielhaft für das Problem fehlender integrierter Leitstellen kann hier die kürzlich erbaute Leitstelle des Roten Kreuzes Landesverband Kärnten genannt werden, welche 2017 in Betrieb genommen wurde. (vgl. ORF Kärnten, 2017d) Das Rote Kreuz weigerte sich hierbei, Teil einer integrierten Leitstelle zu werden, wodurch es bei Notrufen dadurch mitunter zu Überschneidungen kommt. (vgl. ORF Kärnten, 2016d) Als positives Beispiel kann die Leitstelle Tirol genannt werden, bei welcher die Einsätze innerhalb des Landes Tirol gesammelt angenommen werden und die Einsatzkräfte ohne Verzögerung alarmiert werden können, da mehrere Prozesse gleichzeitig ablaufen können, auch wenn es sich um komplexe Einsätze mit unterschiedlichen Hilfsorganisationen handelt. (vgl. Leitstelle Tirol, o.D.)

Ein Problem, welches sich auch aus dem Fehlen von integrierten Leitstellen ergibt, ist, dass es auch noch immer keine einheitliche Notrufnummer gibt, sondern jeweils eine eigene

Nummer – wie 144 (Rettung), 122 (Feuerwehr), 133 (Polizei), 140 (Bergrettung), 130 (Wasserrettung, 112 (Euronotruf) usw. – existiert. Versuche, Anrufe für Krankentransporte oder Bagatellverletzungen vom Notruf 144 wegzuleiten, indem man andere Nummern bereitstellt, zeigt bei nicht-integrierten Leitstellen derzeit ebenfalls oft nur geringen Erfolg. Zum Teil versucht man auch Nummern, welche die Zahl an Notrufen verringern sollen (wie etwa das Gesundheitstelefon 1450) zentral an einem Ort zu verankern, um es danach, wenn genug Personal zur Verfügung steht, wieder in die jeweiligen Bundesländer auszulagern. (vgl. ORF Kärnten, 2019e) In Wien, wo die Nummer 1450 bereits seit 2017 etabliert ist, scheint das Konzept bereits gut angenommen zu werden. (vgl. Herbek, 2017: 151ff.)

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass es wichtig wäre, zentrale Leitstellen zu organisieren und eine Vernetzung der einzelnen Notrufe und Gesundheitsnummern anzustreben, was in mehreren Fällen derzeit nicht passiert. Im Sinne von Kompetenzorientierung wäre es aber auch notwendig, Kompetenzen von Leitstellenpersonal zu definieren und zu erheben, um auch Notrufe im Sinne einer optimalen PatientInnenversorgung abwickeln zu können. Ein Vorschlag, dies umzusetzen, wären KOAP für LeitstellenmitarbeiterInnen.

10.1.5.4 Finanzierung

Eines der Hauptargumente gegen ein qualitativ hochwertiges Rettungsdienstsystem sind oft die proklamierten nicht zu deckenden, horrenden Kosten. Allerdings konnte schon mehrfach belegt werden, dass sich Investitionen, die in der Präklinik getätigt werden, positiv auf das Gesundheitssystem auswirken und die Folgekosten reduzieren. Der Ö-RD muss sich trotz der Sorgen um die Finanzierung zu einem hochwertigen, international vergleichbaren RD-System entwickeln, um in der Zukunft bestehen zu können. (vgl. Koppensteiner et al. 2019: 149) Eine dafür notwendige Grundlage wurden mit der Beantwortung der (Forschungs-)Frage geschaffen, was SanitäterInnen in Österreich können müssen, um PatientInnen versorgen zu können. Die Antwort darauf, kann detailliert in dieser Arbeit gefunden werden.

All diese hier vorgestellten Möglichkeiten zur Weiterentwicklung dürften aufgezeigt haben, dass in den nächsten Jahren noch großer Spielraum für (Weiter-)Entwicklungen im Ö-RD gegeben ist, wobei die weitere Entwicklung zum jetzigen Zeitpunkt, 2020, schwer abgeschätzt werden kann. Ein zukünftiges, international vergleichbares RD-System sollte allerdings nicht nur mit hochqualifizierten SanitäterInnen betrieben werden, sondern auch mit

Unterstützung von NA und der Implementierung eines flächendeckenden Qualitätsmanagements.

11 Unmittelbare Auswirkungen der Dissertation

Neben der Diskussion unterschiedlicher Themen und einer Zusammenfassung unterschiedlicher, für den Ö-RD relevanter Aspekte hatte die Erstellung der Arbeit auch schon direkte Auswirkungen.

Der Forscher Andreas Schober konnte etwa im Zuge des „6. Werkstattgespräches Erwachsenenbildung“ in Graz, welches am 30. und 31. März 2016 stattfand, das Thema der Dissertation einem Fachpublikum vorstellen. Diese Veranstaltung wurde an der Karl-Franzens-Universität Graz veranstaltet und stellte eine Kooperation zwischen dem *Österreichischen Forschungs- und Entwicklungsnetzwerk für Erwachsenenbildung und Weiterbildung* sowie der *Sektion Berufs- und Erwachsenenbildung der Österreichischen Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Bildungswesen* dar. Intention dieser Gespräche ist es, Nachwuchsforschern im Bereich der Weiterbildungsforschung ein Podium zu geben, die eigene Forschung zu präsentieren und eine Diskussion mit ExpertInnen der Weiterbildungsforschungslandschaft zur Weiterentwicklung der eigenen Forschung zu führen. (vgl. Volkshochschule, 2016) Im Zuge dieser Vorstellung wurde also die Grundlage dafür gelegt, die Ergebnisse wissenschaftlichem wie auch rettungsdienstlichem Fachpersonal vorzustellen.

Die im Zuge der Forschung erstellten KOAP werden im Lehrwerk „Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter“ von Redelsteiner et al. (i.D.³) veröffentlicht und stehen so potenziell allen SanitäterInnen in Österreich zur Verfügung. Das im Vergleich zu den vollständigen Profilen kurz gehaltene Kapitel soll einen Überblick zu den Kompetenzen für RS und NKI für im Dienst stehende SanitäterInnen in Ö bieten. Dieses Buch wird auch in diversen Institutionen, wie etwa dem Roten Kreuz Landesverband Kärnten, für die Ausbildung von NFS verwendet.

Des Weiteren nahm der Forscher Andreas Schober mit einer 3-minütigen Präsentation in englischer Sprache am internationalen Dissertationswettbewerb „3MT® – Three Minutes Thesis Competition“ teil und konnte somit dieses für den Rettungsdienst relevante Thema unter dem Titel „Austrian Emergency Medical Services 144 & Competences“ präsentieren.

(vgl. Schober, 2019) Das Video kann auch auf Youtube unter dem Titel „3MT 2019 – Andreas Schober“ gefunden werden.

Um einen aktiven Prozess zur Kompetenzentwicklung von SanitäterInnen in Österreich zu starten, entwickelte der Forscher auch das Fortbildungskonzept „English for EMS“, welches etwa für RS und NFS im Landesverband Kärnten des Roten Kreuz angeboten wurde und darauf abzielt, vorwiegend kommunikative Kompetenzen, aber auch Metakompetenzen weiterzuentwickeln.

Die fertigen Anforderungsprofile werden auch den ExpertInnen, welche als Stakeholder an den Workshops teilnahmen, gesendet, und dürfen von diesen zu Zwecken der Fort-, Aus- und Weiterbildung verwendet werden. Durch die Diversität dieser Stakeholder und deren unterschiedlichen Funktionen im Ö-RD liegt großes Potential darin, die Anforderungsprofile auf diesem Weg auf allen Ebenen des Ö-RD verbreiten zu können. Natürlich werden die KOAP bei Bedarf allen Interessenten und HiOrgs zur Verfügung gestellt.

12 Zusammenfassung

Basierend auf der Intention, endlich beantworten zu können, was SanitäterInnen in Österreich können müssen, um (Notfall-)PatientInnen adäquat zu versorgen, entwickelte sich ein umfangreicher Forschungsprozess, bei welchem ExpertInnen des österreichischen Rettungsdienstes teil hatten. Diese partizipierten an der Erstellung von Idealbildern der PatientInnenversorgung in Form von **kompetenzorientierten Anforderungsprofilen** für SanitäterInnen und bewerteten die gegenwärtigen Ausprägungen der darin enthaltenen Teilkompetenzen bei RS und NKI im Ö-RD. Die Erstellung der Profile erfolgte auf der Grundlage der Ausbildungsstufen **RettungssanitäterIn für den Krankentransport** und **NotfallsanitäterInnen NKI für die Notfallrettung**. Die Bewertungen sollten allerdings den Status-Quo der Ausprägungen abbilden, bei dem in weiten Teilen Österreichs derzeit allerdings noch nicht von einem differenzierten Einsatz von NFS in der Notfallrettung gesprochen werden kann. In der gegenwärtigen Praxis rücken oft zwei RS zu lebensbedrohlich erkrankten PatientInnen aus, was in vielen Fällen weder dem Idealtypus einer kompetenten PatientInnenversorgung entspricht, noch im Zuge des 2002 eingeführten SanG intendiert war.

Um diesen komplexen Prozess verwirklichen zu können, musste zuallererst der Rettungsdienst thematisiert und mit dem gegenwärtig bildungspolitisch äußerst relevanten Thema Kompetenz(en) verknüpft werden. Danach wurden die Methoden für das Forschungsprojekt ausgewählt, um die jeweiligen Schritte der fünf partizipativen Forschungsworkshops und die anschließende Evaluationsphase durchführen zu können. Schlussendlich konnten dann die beiden KOAP für RS und NKI finalisiert und auch Möglichkeiten zur (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen für SanitäterInnen vorgestellt werden.

Untersucht man das umfangreiche Feld des **Rettungsdienstes**, so muss klar ersichtlich werden, dass den unterschiedlichen darin tätigen Professionen einiges abverlangt wird. Grundsätzlich umfasst der Rettungsdienst Krankentransport und Notfallrettung. Während der Krankentransport originär die qualifizierte Verbringung von PatientInnen zu und von unterschiedlichen Einrichtungen zum Zweck hat, ist die Aufgabe der Notfallrettung die Versorgung von NotfallpatientInnen in medizinischen, traumatischen, sozialen oder psychischen Ausnahmesituationen inklusive deren Transport in fachlich geeignete Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Der Begriff Rettungsdienst deckt aber auch noch weitere Bereiche ab. Im Zuge der fünf Forschungsworkshops wurde daher ein Handlungsfeld, welches auf Grund dieses Umfangs als „Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich“ betitelt wurde, entwickelt und umfasst die folgenden Kernbereiche: den eigentlichen Rettungsdienst, Tätigkeiten von SanitäterInnen, das Rettungsdienst-System, Leitstelle, technische Rettung/Gefahrenzone, (Kranken-)Transporte, Ausbildung, zusätzliche Aufgaben, Beschäftigungsverhältnisse und Herausforderungen. Dies zeigt deutlich, dass der Bereich rund um den Rettungsdienst ein komplexes Feld darstellt.

In Österreich findet das franko-germanische Modell der Notfallversorgung Anwendung, bei welchem sowohl SanitäterInnen, aber auch NA bei Bedarf zu PatientInnen ausrücken. Der Fokus dieser Arbeit liegt allerdings auf Kompetenzen von SanitäterInnen.

Spricht man von **Kompetenzen**, so sind dies Handlungsvoraussetzungen in spezifischen Kontexten – wie in diesem speziellen Fall dem Rettungsdienst. Diese Kompetenzen werden durch Erfahrung und Werte geprägt und können selbstorganisiert entwickelt werden. Im Sinne der beruflichen Bildung, wie etwa der Aus-, Fort- und Weiterbildung von SanitäterInnen, etablierte sich allerdings auch partielle Fremdorganisation, welche nicht

grundsätzlich dem Kompetenzdiskurs widerspricht. Um den oft problematischen Wirrungen und Verwässerungen des Begriffes auf Grund unterschiedlicher Definitionen zu entfliehen, wurde Kompetenz in dieser Arbeit von rechtlichen Befugnissen abgegrenzt und als von Werten, Wissen und Erfahrungen geprägte, mitunter selbstorganisierte Handlungsfähigkeiten in unterschiedlichen Kontexten interpretiert.

Um einen Überblick zum Kompetenzdiskurs zu gewährleisten, wurden auch unterschiedliche Formen des Lernens und Lernergebnisse thematisiert wie auch Mess-, Validierungs- und Anerkennungsverfahren rund um Kompetenzen sowie Kompetenzmodelle und -profile.

Der konstruktivistisch geprägte **Kompetenzatlas** von Heyse und Erpenbeck (2007) bietet zum Beispiel eine gute Möglichkeit, um das in dieser Arbeit verbreitete Verständnis von Kompetenzen in diversen beruflichen Kontexten zu thematisieren und Kompetenzprofile für die im Feld vorherrschenden Anforderungen zu erstellen sowie diese Kompetenzen zu messen. Dies wurde auch für die beiden Profile für RS und NKI angewandt.

Zusätzlich enthalten die Profile auch noch eine Kompetenzarchitektur von vier Stufen. Grundvoraussetzung, um überhaupt kompetent im Sinne einer Profession, aber auch im privaten Leben sein zu können, stellen Metakompetenzen dar. Die Teilkompetenzen des Kompetenzatlas' basieren auf den vier Grundkompetenzen Personale Kompetenz (P), Sozial- kommunikative Kompetenz (S), Aktivitäts- und Handlungskompetenz (A) und Fach- und Methodenkompetenz (F). Die jeweiligen Teilkompetenzen werden auf zwei Teile – Schlüsselkompetenzen (MUST-Dos) und Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas (CAN Dos) aufgeteilt, um zu beschreiben, was SanitäterInnen können müssen bzw. sollen. Schlussendlich wurden auch Querschnittskompetenzen thematisiert, die sich über mehrere Grundkompetenzen erstrecken und vom jeweiligen Kontext unabhängig sind.

Die beiden Profile wurden in einem umfangreichen Forschungsprozess erstellt. Basierend auf einer hermeneutischen **Literaturrecherche** von Fachliteratur und etlichen Jahren Praxiserfahrung des Forschers begann der eigentliche Forschungsprozess bereits im Jahr 2013. Die darauffolgenden Schritte waren umfangreiche **Vorarbeiten** zu den fünf Forschungsworkshops in ganz Österreich, welche hauptsächlich die Befassung mit den theoretischen Grundlagen und die Organisation der Workshops umfasste. Die daraus resultierenden **fünf partizipativen Forschungsworkshops** mit unterschiedlichen Stakeholdern mit direktem und indirektem Rettungsdienstbezug – allesamt ExpertInnen ihres Faches – ermöglichten eine möglichst umfangreiche Abbildung der von SanitäterInnen

geforderten Kompetenzen. Dabei wurden die Grundlagen für die beiden KOAP für RS und NKI gelegt, welche ein Idealbild der Versorgung von PatientInnen darstellen sollten. In der darauffolgenden **Evaluationsphase** hatten die Stakeholder und weitere ExpertInnen die Möglichkeit, die in den beiden Profilen enthaltenen Kompetenzen und deren Beschreibungen zu evaluieren und Ergänzungen einzubringen, mussten die Ausprägungen der Kompetenzen aber auch in einer Status-Quo-Bewertungen mit dem gegenwärtigen Stand in der österreichischen Rettungsdienstlandschaft in Relation setzen. Im Zuge der **Finalisierung** wurden dann die endgültigen Profile um Meta- und Querschnittskompetenzen ergänzt und Vorschläge zur Kompetenzentwicklung für SanitäterInnen vorgestellt. Dieser Forschungsprozess wurde mit Hilfe eines Mixed Methods Forschungsdesigns verwirklicht.

In der gegenwärtigen Forschungspraxis stellen Verknüpfungen von Forschungsmethoden längst keine Ausnahme mehr dar, da qualitatives Verstehen mit quantitativen Elementen ergänzt werden kann, um neue Perspektiven und Geltungen zu ermöglichen. Die in dieser Arbeit eingesetzte Form des **Mixed Methods Approaches** ist ein voll integriertes Mixed Methods Design, in welchem sich alle Schritte der Forschung aufeinander beziehen und die Ergebnisse sich gegenseitig beeinflussen.

Zuerst erfolgte gemeinsam mit den Stakeholdern die Erstellung des Handlungsfeldes Rettungsorganisation Österreich, welches alle am Rettungsdienst beteiligten Elemente beinhalten sollte. Dieses Handlungsfeld diente als Grundlage für das Verständnis des Terminus Rettungsdienst in Österreich. Dadurch wurde die Kommunikation der Stakeholder untereinander erleichtert, wenn Diskussionen bezüglich des Rettungsdienstes erfolgten.

Im Anschluss daran erfolgte eine standardisierte, bereits in der Forschungspraxis etablierte quantitative Internetumfrage. Diese Umfrage wurde durchgeführt, um Unterschiede vor und bei den Gruppenphasen reflektieren zu können und bei Bedarf die durch die Umfrage gewonnen Erkenntnisse in die erstellten Kompetenzprofile einfließen lassen zu können. Diese pragmatische Möglichkeit, fehlende Ergebnisse ergänzen zu können, stellt auch einen relevanten Aspekt dieses Mixed Methods Designs dar.

Danach erfolgten Gruppendiskussionen, welche zu einer qualitativen Entscheidungsfindung darüber führen sollten, welche Kompetenzen in den Profilen für SanitäterInnen beinhaltet sein sollen. Dabei wurden auch standardisierte Daten zum Vergleich der Ergebnisse mit den quantitativen Daten der Internetumfrage generiert. Parallel dazu erfolgte die Protokollierung der Diskussionen, um ergänzende Informationen zu den standardisierten Daten zu erhalten

und die Gründe, warum welche Entscheidungen getroffen wurden, reflektieren und verstehen zu können.

Danach gab es auch die Möglichkeit, die Ergebnisse zu evaluieren, wodurch Meinungen und Anregungen der Stakeholder eingebracht werden konnten. Zeitgleich wurde auch eine standardisierte, zu den bisherigen Erhebungen komplementäre Umfrage zum IST-Stand der in den Kompetenzprofilen beinhalteten Kompetenzen von RS und NKI in Österreich durchgeführt. Zu guter Letzt wurden die beiden KOAP für den Ö-RD finalisiert und auf Basis der Status-Quo-Erhebungen zu den Ausprägungen Empfehlungen für Fort- und Weiterbildungen von RS und NKI verschriftlicht.

Die entstandenen Anforderungsprofile für RS und NKI beinhalten jeweils unterschiedliche Kompetenzen, welche für eine Tätigkeit im Krankentransport bzw. der Notfallrettung Voraussetzung sind.

Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NotfallsanitäterIn (NKI) - 51 Kompetenzen

Metakompetenzen	Schlüsselkompetenzen		Erweiterter Kompetenzatlas		Querschnittskompetenzen
Selbsterkenntnis(-vermögen)	Glaubwürdigkeit	P	Normativ-ethische Einstellung	P	Interkulturelle Kompetenz
Selbstdistanz	Eigenverantwortung	P	Einsatzbereitschaft	P	Führungskompetenz
Situations/Kontextidentifikationsfähigkeit	Selbstmanagement	P	Offenheit für Veränderungen	P	Selbstentwicklungskompetenz
Interventions-/Lösungsfähigkeit	Delegieren	P	Hilfsbereitschaft	P	
Lese- und Schreibkompetenz	Lernbereitschaft	P	Disziplin	P	
Fremdsprachliche Kompetenz	Ganzheitliches Denken	P	Mobilität	A	
Mathematische Kompetenz (NAWI, IT, Technik)	Zuverlässigkeit	P	Ausführungsbereitschaft	A	
Digitale Kompetenz	Entscheidungsfähigkeit	A	Initiative	A	
Persönliche- Soziale und Lernkompetenz	Belastbarkeit	A	Ergebnisorientiertes Handeln	A	
Bürgerkompetenz	Teamfähigkeit	S	Zielorientiertes Führen	A	
Unternehmerische Kompetenz	Problemlösungsfähigkeit	S	Konsequenz	A	
Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit	Gewissenhaftigkeit	S	Integrationsfähigkeit	S	
	Analytische Fähigkeiten	F	Kommunikationsfähigkeit	S	
	Beurteilungsvermögen	F	Kooperationsfähigkeit	S	
	Folgebewusstsein	F	Anpassungsfähigkeit	S	
	Fachwissen	F	Pflichtgefühl	S	
			Wissensorientierung	F	
			Sachlichkeit	F	
			Systematisch-methodisches Vorgehen	F	
			Fachübergreifende Kenntnisse	F	

P = Personale Kompetenz

A = Aktivitäts- und Handlungskompetenz

S = Sozial- kommunikative Kompetenz

F = Fach- und Methodenkompetenz

Abbildung 76: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NotfallsanitäterIn NKI

Für das KOAP für NKI wurden 36 Teilkompetenzen definiert, wobei 16 davon Schlüsselkompetenzen und 20 Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für NKI sind. Diese werden durch 12 Metakompetenzen, übergeordnete Kompetenzen und drei Querschnittskompetenzen, welche sich aus unterschiedlichen Kompetenzen der vier Grundkompetenzen zusammensetzen, ergänzt. Insgesamt umfasst das Anforderungsprofil

für NKI 51 Kompetenzen. Die obige Grafik gibt einen Überblick, welche Kompetenzen im Profil enthalten sind.

Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RettungssanitäterIn - 47 Kompetenzen

Metakompetenzen	Schlüsselkompetenzen		Erweiterter Kompetenzatlas		Querschnittskompetenzen
Selbsterkenntnis(-vermögen)	Normativ-ethische Einstellung	P	Einsatzbereitschaft	P	Interkulturelle Kompetenz
Selbstdistanz	Glaubwürdigkeit	P	Selbstmanagement	P	Führungskompetenz
Situations/Kontextidentifikationsfähigkeit	Hilfsbereitschaft	P	Eigenverantwortung	P	Selbstentwicklungskompetenz
Interventions-/Lösungsfähigkeit	Disziplin	P	Humor	P	
Lese- und Schreibkompetenz	Zuverlässigkeit	P	Lernbereitschaft	P	
Fremdsprachliche Kompetenz	Belastbarkeit	A	Ganzheitliches Denken	P	
Mathematische Kompetenz (NAWI, IT, Technik)	Soziales Engagement	A	Mobilität	A	
Digitale Kompetenz	Ergebnisorientiertes Handeln	A	Ausführungsbereitschaft	A	
Persönliche- Soziale und Lernkompetenz	Integrationsfähigkeit	S	Initiative	A	
Bürgerkompetenz	Teamfähigkeit	S	Konsequenz	A	
Unternehmerische Kompetenz	Kommunikationsfähigkeit	S	Dialogfähigkeit, Kundenorientierung	S	
Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit	Kooperationsfähigkeit	S	Verständnisbereitschaft	S	
	Gewissenhaftigkeit	S	Pflichtgefühl	S	
	Beurteilungsvermögen	F	Anpassungsfähigkeit	S	
	Fachwissen	F	Sachlichkeit	F	
			Folgebewusstsein	F	
			Systematisch-methodisches Vorgehen	F	

P = Personale Kompetenz
A = Aktivitäts- und Handlungskompetenz
S = Sozial- kommunikative Kompetenz
F = Fach- und Methodenkompetenz

Abbildung 77: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RS - Kompetenzübersicht

Im KOAP für RS wurden 32 Kompetenzen beschrieben, wobei 15 Schlüsselkompetenzen und 17 Kompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS sind. Diese Kompetenzen wurden ebenfalls, wie bei NKI, durch 12 Metakompetenzen und drei Querschnittskompetenzen ergänzt. Insgesamt beinhaltet das Anforderungsprofil für RS also 47 Kompetenzen. Die obige Grafik ermöglicht einen Überblick, welche Kompetenzen im Profil für RS enthalten sind.

Nach der Konkretisierung der Schlüsselkompetenzen und weiteren Kompetenzen wurden diese von den Stakeholdern der Forschungsworkshops anhand deren Ausprägungen bei RS und NKI bewertet. Die **Ergebnisse der explorativen Status-Quo-Bewertungen** lieferten einige neue Erkenntnisse dazu, welche Kompetenzen von SaniäterInnen mit Sicherheit (Weiter-)Entwicklungsbedarf haben.

Grundlegend kann gesagt werden, dass bei NKI die Ausprägungen der Kompetenzen bis auf eine von 35 bewerteten Kompetenzen, *Delegieren*, über den Mindestanforderungen liegen. Es besteht für NKI vergleichsweise wenig Bedarf, Kompetenzen neu zu entwickeln. Unbestritten müssen trotzdem Überlegungen angestellt werden, wie man die vorhandenen Kompetenzen gezielt weiterentwickeln bzw. zukunftsfit für den Rettungsdienst bleiben kann.

Konträr muss die Kompetenz-Situation allerdings bei RS gesehen werden, bei welchen es einen merklich erhöhten Bedarf gibt, eine Kompetenzentwicklung hin zu einer

professionellen, kompetenten PatientInnenversorgung zu forcieren. Bei RS liegen 12 der 31 bewerteten Kompetenzen unter den Mindestanforderungen.

Die 16 **Schlüsselkompetenzen von NotfallsanitäterInnen** NKI im Österreichischen Rettungsdienst wurden überwiegend positiv bewertet, da 14 von 15 Kompetenzen eine hohe Ausprägung der Teilkompetenzen aufweisen. Der Mindest-Score für Schlüsselkompetenzen wurde mit 9 von 12 festgesetzt, was „sehr ausgeprägt“ entspricht. Der Median betrug 10. *Fachwissen, Lernbereitschaft, Beurteilungsvermögen* und *Belastbarkeit* stellen eindeutig Stärken für NKI dar, wohingegen *Delegieren* bei NKI zu gering ausgeprägt zu sein scheint. Dies kann mitunter auf den undifferenzierten Einsatz von SanitäterInnen zurück geführt werden und auch darauf, dass hochqualifiziertes Personal oft hinter dem Lenkrad sitzt, während weniger qualifiziertes Personal für (Notfall-)PatientInnen verantwortlich ist.

Von den 19 bewerteten **Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für NKI** wurden alle mindestens mit „deutlich ausgeprägt“ bewertet. Dies bedeutet, dass alle Teilkompetenzen für NKI mit mindestens 7 von 12 bewertet wurden. Der Median der Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas NKI liegt sogar bei 9, „sehr ausgeprägt“. *Ausführungsbereitschaft* und *Ergebnisorientiertes Handeln* wurden sogar mit „äußerst ausgeprägt“ bewertet und sind demnach stark entwickelte Kompetenzen von NKI in Österreich.

Die Ergebnisse der 15 **Schlüsselkompetenzen für RettungssanitäterInnen** im Ö-RD sind leider sehr ernüchternd, da 10 von 15 Kompetenzen als unter der erforderlichen Mindestausprägung liegend bewertet wurden. Der Median der Bewertungen beträgt 8, gegenüber einer Mindestbewertung von 9, was „deutlich ausgeprägt“ bedeutet. *Hilfsbereitschaft* und *Soziales Engagement* sind allerdings als Stärken von RS anzusehen, da sie über dieser Ausprägung liegen und vor allem im Bereich der Ehrenamtlichkeit als tragende Schlüsselkompetenzen zu interpretieren sind. *Fachwissen* hingegen stellt die am geringsten ausgeprägte Kompetenz dar, was zweifelsohne auch mit der niedrigen Ausbildungsdauer von RS in Zusammenhang zu bringen ist.

Im Gegensatz zu den Schlüsselkompetenzen wurden die 17 **Teilkompetenzen des erweiterten Kompetenzatlas' für RS** von den ExpertInnen der fünf Forschungsworkshops bis auf zwei Ausnahmen über oder mit der Mindestausprägung bewertet. Speziell *Einsatzbereitschaft* wurde als deutlich stärker ausgeprägt bewertet als die restlichen Teilkompetenzen. *Eigenverantwortung* und *Folgebewusstsein* müssen allerdings als

deutliche Schwächen von RS interpretiert werden. Dies ist allerdings auf die rechtliche Lage zurückzuführen, welche es für RS schwer möglich macht, *Eigenverantwortung* zu übernehmen, und auch darauf, dass durch geringes *Fachwissen* und wenig Praxiserfahrung *Folgebewusstsein* nur bedingt erwartet werden kann.

Die aus den Ergebnissen der Bewertung der Kompetenzen gewonnen Erkenntnisse würden zwar eine mögliche Ausdehnung der Ausbildung speziell von RS unterstützen, da dies aber in den nächsten Jahren nicht absehbar ist, muss in Form von **Fort- und Weiterbildung** Möglichkeit zur (Weiter-)Entwicklung von Kompetenzen geboten werden. Bereits bestehende Kurskonzepte wie Crew/Crisis Resource Management in Kombination mit internationalen Kurskonzepten zur Versorgung von NotfallpatientInnen würden zur Weiterentwicklung unterschiedlicher Kompetenzen beitragen. Diese Kurse und Konzepte müssen allerdings nicht zwingend teure, lizenzierte Kursformate sein, sondern könnten auch nach sorgfältiger Ausarbeitung direkt von den Ausbildungsstätten des RD angeboten werden. Zusätzlich wäre auch ein gezielter Einsatz von Virtual und Augmented Reality angebracht sowie auch ein erweiterter Einsatz von E-Learning (2.0) und Blended Learning. All diese Möglichkeiten sollten aber auch in einer standardisierten, durch qualifiziertes Lehrpersonal unterrichteten Ausbildung erfolgen, wodurch nicht nur die Qualität der jeweiligen Kurse, sondern auch die Kompetenzen von SanitäterInnen bereits in der Ausbildung gesteigert werden können. Der Feinschliff würde dann im Zuge der Fort- und Weiterbildung erfolgen, welche im besten Fall über den gesetzlich geforderten 16 Stunden in zwei Jahren liegt. All dies muss auch in Kombination mit praxisorientierten und didaktisch begleiteten Praktika erfolgen, um den gewünschten Erfolg zu erzielen, und kann natürlich nur mit einem differenzierten Einsatz der jeweiligen Qualifikationsstufen von SanitäterInnen, RS im Krankentransport und NFS(NKI) in der Notfallrettung funktionieren.

Die KOAP stellen hierzu eine geeignete Grundlage dar, können allerdings auch für eine persönliche, kritische Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzsituation verwendet werden. Ebenso dienen sie als Grundlage für Personalauswahl und -entwicklung sowie Supervision und Qualitätsmanagement.

13 Verzeichnisse

13.1 Abkürzungsverzeichnis

(A) - Aktivitäts- und Handlungskompetenz
(F) - Fach- und Methodenkompetenz
(P) - Personale Kompetenz
(S) - Sozial- kommunikative Kompetenz
AAEM - Austrian Association for Emergency Medicine
ABGB - Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
ACN - Acute Community Nurses
AELRD - Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol
AELRD Bayern - Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Bayern
AHS – Allgemein bildende höhere Schulen (Österreich)
AI - Artificial Intelligence
ALS – Advanced Life Support / Erweiterte Lebensrettende Sofortmaßnahmen
AML - Arzneimittelliste
AMLS – Advanced Medical Life Support
ANetPASS – Österreichische Plattform Patientensicherheit
APA - Austria Presse Agentur
APEL - Accreditation of Prior Experiential Learning
AQ Austria - Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria
AR - Augmented Reality
ARA - Air Rescue Austria (ARA)
ARC – Austrian Resuscitation Council / Österreichischer Rat für Wiederbelebung
ÄrzteG - Ärztegesetz
ASBÖ – Arbeiter-Samariter-Bund Österreich
ATLS – Advanced Trauma Life Support
BBTI – Bezirksblätter Tirol aus Innsbruck
BGBl - Bundesgesetzblatt
BIFDO:DOK - Projekte Bildungsforschung Dokumentation
BKA - Bundeskriminalamt
BLS – Basic Life Support / Lebensrettende Sofortmaßnahmen
BM - Berufsmodul
BMASGK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMB – Bundesministerium für Bildung
BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (D)
BMBWF - Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMG – Bundesministerium für Gesundheit
BMGFJ – Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMI – Bundesministerium für Inneres
BMJV - Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (D)
BMLVS – Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BMUK – jetzt Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMWf – Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BV ÄLRD - Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Deutschland
BVRD – Bundesverband Rettungsdienst (Österreich)
CBPR - Community-basierte partizipative Forschung
CEDEFOP - Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsbildung

CeKOM – Centrum für Kompetenzbilanzierung
CIRS - Critical Incident Reporting System
COP - College of Paramedics
COVID-19 - Coronavirus Disease 2019
CRM - Crew/Crisis Resource Management
DBR - Deutscher Bildungsrat
DBRD - Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V.
Dipl.-NFS - Diplomierte NotfallsanitäterInnen
DRK - Deutsches Rotes Kreuz
EA – Ehrenamtlich
EEAST – East of England Ambulance Service
EH – Erste Hilfe
EK – Europäische Kommission
EKG - Elektrokardiogramm
EMS - Emergency Medical System
EOL - Erfahrungsorientiertes Lernen
EPC - Emergency Pediatric Care
EPICSAVE - Enhanced Paramedic Vocational Training with Serious Games and Virtual Environments
EPIG - Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
EPLS - European Pediatric Life Support
EQF/EQR – European Qualification Framework/Europäischer Qualifikationsrahmen
ERC – European Resuscitation Council / Europäischer Rat für Wiederbelebung
ESF - Europäischer Sozialfonds für Deutschland
ETC – European Trauma Course
FH – Fachhochschule
FSJ – Freiwilliges Soziales Jahr
FW - Freiwillige/r
GEMS - Geriatric Emergency Medical System
GEW - Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
GÖG - Gesundheit Österreich GmbH
GuKG - Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HB – Hauptberuflich
HiOrg – Hilfsorganisation
HTL – Höhere technische (Bundes-)Lehranstalt (Österreich)
ICU – Intensive Care Unit (Intensivstation)
IGA - Initiative Gesundheit und Arbeit
IGNI – Interessensgemeinschaft Notfallmedizin Innsbruck
IK – Interkulturelle Kompetenz(en)
ILS - Immediate Life Support
InPASS - Institut für Patientensicherheit & Teamtraining GmbH
ITLS – International Trauma Life Support
JECCM - Journal of emergency and critical care medicine
JKU - Johannes Kepler Universität Linz
JUH - Johanniter Unfallhilfe
KA - Kompetenzatlas
KABEG - Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft
KH – Krankenhaus
KI – Krisenintervention
KMK – Kultusministerkonferenz
KOAP - Kompetenzorientierte Anforderungsprofile

KTP – Krankentransport
KTW – Krankentransportwagen
LCMS - Learning Content Management Systeme
LLL – Lebenslanges Lernen
LMS - Learning Management System
LPD – Landespolizeidirektion(en)
M2D - M²D MasterMind Development
MA – MitarbeiterIn(nen)
MA70 - Berufsrettung Wien
MPG – Medizinproduktegesetz
MR - Mixed Reality
MSC – Master of Science
MTS - Manchester Triage System
MUOG – Medical University of Graz / Medizinische Universität Graz
NAEMT - National Association of Emergency Medical Technicians
NAH - Notarztthubschrauber
NEC - National Europass Center
NFR - Notfallrettung
NFS – NotfallsanitäterIn
NK - Notfallkompetenz
NKA – NotfallsanitäterIn mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre
NKI – NotfallsanitäterIn mit besonderer Notfallkompetenz Intubation und Beatmung
NKS – NQR-Koordinierungsstelle für Österreich
NKV – NotfallsanitäterIn mit allgemeiner Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion
NLS - Newborn Life Support
NÖN – Niederösterreichische Nachrichten
Notruf - NOE - Notruf Niederösterreich
NotSanA-PrV - Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für NotfallsanitäterInnen
NotsanG – Notfallsanitätergesetz
NP - NotfallpatientIn
NPO – Non-profit-Organisation
NQR – Nationaler Qualifikationsrahmen
NR - Nationalrat
Ö - Österreich
ÖAK - Österreichische Ärztekammer
ÖAMTC - Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club
ÖÄZ - Österreichische Ärztezeitung
ÖBH - Österreichisches Bundesheer
ÖBRD - Österreichischer Bergrettungsdienst
OECD – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGARI - Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖGB - Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGERN – Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin
ÖIBF – Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung
Ö-RD – Österreichischer Rettungsdienst
ÖRD - Österreichischer Rettungsdienst (Organisation)
ORF - Österreichischer Rundfunk
ÖRK - Österreichisches Rotes Kreuz
ÖVP - Die neue Volkspartei
ÖWR - Österreichische Wasserrettung

PF - Partizipative Forschung
PHTLS - Prehospital Trauma Life Support
PIAAC – Programme for the International Assessment of Adult Competencies
PISA – Programme for International Student Assessment
PLAR – Prior Learning Assessment and Recognition
POL - Problemorientiertes Lernen
PPO – PatientInnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark
PRVA - Public Relations Verband Austria
PTBS - posttraumatische Belastungsstörungen
RD – Rettungsdienst
RD-MA - Rettungsdienstmitarbeiter
RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes
RLO - Reusable Learning Object
RM – RettungsmedizinerInnen
RS – RettungssanitäterIn
RTW – Rettungstransportwagen
SanAV – Sanitäter - Ausbildungsverordnung
SanG – Sanitätergesetz
SHS - Schider-Helicopter-Service
SIZNOE - Niederösterreichisches Zentrum für medizinische Simulation und Patientensicherheit
SMD - Sozial Medizinischer Dienst Österreich
SME – Subject-Matter-Experts
SOL - Selbst organisiertes Lernen
SOP – Standard Operating Procedure
SOPK - Soziale und Personale Kompetenz
StGB - Strafgesetzbuch
STMI Bayern – Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration
TECC - Tactical Emergency Casualty Care-Guidelines
TN – TeilnehmerInnen
TT – Tiroler Tageszeitung
TU - Technische Universität
UNESCO – Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur
VALCOVOL – Validation of Competencies Acquired in Volunteering
ViTAWiN - Virtuell-augmentiertes Training für die Aus- und Weiterbildung in der interprofessionellen Notfallversorgung
VN - Vorarlberger Nachrichten
VÖV - Verband Österreichischer Volkshochschulen
VR - Virtual Reality
WHO - World Health Organization
WKO – Wirtschaftskammer Österreich
WRK - Wiener Rotes Kreuz
WS – Workshop(s)
WZ - Wiener Zeitung
ZD - Zivildienst
ZDL – Zivildienstleistender

13.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausbildungen des Ö-RD (RIS, 2020a & 2020b; eigene Abbildung).....	38
Tabelle 2: Befugnisse von SanitäterInnen (Aigner et al. 2011 ² : 43; editiert)	38
Tabelle 3: Anzahl der absolvierten RD Ausbildungen in Österreich (Oberhauser, 2016: 2, Statistik Austria, 2019d: 279, Hartinger-Klein, 2018: 1; Eigene Abbildung).....	39
Tabelle 4: Überlegungen zum notärztlichen Einsatzspektrum (Hellwagner, 2015a: 56; auf Grund von Beispielen aus der Praxis adaptiert)	57
Tabelle 5: Ausbildung RettungsmedizinerInnen (vgl. Prause et al, 2017: 502)	59
Tabelle 6: Vergleich von Qualifikation und Kompetenz (vgl. Heyse 2010: 70; editiert).....	110
Tabelle 7: Zuordnungen zum NQR, DQR, EQF	144
Tabelle 8: Vergleich von traditionellem Lehren und konstruktivistischer Lerntheorie (Edelmann, 2000: 287 in Dimitrova, 2008: 85).....	166
Tabelle 9: Gegenüberstellung Erzeugungs- und Ermöglichungsdidaktik (Eigene Abbildung nach Arnold & Siebert, 2006: 44; Arnold, 2007: 38; eigene Abbildung).....	167
Tabelle 10: Zeit in der Ausbildung für Notfälle bei verschiedenen Krankheitsbildern in Minuten (Redelsteiner, 2017; eigene Abbildung).....	241
Tabelle 11: Arbeitsschritte für Workshops (Heyse & Erpenbeck, 2007: 100).....	242
Tabelle 12: Die 8 geplanten Arbeitsschritte der kompetenzorientierten Anforderungsprofile für RS und NKI.....	243
Tabelle 13: Arbeitsschritte der Workshops - effektiv durchgeführte Arbeitsschritte.....	244
Tabelle 14: TeilnehmerInnen an den Workshops	263
Tabelle 15: Relevanzen der MUST-Do und CAN-Do Kompetenzen.....	292
Tabelle 16: Ergebnisse der Internetumfrage Personale Kompetenz (RS).....	296
Tabelle 17: Ergebnisse der Internetumfrage Aktivitäts- und Handlungskompetenz (RS)	297
Tabelle 18: Ergebnisse der Internetumfrage Sozial- kommunikative Kompetenz (RS)	298
Tabelle 19: Ergebnisse der Internetumfrage Fach- und Methodenkompetenz (RS)	299
Tabelle 20: Ergebnisse der Internetumfrage Personale Kompetenz (NKI).....	300
Tabelle 21: Ergebnisse der Internetumfrage Aktivitäts- und Handlungskompetenz (NKI)	301
Tabelle 22: Ergebnisse der Internetumfrage Sozial- kommunikative Kompetenz (NKI)	302
Tabelle 23: Ergebnisse der Internetumfrage Fach- und Methodenkompetenz (NKI).....	303
Tabelle 24: Übersicht Anzahl der Kompetenzen im Profil für RS.....	306
Tabelle 25: Übersicht der Kompetenzen von RS.....	319
Tabelle 26: Übersicht Anzahl der Kompetenzen im Profil für NKI.....	320
Tabelle 27: Übersicht der Kompetenzen von NKI.....	334
Tabelle 28: Bewertung der Relevanz pro Teilkompetenz	336
Tabelle 29: Teilkompetenzen und Grundkompetenzen von RS.....	336
Tabelle 30: Teilkompetenzen und Grundkompetenzen von NKI.....	337
Tabelle 31: Vergleich der Teilkompetenzen von RS und NKI	338
Tabelle 32: Unterschiede der Teilkompetenzen von RS und NKI	338
Tabelle 33: Streichungen bei RS und NKI.....	339
Tabelle 34: Median der Kompetenzbewertungen von RS und NKI	340
Tabelle 35: Standortergebnisse für RS	341
Tabelle 36: Standortergebnisse für NKI	343
Tabelle 37: Vergleiche der Standortergebnisse für RS und NKI	344
Tabelle 38: Personale Kompetenz - Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (RS).....	349
Tabelle 39: (P) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (RS).....	349
Tabelle 40: Aktivitäts- und Handlungskompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (RS)	350
Tabelle 41: (A) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (RS).....	350
Tabelle 42: Soziale- kommunikative Kompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (RS).....	351
Tabelle 43: (S) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (RS).....	352
Tabelle 44: Fach- und Methodenkompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (RS).....	352

Tabelle 45: (F) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (RS).....	353
Tabelle 46: Personale Kompetenz - Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (NKI).....	355
Tabelle 47: (P) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (NKI).....	356
Tabelle 48: Aktivitäts- und Handlungskompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (NKI)	356
Tabelle 49: (A) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (NKI).....	357
Tabelle 50: Soziale- kommunikative Kompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (NKI).....	357
Tabelle 51: (S) – Kompetenz: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (NKI).....	358
Tabelle 52: Fach- und Methodenkompetenz – Bewertungen während den Workshops und der Internetumfrage (NKI).....	359
Tabelle 53: (F) – Kompetenzen: Unterschiede der Ergebnisse der Workshops zum Intervall der Internetumfrage (NKI).....	360
Tabelle 54: Gesamtanzahl der Differenzen der Bewertungen für RS und NKI.....	362
Tabelle 55: Konzept zur Bewertung der Teilkompetenzen	364
Tabelle 56: Übersicht der Bewertungen der (P) - Kompetenz für RS.....	364
Tabelle 57: Kompetenzausprägungen	370
Tabelle 58: Ergebnisse Ausprägungen - Schlüsselkompetenzen RS	376
Tabelle 59: Ergebnisse Ausprägungen - Erweiterter Kompetenzatlas von RS	381
Tabelle 60: Ergebnisse der Ausprägungen - Schlüsselkompetenzen von NKI	383
Tabelle 61: Ergebnisse der Ausprägungen – Erweiterter Kompetenzatlas von RS.....	386
Tabelle 62: Übersicht Kompetenzausprägungen von RS und NKI	389
Tabelle 63: Ausprägungen der Teilkompetenzen exklusiv von RS	391
Tabelle 64: Ausprägungen der Teilkompetenzen exklusiv von NKI	392
Tabelle 65: (P)-Kompetenz - Vergleich der Ergebnisse für RS und NKI	393
Tabelle 66: (A)-Kompetenz - Vergleich der Ergebnisse für RS und NKI	394
Tabelle 67: (S)-Kompetenz - Vergleich der Ergebnisse für RS und NKI	394
Tabelle 68: (F)-Kompetenz - Vergleich der Ergebnisse für RS und NKI	395
Tabelle 69: Was ist der Unterschied zwischen kooperativem Lernen und traditionellem Lernen in der Gruppe? (Johnson & Johnson, 1999 ⁵ : 13, in Kernbichler, 2003: 110, editiert)	410
Tabelle 70: Traditioneller Unterricht vs. E-Learning (Zhang et al. 2004: 76, übersetzt, editiert)	413
Tabelle 71: Die 15 CRM Leitsätze (Rall, 2016: 66 nach Rall und Gaba).....	438

13.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 bis 2080 (mittlere Variante).....	3
Abbildung 2 Bevölkerungspyramide am 1.1.2019 nach Staatsangehörigkeit – Österreich.....	5
Abbildung 3 Bevölkerung am 1.1.2019 ausländische Staatsangehörige nach Gemeinden.....	5
Abbildung 4 Handlungsfeld Rettungsorganisation Österreich.....	23
Abbildung 5 Anstellungsverhältnisse im Österreichischen Rettungsdienst	30
Abbildung 6: Verbot der Ausübung der NKA/NKV und NKI einer österreichischen Hilfsorganisation im Jahre 2008 aus privater Quelle ...	55
Abbildung 7: Ausbildungsmodell Sanitätsfachkraft: Diplomierter Rettungsassistent – DRA (Müller & Huber, 1994 ² : 396)	67
Abbildung 8: Handlungskompetenz nach Enke und Kuhnke (2014)	100
Abbildung 9: Grundkompetenzen (Heyse, 2007: 15).....	107
Abbildung 10: Competence and Performance (Gnahs: 2011: 21)	113
Abbildung 11: Das Eisberg Modell der Kompetenzen – Zusammenhang der Grundbausteine (vgl. Spencer & Spencer, 1993: 11)	114
Abbildung 12: Von Kompetenzkomponenten zur Performanz (vgl. Cofsky, 1993; Spencer & Spencer, 1993, Dimitrova, 2008; editiert - eigene Ergänzungen).....	114
Abbildung 13: Kompetenzarchitektur KODE® und Anforderungsprofile (KODE®, o.D.)	120
Abbildung 14: Kompetenzatlas nach Heyse und Erpenbeck (2007; Competenzia.de, o.D.)	120
Abbildung 15: „The four pillars of education“ (Delors, 1996: 37) und Grund/Basiskompetenzen (eigene Abbildung)	121
Abbildung 16: Synonymatlas für die Grundkompetenzen P, A, F, S (Heyse, 2007: 28ff.)	122

Abbildung 17: Interkulturelle Kompetenz als Querschnittskompetenz (Erpenbeck & Sauter, 2015: 159; eigene Abbildung).....	124
Abbildung 18: Metakompetenzen nach Erpenbeck (2006a: 63; eigene Abbildung)	128
Abbildung 19: Relation zwischen selbst- und fremdgesteuerten Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung und den einzelnen Kompetenzbestandteilen (Dimitrova, 2008: 51; eigene Abbildung)	134
Abbildung 20: Einheit von Wissen, Qualifikation und Kompetenz (Heyse 2010: 71).....	134
Abbildung 21: Wege zur Entwicklung von Kompetenzen, auf in der Arbeit verwendete Begriffe übersetzt (Gnahs, 2011: 30, eigene Abbildung).....	135
Abbildung 22: Bewertungsformen von Kompetenzen (Gnahs, 2010: 48; eigene Abbildung)	150
Abbildung 23: Schematische Darstellung der fünf Schritte zur Erstellung der Anforderungsprofile für RS und NKI	154
Abbildung 24: Systematisierung grundsätzlicher Ziele von Methodenverknüpfungen (Burzan, 2016: 64; eigene Abbildung).....	178
Abbildung 25: Abfolge des voll integrierten Mixed Methods Designs für kompetenzorientierte Anforderungsprofile im Österreichischen Rettungsdienst	180
Abbildung 26: Stufenmodell der Partizipation (Wright et al. 2010: 42).....	195
Abbildung 27: Partizipation im Forschungsprozess (Unger von, 2014b: 12).....	199
Abbildung 28: Drei Phasen der Diskussion (Lipp & Will, 2008: 56, eigene Abbildung).....	209
Abbildung 29: Plakat Entscheidungsmatrix Kompetenzen RS.....	213
Abbildung 30: Darstellung eines Datenblattes für einen der fünf Workshops (aus Datenschutzgründen verschwommen).....	224
Abbildung 31: Farbiger Kompetenzatlas von Erpenbeck und Heyse (Competenzia.de, o.D.) Abbildung 32: Bsp. eines Kompetenzatlas während eines Workshops mit Streichungen und Unterschieden RS (blau) und NKI (rot).....	231
Abbildung 33: Bsp. von Flipcharts mit den nach Relevanz bewerteten Teilkompetenzen für RS Abbildung 34: Bsp. von Flipcharts mit den nach Relevanz bewerteten Teilkompetenzen für NKI.....	232
Abbildung 35: Bewertung der Relevanz der Teilkompetenzen der Fach- und Methodenkompetenz für RettungssanitäterInnen im Programm LimeSurvey	237
Abbildung 36: Zeitplan des Workshops in Wien	244
Abbildung 37: Diskussion während des Prozesses der Auswahl von Teilkompetenzen	249
Abbildung 38: Workshop in der Leitstelle Tirol mit Ausblick auf die Nordkette	256
Abbildung 39: Die Orte der Forschungsworkshops - Eigene Illustration auf Grundlage der Austrian Map von Wikicommons	258
Abbildung 40: RD Ausbildungen der Stakeholder	264
Abbildung 41: Handlungsfeld Rettungsdienst - Vorlage	282
Abbildung 42: Handlungsfeld Rettungsorganisation Wien.....	283
Abbildung 43: Handlungsfeld Rettungsdienst St.Pölten	285
Abbildung 44: Handlungsfeld Rettungsorganisation Klagenfurt.....	286
Abbildung 45: Handlungsfeld Rettungsorganisation Graz	287
Abbildung 46: Handlungsfeld Rettungsorganisation Innsbruck.....	287
Abbildung 47: Handlungsfeld Rettungsorganisation Gesamt.....	289
Abbildung 48: Personale Kompetenzen RS	308
Abbildung 49: Aktivitäts- und Handlungskompetenzen RS.....	311
Abbildung 50: Sozial- kommunikative Kompetenzen RS.....	313
Abbildung 51: Fach- und Methodenkompetenzen RS	316
Abbildung 52: Personale Kompetenzen NKI	322
Abbildung 53: Aktivitäts- und Handlungskompetenzen NKI.....	325
Abbildung 54: Sozial- Kommunikative Kompetenzen NKI	328
Abbildung 55: Fach- und Methodenkompetenzen NKI	331
Abbildung 56: RS: Differenz der Einzel-Workshops und der Internetumfrage Abbildung 57: RS: Differenz der Workshops und der Internetumfrage	353
Abbildung 58: RS: Anteil der Streichungen - Differenz mindestens 2 Abbildung 59: RS: Prozentueller Anteil der Streichungen bei einer Differenz von mindestens 2	354
Abbildung 60: NKI: Differenz der Einzel-Workshops und der Internetumfrage Abbildung 61: NKI: Differenz der Workshops und der Internetumfrage	360

Abbildung 62: NKI: Anteil der Streichungen bei einer Differenz von mindestens 2	361
Abbildung 63: NKI: Prozentueller Anteil der Streichungen bei einer Differenz von mindestens 2	361
Abbildung 64: Die drei Teile der Evaluationsphase	366
Abbildung 65: Schlüsselkompetenzen von RS – IST-Stand	375
Abbildung 66: Erweiterter Kompetenzatlas von RS – IST-Stand	380
Abbildung 67: Schlüsselkompetenzen von NKI - IST Stand	383
Abbildung 68: Erweiterter Kompetenzatlas von NKI - IST Stand	385
Abbildung 69: Die beiden Handlungsstränge der Finalisierungsphase	396
Abbildung 70: Kugelmodell der Förderung beruflicher Handlungskompetenz (Karutz, 2008: 30)	398
Abbildung 71: Medien, Methoden und Theorien des Blended Learning (Kuhnke, 2011: 369)	420
Abbildung 72: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NotfallsanitäterIn NKI	480
Abbildung 73: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NKI – Kompetenzübersicht	481
Abbildung 74: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RS - Kompetenzübersicht	556
Abbildung 75: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RS	557
Abbildung 76: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil NotfallsanitäterIn NKI	650
Abbildung 77: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil RS - Kompetenzübersicht	651

13.4 Literaturverzeichnis

Teile der folgenden Quellen wurden als Printmedien, bzw. wenn verfügbar als Hyperlink angeführt, um eine leichtere Weiterverwendung der Quellen zu ermöglichen. Die elektronischen Verweise wurden am 15.05.2020 kontrolliert.

- Aigner, G. et al. (2011³): Rechtskunde für Sanitäter. In: In: Redelsteiner, C. et al. (Hrsg.) *Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen*. Braumüller: Wien. S. 40-53.
- Allinger, H. & E. Romy (2018): Grenzenlos retten: Anforderungen an Staatsverträge zur Notfallrettung. In: Neumayr, A. et al (Hrsg.): *Herausforderung Notfallmedizin. Innovation - Vision - Zukunft*. Springer: Berlin. S. 15-26.
- Al-Shaqsi, S. (2010): Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med J*. 2010 Oct; 25(4). S. 320–323.
URL: http://www.omjournal.org/fulltext_PDF.aspx?DetailsID=37&type=fulltext
- Annen, S. (2012): *Anerkennung von Kompetenzen – Kriterienorientierte Analyse ausgewählter Verfahren in Europa*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld.
- AQ Austria - Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (2016): *Anerkennung und Anrechnung non-formal und informell erworbener Kompetenzen Empfehlungen zur Gestaltung von Anerkennungs- und Anrechnungsverfahren*. Facultas: Wien. URL: https://www.aq.ac.at/de/analysen-berichte/dokumente-analysen-berichte/AQ_Anerkennung-2016-inklU4-und-bmwfw-2.pdf?m=1480945502
- Arnold R. et al. (2005): *Dozentenleitfaden. Planung und Unterrichtsvorbereitung in Fortbildung und Erwachsenenbildung*. Cornelsen: Berlin.
- Arnold, P. et al. (2018⁵): *Handbuch E-Learning. Lehren und Lernen mit digitalen Medien*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld.
- Arnold, R. (2010²): Kompetenz. In: Arnold, R. et al. (Hrsg.): *Wörterbuch Erwachsenenbildung*. Verlag Julius Klinkhardt: Bach Heilbrunn. S. 172-173.
- Arnold, R. (2017^{3a}) Vorwort des Reihenherausgebers. In: Arnold, R. & Erpenbeck, J. (Hrsg.): *Wissen ist keine Kompetenz*. Schneider Verlag Hohengehren GmbH: Baltmannsweiler. S. VII-X
- Arnold, R. (2017^{3b}) 1. Brief. In: Arnold, R. & Erpenbeck, J. (Hrsg.): *Wissen ist keine Kompetenz*. Schneider Verlag Hohengehren GmbH: Baltmannsweiler. S. 1-8.
- Auzinger, M. & K. Luomi-Messerer (2017): *Umsetzung der Lerergebnisorientierung in der österreichischen Berufsbildung - Status Quo. 3s research laboratory*: Wien. <https://www.qualifikationsregister.at/wp-content/uploads/2018/12/3s-Umsetzung-der-Lerergebnisorientierung-in-der-österreichischen-Berufsbildung-Status-Quo.pdf>
- Azuma, R. T. (1997). A Survey of Augmented Reality. In: *Teleoperators and Virtual Environments* 6(4), S. 355–385. URL: <https://www.cs.unc.edu/~azuma/ARpresence.pdf>
- Bäcker, E. & O. Zawacki-Richter. (2012): Kompetenzen Versus Qualifikationen – Hybride Kompetenzerfassung anhand von Portfolios als retrospektive Dokumentation von Kompetenzen in der Hochschule. In: Erpenbeck, J. (Hrsg.) *Der Königsweg zur Kompetenz. Grundlagen qualitativ-quantitativer Kompetenzerfassung*. Waxmann: Münster. S. 89-112.

- Bastigkeit, M. (2011): Lernverhalten und Lernprozesse in der Ausbildung. In: Hündorf, H.P. & R. Lipp (Hrsg.): *Der Lehrrettungsassistent. Lehrbuch für Ausbilder im Rettungsdienst*. Verlag Stumpf + Kossendey mbG: Edewecht. S. 69-94.
- Baumert, J. (2001): *PISA 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Baumgartner, P. et al. (2002): E-Learning Standards aus didaktischer Perspektive. In: Bachmann, G. et al. (Hrsg.): *Campus 2002: Die virtuelle Hochschule in der Konsolidierungsphase*. Waxmann: Münster. S. 277-286.
- Bayeff-Filloff, M. et al. (2001): Schnittstelle Rettungsdienst und Klinik. In: *Notfall & Rettungsmedizin*, 2001 – 4. Springer Verlag: Heidelberg. S.515-518 URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s100490170019>
- Bela, M. & K. Rösch (2014): Konzepte und Methoden - Der Weg zur Lernsituation. In: Ohder, M. et al. (Hrsg.) *Notfallsanitäter-Curriculum. Baden-Württemberg Modell für eine bundesweite Ausbildung*. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart. S. 116-127.
- Bela, M. et al. (2014): Lernfeld 4 - Einen Krankentransport durchführen. In: Ohder, M. et al. (Hrsg.) *Notfallsanitäter-Curriculum. Baden-Württemberg Modell für eine bundesweite Ausbildung*. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart. S. 69-74.
- Benner, P. et. Al. (2000): *Pflegeexperten: Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik*. Huber: Bern.
- Bens, D. & R. Lipp (2014): *Notfallsanitätergesetz. Herausforderungen und Chancen*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht
- Bens, D. (2010): *Rettungsdienst-Management*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht.
- Bergman, M. (2011): The Good, the Bad, and the Ugly in Mixed Methods Research and Design. In: *Journal of Mixed Methods Research* 5 (4). 271-275. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1558689811433236>
- Bergmann, B. (2007²): Selbstkonzept beruflicher Kompetenz. In: Erpenbeck, J. & von Rosenstiel, L. (Hrsg.): *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Schäffer-Poeschel: Stuttgart. S. 194-223.
- Bergmann, G. et al. (2006) Metakompetenzen und Kompetenzentwicklung. *QUEM-Report Schriften zur beruflichen Weiterbildung Heft 95/Teil 2*. Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V.: Berlin. URL: <http://www.abwf.de/content/main/publik/report/2006/report-095-teil2.pdf>
- Binder, S. (2018): *Kranke_Fahrten. Situationsanalyse und rechtliche Problematiken im Österreichischen Patiententransport*. Books on demand: Norderstedt.
- Binkley M. et al. (2012): Defining Twenty-First Century Skills. In: Griffin, P. et al. (Hrsg.): *Assessment and Teaching of 21st Century Skills: Research and Applications*. Springer: Dordrecht. S. 17-66.
- BMB (2017): *Strategie zur Validierung nicht-formalen und informellen Lernens in Österreich*. Bundesministerium für Bildung: Wien. URL: <https://bildung.bmbwf.gv.at/euint/eubildung/vnfil.PDF>
- BMGFJ (2008): *Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend im Rahmen der Konsultation Nationaler Qualifikationsrahmen (NQR) für Österreich* GZ BMGFJ-20900/0040-III/B/4/200. BMGFJ: Wien.
- BMUK & BMWF (2011): *Österreichischer EQR-Zuordnungsbericht*. URL: https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/AT_EQR_Zuordnungsbericht.pdf
- Boam, R. & P. Sparrow (1992): *Designing and achieving competency: a competency-based approach to developing people and organizations*. McGraw-Hill: Berkshire.
- Bohlinger, S. (2010): Validierung von Kompetenzen und Anerkennung von Lernergebnissen – Nationale Ansätze zur Umsetzung europapolitischer Ziele. In: Münk, D. et al. (Hrsg.) *Kompetenzermittlung in der Berufsbildung*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld. S. 37-50.
- Böhm, K. (2016): *EMDR in der Psychotherapie der PTBS. Traumatherapie praktisch umsetzen*. Springer: Berlin.
- Bortz, J. & C. Schuster (2010): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer: Berlin.
- Bortz, J. & N. Döring (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer: Berlin.
- Bowden, J. & G. Masters (1993): *Implications for Higher Education of a Competency-Based Approach to Education and Training*. AGPS: Canberra.
- Breckwoldt, J. (2018): eLearning: neue Technologien zur Reanimationsschulung. In: Neumayr, A. et al (Hrsg.) *Herausforderung Notfallmedizin. Innovation - Vision - Zukunft*. Springer: Berlin. S. 163-172.
- Brodinger, M. (2014): Die Entwicklung des Rettungswesens ausgehend von der Zeit des aufgeklärten Absolutismus bis zur Schaffung des Berufsbildes „Sanitäter“ – eine rechtshistorische Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Wien. Dissertation: Universität Wien. URL: http://othes.univie.ac.at/35465/1/2014-08-07_0500415.pdf

- Bronneberg G. & C. Nemeth. (1997): *Sanitäter und Notfallsanitäter. Ausbildungskonzepte*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG): Wien.
- Bronneberg, G. et al. (1995): *Entwicklung der Ausbildung zum Sanitätsgehilfen im Rettungs- und Krankentransportwesen*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG): Wien.
- Bucher, K. et al. (2019): VRanimate II: training first aid and reanimation in virtual reality. In: *Journal of Computers in Education* Nr. 6. S. 53–78. URL: <https://doi.org/10.1007/s40692-018-0121-1>
- Buhr, S. & S. Ortmann (2007): *Softwaregestützte Arbeit mit KODE@X – ein Beispiel. I: Kompetenzmanagement. Methoden, Vorgehen, KODE@ und KODE@X im Praxistest*. Waxmann: Münster.
- Burgoyne, J. (1988): *Competency based approaches to management development*. Centre for study of management learning: Lanchaster.
- Burkowski, M. & M. Halmich (2016): *SanG. Sanitätergesetz. Kommentar zum Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter*. NWV Verlag GmbH: Wien.
- Burkowski, M. & M. Halmich (2018): Medizinstudenten im Rettungsdienst? Ein juristischer Überblick am Beispiel „Grazer Rettungsmédiziner“. In: *JMG H1*, 2018 – Journal für Medizin- und Gesundheitsrecht. Neuer wissenschaftlicher Verlag: Wien. S. 18-24. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/JMG-Beitrag-Burkowski-Halmich.pdf>
- Burkowski, M. (2015): Die nicht bestandene (Defibrillator-) Rezertifizierung. In: *ÖZPR*, 6/2015. S. 189-191. URL: https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/%C3%96ZPR_2015-06-189-Maximilian-Burkowski.pdf
- Burkowski, M. (2019a): Rettungstransporte in die Primärversorgungseinheit? Juristische Überlegungen. In: ÖGERN (Hrsg.): *Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst*. Tagungsband 6 / 2019. S. 123-129.
- Burkowski, M. et al. (2016): Organisationsrecht und Berufsrecht im Spannungsfeld – Rechtliche Aspekte des Zusammenspiels von Bundes- und Landeskompetenzen am Beispiel des österreichischen Rettungswesens. *RdM* 2016/86, 4. S. 139-143.
- Burzan, N. (2016): *Methodenplurale Forschung. Chancen und Probleme von Mixed Methods*. Beltz-Juventa: Weinheim.
- Busch, M. (2008): Wissen, was die anderen wissen, Transaktives Wissen als Basis erfolgreicher Zusammenarbeit in Teams. In: *Zeitschrift Organisations Entwicklung, Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management*, 27. 1/2008. S.68-76.
- Campbell, D. & D. Fiske (1959): Convergent and Discriminant Validation by the Multitrait-Multimethod Matrix. In: *Psychological Bulletin* 56 (2). S:81-105. URL: [https://marces.org/EDMS623/Campbell%20DT%20&%20Fiske%20DW%20\(1959\)%20Convergent%20and%20discriminant%20validation%20by%20the%20multitrait-multimethod%20matrix.pdf](https://marces.org/EDMS623/Campbell%20DT%20&%20Fiske%20DW%20(1959)%20Convergent%20and%20discriminant%20validation%20by%20the%20multitrait-multimethod%20matrix.pdf)
- CEDEFOP - Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsbildung (2009): *Der Perspektivenwechsel hin zu Lernergebnissen. Entwicklungen im Hinblick auf Konzepte, Politik und Praxis in Europa*. Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsbildung. URL: http://www.cedefop.europa.eu/files/3054_de.pdf
- Chomsky, N. (1969): *Aspekte der Syntax-Theorie. Theorie 2*. Suhrkamp Verlag: Frankfurt a. Main.
- Ciesielski, M. & T. Schutz (2016): *Digitale Führung. Wie die neuen Technologien unsere Zusammenarbeit wertvoller machen*. Springer-Verlag: Heidelberg.
- Cofsky, K. (1993): Critical Keys to Competency-Based Pay. In: *Compensation & Benefits Review.*, November-December 1993. S: 46-52
- Colardyn, D. (2001): *Lifelong learning: which ways forward?* College of Europe: Bruges. URL: http://viaa.gov.lv/files/free/49/749/pet_7_14_IIlen.pdf
- Cremer, L.M. (2020): Simulatorschulung: Mit Vorsicht durch die Rettungsgasse. In: *Rettungsdienst. Jg. 43*. 1/2020. S. 22-25.
- Creswell, J. & P. Clark (2011²): *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Sage: Thousand Oaks.
- Dall, G. (2018): Ein Planungsszenario in Mixed Reality – Simulation von Erreichbarkeiten mit der Microsoft HoloLens. In: *AGIT – Journal für Angewandte Geoinformatik*, 4-2018, S. 2-7. URL: https://gispoint.de/fileadmin/user_upload/paper_gis_open/AGIT_2018/537647001.pdf
- DBR - Deutscher Bundesrat (1970): *Strukturplan für das Bildungswesen*. DBR: Stuttgart.
- Delors, J. (1996): Learning: the treasure within. In: *ED.96/WS/9*. UNESCO publishing: URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590>
- Dick, B. (2011): Action research literature 2008-2010: Themes and trends. In: *Action Research*, 9 (2). S. 122-143. URL: https://www.researchgate.net/publication/239770434_Action_research_literature_2008-2010_Themes_and_trends
- Dick, W.F. (2001) Perspektiven der Notfallmedizin für das 21. Jahrhundert. In: *Notfall + Rettungsmedizin* 2001; 4:. Springer Verlag: Berlin. S. 477-481

- Dieckmann, P. & T. Wehner (2002): Über Grundsätze zur Gestaltung von Simulatorsettings für Forschung und Lehre. In: *Harburger Beiträge zur Psychologie und Soziologie der Arbeit* Nr 31, 2002. S. 1-35. URL: <https://tore.tuhh.de/bitstream/11420/131/1/hb31.pdf>
- Dimitrova, D. (2008): *Das Konzept der Metakompetenz. Theoretische und empirische Untersuchung am Beispiel der Automobilindustrie*. Gabler Edition Wissenschaft: Wiesbaden.
- Dirks, B. (2003): Braucht der Notfallpatient einen Ersthelfer, einen Paramedic oder einen Notarzt? In: *Notfall- und Rettungsmedizin*, 2003-6. S. 393-394.
- Dittler, U. & C. Kreidl (2016): Was nun – stehen wir an der Schwelle zum "Smart Social Learning?". In: Knoll, M. & S. Meinhardt (Hrsg.): *Mobile Computing*, Edition HMD. Springer: Wiesbaden. S. 159-172.
- Dittons, H. & H. Reinders (2011): Überblick Felder der Bildungsforschung. In: Reinders, H. et al (Hrsg.): *Empirische Bildungsforschung. Gegenstandsbereiche*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 69-74.
- Dohmen, G. (2001): *Das informelle Lernen. Die internationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das Lebenslange Lernen aller*. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Bonn. URL: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/das_informelle_lernen.pdf
- Drexel, C. et al. (2018): Mit E-Learning zur proaktiven Sicherheitskultur. In: Neumayr, A. et al. (Hrsg.): *Zukunftswerkstatt Rettungsdienst. Innovative Projekte im Rettungs- und Notarztwesen*. Springer: Berlin. S. 53-63.
- Dückert, S. (2017): Das Netz als Lern-Infrastruktur. In: Erpenbeck, J. & W. Sauter (Hrsg.): *Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz. Bausteine einer neuen Lernwelt*. Schäffer-Poeschel Verlag: Stuttgart. S. 81-92.
- Dudla, H. (2015): *Belastungen im Rettungsdienst. Psychische Beanspruchungen und Bewältigungsstrategien*. Diplomica Verlag: Hamburg.
- Edelmann, D. & R. Tippelt (2007): Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung und Weiterbildung. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*. 10 Jg. Sonderheft 8/2007. S. 129-146.
- Eigler, M. (2012): Ethik in der präklinischen Notfallmedizin am Beispiel des Grazer Rettungswesens. Diplomarbeit Karl-Franzens-Universität Graz. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Ethik-in-der-pr%C3%A4klinischen-Notfallmedizin-Eigler.pdf>
- Eisermann, M. et al (2014): Weiterbildungsbeteiligung – Ursachen unterschiedlicher Teilnehmerquoten in verschiedenen Datenquellen. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 17. Jg., S. 473-495.
- Enke, K. & R. Kuhnke (2013): *Lernfeld Rettungsdienst. Wege zum handlungsorientierten Unterricht*. SK Verlag: Edewecht.
- Enke, K. (2011): Lernfeldorientierte Ausbildung. In: Karutz, H. (Hrsg.): *Notfallpädagogik. Konzepte und Ideen*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 285-307
- Enke, K. (2013): Handeln und Lernen - Lernfeldorientierte Rettungsdienstausbildung. In: Enke, K. & R. Kuhnke (Hrsg.): *Lernfeld Rettungsdienst. Wege zum handlungsorientierten Unterricht*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 125-178.
- Erlar, I. (2009): *Die Allgemeine Erwachsenenbildung und der nationale Qualifikationsrahmen. Modellprojekt zur BürgerInnenkompetenz*. Österreichisches Institut für Erwachsenenbildung: Wien. http://www.oieb.at/upload/3458_NQR_Bericht.pdf
- Erlar, I. (2011): Politische Bildung und der Nationale Qualifikationsrahmen. Über Sinn und Unsinn einer Zuordnung. In: *Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs*. Ausgabe 14, 2011. Wien. S. 10-1 – 10-11. <http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/11-14/meb11-14.pdf>
- Ernst, A. (2020): ZIEL: Neue Fachkräfte für den Rettungsdienst. In: *Rettungsdienst*, 43. Jg. 1/2020. S. 16-20.
- Erpenbeck, J. & B. Brennkmeijer (2007): Werte als Kompetenzkerne des Menschen. Das WERDE-System: Erfassung der Kompetenz-Wert-Kombination von Personen. In: Heyse, V. & J. Erpenbeck (Hrsg.): *Kompetenzmanagement: Methoden, Vorgehen, KODE(R) und KODE(R)X im Praxistest*. Waxmann: Münster. S. 251–292
- Erpenbeck, J. & V. Heyse (2007²): *Die Kompetenzbiographie. Wege der Kompetenzentwicklung*. Waxmann: Münster.
- Erpenbeck, J. & L. von Rosenstiel (2007²a): Einführung. In: Erpenbeck, J. & L. von Rosenstiel (Hrsg.): *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Schäffer-Poeschel: Stuttgart. S. XVII-XLVI.
- Erpenbeck, J. & W. Sauter (2015): *Wissen, Werte und Kompetenzen in der Mitarbeiterentwicklung*. Springer-Gabler: Wiesbaden.
- Erpenbeck, J. & W. Sauter (2016): *Stoppt die Kompetenzkatastrophe! Wege in eine neue Bildungswelt*. Springer: Berlin.
- Erpenbeck, J. & W. Sauter (2017): *Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz. Bausteiner einer neuen Lernwelt*. Schäffer-Poeschel Verlag: Stuttgart.

- Erpenbeck, J. (2001): Wissensmanagement als Kompetenzmanagement. In: G. Franke (Hrsg.): *Komplexität und Kompetenz. Ausgewählte Fragen der Kompetenzforschung*. Verlag Bertelsmann: Bielefeld. S. 102-120.
- Erpenbeck, J. (2006a): Der Programmbereich „Grundlagenforschung“. In: Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V. (Hrsg.): *Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm „Lernkultur Kompetenzentwicklung“. Ergebnisse – Erfahrungen – Einsichten*. Waxmann: Münster. S. 43-86
- Erpenbeck, J. (2006c): Kompetenzbilanzen – Schlüsselmethoden europäischen Kompetenzvergleiches. In: *Kompetenzen bilanzieren. Auf dem Weg zu einer europaweiten Kompetenzerfassung*. Arbeitsgemeinschaft QUEM. Band 20. Waxmann: Münster. S. 7-22.
- Erpenbeck, J. (2007a): *Kompetenzen im Gesundheitswesen*. Studie. Fachhochschule des Mittelstands (FHM): Bielefeld.
- Erpenbeck, J. (2009): Was „sind“ Kompetenzen? In: Faix, W. & M. Auer (Hrsg.): *Talent. Kompetenz. Management*. Steinbeis-Edition: Stuttgart. S. 79-136.
- Erpenbeck, J. (2010a): Ideale, Werte und Kompetenzen. In: Heyse, V. et al. (Hrsg.): *Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen. Praxiserprobte Konzepte und Instrumente*. Waxmann: Münster. S. 121-122.
- Erpenbeck, J. (2010b): Kompetenzen – eine begriffliche Klärung. In: Heyse, V. et al. (Hrsg.): *Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen. Praxiserprobte Konzepte und Instrumente*. Waxmann: Münster. S. 13-20.
- Erpenbeck, J. (2010d): Werte als Kompetenzkerne. In: Schweizer, G. et al. (Hrsg.): *Wert und Werte im Bildungsmanagement. Nachhaltigkeit – Ethik – Bildungscontrolling*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld. S. 41-66.
- Erpenbeck, J. (2012): Zwischen exakter Nullaussage und vieldeutiger Beliebigkeit. Hybride Kompetenzerfassung als künftiger Königsweg. In: Erpenbeck, J. (Hrsg.) *Der Königsweg zur Kompetenz. Grundlagen qualitativ-quantitativer Kompetenzerfassung*. Waxmann: Münster.
- Erpenbeck, J. (2014): #PIAAC. Stichwort: „Kompetenzen“. In: *DIE Magazin*. 3/2014. S. 20-21. URL: <https://www.die-bonn.de/zeitschrift/32014/kompetenz-01.pdf>
- Erpenbeck, J. (2017³): 6. Brief. In: Arnold, R. & Erpenbeck, J. (Hrsg.): *Wissen ist keine Kompetenz*. Schneider Verlag Hohengehren GmbH: Baltmannsweiler. S. 60-88.
- Erpenbeck, J. (2018): *Wertungen, Werte – Das Buch der Grundlagen für Bildung und Organisationsentwicklung*. Springer Verlag: Heidelberg.
- Erpenbeck, J. et al (2006b): Metakompetenzen und Kompetenzentwicklung. QUEM-report. In: *Schriften zur beruflichen Bildung*. Heft 95/Teil 1. Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e. V.: Berlin. <http://www.abwf.de/content/main/publik/report/2006/report-095-teil1.pdf>
- Europäische Kommission - EK (2005): *Arbeitsunterlage der Kommissionsstellen. Auf dem Weg zu einem europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. EK: Brüssel.
- Europäische Kommission (2007): *Schlüsselkompetenzen für Lebenslanges Lernen. Ein Europäischer Referenzrahmen*. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg. URL: <https://publications.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/5719a044-b659-46de-b58b-606bc5b084c1>
- Europäische Kommission (2016): *Vorschlag für eine EMPFEHLUNG DES RATES über den Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen und zur Aufhebung der Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen*. EK: Brüssel. URL: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/DE/1-2016-383-DE-F1-1.PDF>
- Europäische Kommission (2018a): *Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zu Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen*. EK: Brüssel. URL: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:395443f6-fb6d-11e7-b8f5-01aa75ed71a1.0010.02/DOC_1&format=PDF
- Europäische Kommission (2018b): *Anhang des Vorschlags für eine Empfehlung des Rates zu Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen*. EK: Brüssel. URL: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:395443f6-fb6d-11e7-b8f5-01aa75ed71a1.0010.02/DOC_2&format=PDF
- Europäische Kommission (2019): *Der europäische Qualifikationsrahmen: Förderung des Lernens, der Beschäftigung und der grenzüberschreitenden Mobilität*. EU: Luxemburg. URL: https://www.qualifikationsregister.at/wp-content/uploads/2019/09/EQF-Interactive_Brochure_DE.pdf
- Fakioglu, E. & A. Nikendei (2016): "Schon wieder ein Praktikant?" Strukturiertes Einlernen auf dem RTW als professionelle Kompetenz. In: *Rettungsdienst*. Jg. 39. 6/2016. S. 29-35.

- Faust, M. & R. Holm (2001): Formalisierte Weiterbildung und informelles Lernen. In: *QUEM-Report*, Heft 69, ABW: Berlin. S. 67-108.
URL:
<http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/formalisierte%20weiterbildung%20und%20informelles%20lernen.pdf>
- Feldmann, K. (2006⁴): *Soziologie kompakt*. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Fieber, G. (2009): Haftung der Rettungsorganisationen für ihre Einsatzkräfte aus strafrechtlicher Sicht. Masterarbeit: Johannes Kepler Universität Linz. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Haftung-der-Rettungsorganisationen-f%C3%BCr-ihre-Einsatzkr%C3%A4fte-aus-strafrechtlicher-Sicht-Master-Thesis-PLL.M.-Fieber-2009.pdf>
- Figl, S. (2011): Dolmetschen im Gesundheitswesen – Kommunikationsschwierigkeiten im österreichischen Rettungsdienst. Masterarbeit: Universität Wien. URL: http://othes.univie.ac.at/13871/1/2011-03-29_0304607.pdf
- Fischer, C. (2019): *Werte als Kerne von Kompetenzen. Eine theoretische Studie mit einer empirischen Analyse in Montessori-Schulen*. Waxmann: Münster.
- Fischer, M. (2010): Über das Verhältnis von Wissen und Handeln in der beruflichen Arbeit und Ausbildung. In: Münk, D. et al. (Hrsg.) *Kompetenzermittlung in der Berufsbildung*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld. S. 237-250.
- Fischer, V. (2005): Interkulturelle Kompetenz – ein neues Anforderungsprofil für die pädagogische Profession. In: Fischer, V. et al. (Hrsg.) *Interkulturelle Kompetenz: Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung*. Wochenschau: Schwalbach. S.33-47.
- Flake, F. (2019): Alternativen zum Krankenhaustransport und die Rolle der Gemeindenotfallsanitäter in Oldenburg. In: ÖGERN (Hrsg.) *Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst*. Tagungsband 6/2019. S.113-121.
- Flick, U. (2013): *Triangulation, Eine Einführung*. VS Springer. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Francois-Kettner, H. (2010): Delegation und Substitution: Geht es auch ohne Ärzte? In: Jörz, A. & B. Uphoff (Hrsg.) *Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt*. Springer Verlag: Heidelberg. S. 87-90.
- Frankl, M. (2008): Zur Effizienz und Effektivität von Rettungsorganisationen am Beispiel Wien. Diplomarbeit Universität Wien.
- Frankl, V. (1982³): *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn: eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*. Piper: München.
- Frey, D. et al. (2016): Einführung und konzeptionelle Klärung. In: D. Frey (Hrsg.): *Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie*. Springer: Berlin. S. 1-12.
- Fromm, A. (2019a): "Lass uns das mal simulieren!" In: *Rettungs-Magazin 2/2019*. S. 38-42.
- Fromm, A. (2019b): Lernfeld Rettungsdienst. Frontalunterricht war gestern. In: *Rettungs-Magazin 5/2019*. S. 62-65.
- Gasch, B. & F. Lasogga (2014): Umgang mit Migranten und Ausländern. In: Atzbach et al. (Hrsg.) *Notfallsanitäter upgrade. Vorbereitung auf die Ergänzungsprüfung*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S.49-50.
- Geldermann, B. et al. (2005): *Lernkulturen und strategische Kompetenzentwicklungsprogramme in Unternehmen*. QUEM-Materialien Nr. 62. Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V.: Berlin.
<http://www.abwf.de/content/main/publik/materialien/materialien62.pdf>
- Gerlach, C. (2011): Sozialpsychologische Aspekte der Ausbildung. In: Hündorf, H.P. & R. Lipp (Hrsg.): *Der Lehrrettungsassistent. Lehrbuch für Ausbilder im Rettungsdienst*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 33-68.
- Giesler, M. et al. (2011): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Kompetenzen in der Medizin: Ergebnisse zur Reliabilität und Validität. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2011. Vol. 28(2). URL: <http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000743.shtml>
- Girsa, M. (2019): Das Field-Supervisor-System: Bewährte Praxis im Wiener Rettungsdienst. In: *Rettungsdienst Jg. 42*, 10/2019. S. 44-47.
- Girstmair, H. et al (2018): Auditierung und Kompetenzschulung der Mitarbeiter im Rettungsdienst. In: Neumayr, A. et al (Hrsg.): *Zukunftswerkstatt Rettungsdienst. Innovative Projekte im Rettungs- und Notarztwesen*. Springer: Berlin. S. 166-176.
- Gläser-Zikuda, M. & S. Järvelä (2008): Qualitative and quantitative approaches to enrich understanding of emotional and motivational aspects of learning. In: *International Journal of Educational Research*, 47. S.79-83.
- Gläser-Zikuda, M. et al. (2012): Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung – eine Einführung in die Thematik. In: Gläser-Zikula et al. (Hrsg.): *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung*. Waxmann: Münster.
- Gnahn, D. (2002): Die Rolle der Lehrenden im Wandel. In: Faulstich, P. et al. (Hrsg.): *Praxishandbuch Selbstbestimmtes Lernen. Konzepte, Perspektiven und Instrumente für die berufliche Aus- und Weiterbildung*. Juventa: Weinheim. S.115-120.
- Gnahn, D. (2010): *Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente*. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE), W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG: Bielefeld.

- Gnahs, D. (2011): *Competencies: How they are acquired and measured*. Barbara Budrich Publishers: Opladen.
- Golisch, B. (1997): *Ausbildungsordnungen als berufspädagogisches Konstrukt: Entwicklungen, Bedingungen, Gestaltungen*. Verlag Peter Lang: Frankfurt a.M.
- Grabinsky, A. & A. Schubert (2012): Eignet sich das Paramedic-System für den Rettungsdienst in Deutschland? Ein Vorschlag. In: *Rettungsdienst* 35. Jg. 7/2012. S. 18-25.
- Graf, A. (2019²): *Selbstmanagementkompetenz in Organisationen stärken. Leistung, Wohlbefinden und Balance als Herausforderung*. Springer-Gabler: Wiesbaden.
- Grant, K. & A. McParland (2019): Applications of artificial intelligence in emergency medicine. In: *UTMJ - University of Toronto Medical Journal*. 1/2019. S. 37-39. URL: <http://utmj.org/index.php/UTMJ/article/view/1151/1177>
- Gräsel, C. (2011): Was ist Empirische Bildungsforschung?. In: Reinders, H. et al. (Hrsg.) *Empirische Bildungsforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 13-27.
- Green, N. & K. Green (20052): *Kooperatives Lernen im Klassenraum und im Kollegium. Ein Trainingsbuch*. Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH: Seelze-Velber.
- Gretenkort, P. et al. (2017): Einsatz von Notärzten in Ländern mit Paramedic-System. *Notarzt* 2017, 33(06). S. 272-278
- Grönheim, M. & C. Kemperdick (2018): *Ausbildung und praktische Anleitung am Lernort Rettungswache. Ausbilden im Rettungsdienst. Band 1*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht
- Gruber, E. & E. Nuissl (2018): Editorial. In: *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*. 41: S.101-107. URL: <https://doi.org/10.1007/s40955-018-0119-3>
- Gruber, E. & M. Kastner (2005): *Gesundheit und Pflege an die Fachhochschule? Studie zu Status quo und Trends im Berufsfeld und in der Aus- und Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegewesen*. WUV: Wien.
- Gruber, E. & M. Kastner (2006): quo vadis pflegeausbildung? ergebnisse einer studie für den österreichischen fachhochschulrat. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 08-09/06. S.27-28. URL: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/gruber_kastner2006_ausbildung_pflege.pdf
- Gruber, E. & M. Klemenjak (2016): Lebensbegleitende Bildung – zwischen Müssen, Wollen und Können. In: Klemenjak, M. & H. Pichler (Hrsg.): *Die SOZIALEN FRAGEN im 21. Jahrhundert. Erkennen – benennen – verändern*. Schriftenreihe Arbeit und Bildung. AK Kärnten: Klagenfurt. S. 35-45. https://kaernten.arbeiterkammer.at/service/broschueren/bildung/Arbeit_Bildung_gesamt.pdf
- Gruber, E. & G. Wiesner (2012): Verschlungene Pfade der Professionalisierung von Erwachsenenbildern und Weiterbildnerinnen. Anerkennung vorhandener Kompetenzen als zeitgemäße Anforderung. In: Gruber, E. & G. Wiesner (Hrsg.): *Erwachsenenpädagogische Kompetenzen stärken. Kompetenzbilanzierung für Weiterbildner/-innen*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld. S.9-22.
- Gruber, E. (2001): *Beruf und Bildung – (k)ein Widerspruch. Bildung und Weiterbildung in Modernisierungsprozessen*. StudienVerlag: Innsbruck.
- Gruber, E. (2014): Zwei Modelle – ein Ziel: Erwachsenenpädagogische Kompetenzen bilanzieren, validieren, zertifizieren und erwerben. In: Heyse, V. (Hrsg.): *Aufbruch in die Zukunft. Erfolgreiche Entwicklung von Schlüsselkompetenzen in Schulen und Hochschulen. Aktuelle persönliche Erfahrungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Waxmann: Münster. S. 357-368.
- Gründling, J. (2011): Die Dokumentationspflicht und das Einsichtsrecht des Patienten in die Krankengeschichte. Dissertation: Universität Wien. URL: http://othes.univie.ac.at/16450/1/2011-07-28_9755333.pdf
- Gschnaller, B. (2012): *Notkompetenzen im Rettungsdienst Österreich. Rechtliche Möglichkeiten und datenbasierte Bedarfsanalyse*. Akademikerverlag: Saarbrücken.
- Gürtler, L. & G. Huber (2006): The ambiguous use of language in the paradigms of QUAN and QUAL. In: *Qualitative Research in Psychology*, 3, S. 313-328.
- Gürtler, L. & G. Huber (2012): Triangulation. Vergleiche und Schlussfolgerungen auf der Eben der Datenanalyse. In: Gläser-Zikuda et al. (Hrsg.): *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung*. Waxmann: Münster.
- Gutschow, K. & J. Jörgens, J. (2018): Herausforderungen bei der Einführung von Verfahren zur Validierung nichtformalen und informellen Lernens in Deutschland. In: *BiBB Report* 1/2018 URL: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/8607>
- Hacker, W. (1998): *Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. VEB: Bern

- Hackl, C. (2015): Kompetenzprofil für den exekutiven Polizeidienst in Zivil. Entwicklung und Überprüfung eines Kompetenzprofils anhand des KODE@-/KODE@X-Kompetenzermittlungsverfahrens am Beispiel der „Einsatzgruppe zur Bekämpfung der Straßensriminalität – Wien“. In: Heyse, V., Erpenbeck, J. & S. Ortmann. (Hrsg.): *Kompetenz ist viel mehr. Erfassung und Entwicklung von fachlichen und überfachlichen Kompetenzen in der Praxis*. Waxmann: Münster. S. 236-254
- Hackstein, A. (2011): Planspieltraining. In: Karutz, H. (Hrsg.): *Notfallpädagogik. Konzepte und Ideen*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 348-366.
- Hadasch, M. & D. Bens (2014): Kommentierung des Notfallsanitätergesetzes. In: Bens, D. & R. Lipp (Hrsg.): *Notfallsanitätergesetz. Herausforderungen und Chancen*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 43-126.
- Hager, P. et al. (1994): *Assessment – Technical Manual*. AGPS: Canberra.
- Halmich, M. (2012a): *Recht für Sanitäter und Notärzte*. Manz: Wien.
- Halmich, M. (2012b): Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung Tätigkeitsbereiche von Sanitätern und Notärzten. In: *RdM*, 4. August 2012/88. S. 124-128.
- Halmich, M. (2015a): Rechtliche Überlegungen zur Systemoptimierung im österreichischen Rettungsdienst. In: ÖGERN (Hrsg.) *System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin*. Tagungsband 2 / 2015. NWV: Wien. S. 31-44.
- Halmich, M. (2015b): Rettungswesen und Berufsrecht. In: *ZVR 2015/246*. Manz: Wien. S. 503-507. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Halmich-Rettungswesen-und-Berufsrecht-Analyse-2015.pdf>
- Halmich, M. (2017): *Recht für Sanitäter in Ausbildung. Mit Berufsmodul. Ausbildungsliteratur für Gesundheitsberufe - Band IV*. Educa Verlag: Wien.
- Halmich, M. (2019c): Berufsgruppenmix und die dazugehörigen Kompetenzen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe. In: ÖGERN (Hrsg.): *Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst*. Tagungsband 6 / 2019. S. 31-45.
- Halmich, M. et al. (2017): Rechtsrahmen der Telemedizin. In: *Das Österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ*. 58. Jg. S. 32-34. URL: https://www.researchgate.net/publication/321716756_Rechtsrahmen_der_Telemedizin
- Hannig, C. (2006): Interkulturelle Kommunikation im Rettungsdienst. In: Kumbier, D. & F. Schulz von Thun. (Hrsg.) *Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele*. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Hamburg. S. 229-247.
- Hansak, P. & K. Pessenbacher (2012): Lachgas im Rettungsdienst: Ergebnisse eines Pilotprojekts. In: *Rettungsdienst*, 35. Jg. 7/2012. S. 50-56.
- Hauer, B. (2017): Dolmetschen im Rettungsdienst am Beispiel eines Telefondolmetschdienstes einer österreichischen Rettungsleitstelle. Masterarbeit: Universität Wien. URL: <http://othes.univie.ac.at/48075/1/50926.pdf>
- Hausreither, M. & S. Kanhäuser (2004): *Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar*. WUV: Wien.
- Heil, S. (2015): *Das Assessment Center. Möglichkeiten und Grenzen in der Personalwahl für Auszubildende zum Notfallsanitäter*. Grin: Norderstedt.
- Hellmich, C. (2010): *Qualitätsmanagement und Zertifizierung im Rettungsdienst. Grundlagen - Techniken - Modelle - Umsetzung*, Springer: Berlin.
- Hellwagner, K. (2011): Der Leitende Notarzt im Spannungsfeld zwischen Berufsrecht, Landesrecht und Dienstrecht. Masterarbeit: Johannes Kepler Universität: Linz. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Masterthesis-Hellwagner-LNA.pdf>
- Hellwagner, K. (2015a): Rettungseinsatz versus Notarzteinsatz in Österreich – ein Abgrenzungsversuch. In: ÖGERN (Hrsg.) *System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin*. Tagungsband 2 / 2015. NW-Verlag: Wien-Graz.
- Herbek, S. (2019): Telefonische Gesundheitsberatung „1450“ Wien. In: ÖGERN (Hrsg.): *Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst*. Tagungsband 6 / 2019. S. 151-157.
- Herold, C. & M. Herold (2011). *Selbstorganisiertes Lernen in Schule und Beruf*. Weinheim: Beltz.
- Herzog, G. (2014²): Angewandte Psychologie und Stressbewältigung. In: Hansak, P. et al. (Hrsg.): *LPN Notfall-San Österreich. Lehrbuch für Notfallsanitäter, Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen und Lehrsanitäter*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 1101-1126.
- Heyse V. & A. Schircks (2012): *Kompetenzprofile in der Humanmedizin. Konzepte und Instrumente für die Ausrichtung von Aus- und Weiterbildung auf Schlüsselkompetenzen*. Waxmann: Münster.
- Heyse, V. & A. Schircks (2012a): Einleitung. In: Heyse, V. & A. Schircks (Hrsg.): *Kompetenzprofile in der Humanmedizin. Konzepte und Instrumente für die Ausrichtung von Aus- und Weiterbildung auf Schlüsselkompetenzen*. Waxmann: Münster. S. 11-14.

- Heyse, V. & A. Schircks (2012b): Kompetenzprofile Humanmedizin und Bedarf im Arbeitsmarkt. In: Heyse, V. & A. Schircks (Hrsg.): *Kompetenzprofile in der Humanmedizin. Konzepte und Instrumente für die Ausrichtung von Aus- und Weiterbildung auf Schlüsselkompetenzen*. Waxmann: Münster. S. 15-78.
- Heyse, V. & J. Erpenbeck (1997): *Der Sprung über die Kompetenzbarriere. Kommunikation, selbstorganisiertes Lernen und Kompetenzentwicklung von und in Unternehmen*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld.
- Heyse, V. & J. Erpenbeck (2009²): *Kompetenztraining. Informations- und Trainingsprogramme*. Schäffer-Poeschl: Stuttgart.
- Heyse, V. & J. Erpenbeck (2010): Qualitätsanforderung an KODE®. In: Heyse et al. (Hrsg.) *Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen. Praxiserprobte Konzepte und Instrumente*. Waxmann: Münster.
- Heyse, V. (2007): Strategien – Kompetenzanforderungen – Potenzialanalysen. In: Heyse, V. & Erpenbeck, J. (Hrsg.) *Kompetenzmanagement. Methoden, Vorgehen, KODE® und KODE®X im Praxistest*. Waxmann: Münster. S. 11-180.
- Heyse, V. (2008) *Mut zur Kompetenzentwicklung – Erkennen und Fördern von Kompetenzen der MitarbeiterInnen in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen*. Tagungsbeitrag - Fachhochschule Bielefeld.
- Heyse, V. (2010): Verfahren zur Kompetenzermittlung und Kompetenzentwicklung. KODE® im Praxistest. In: Heyse, V. et al. (Hrsg.) *Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen. Praxiserprobte Konzepte und Instrumente*. Waxmann: Münster. S. 55-174.
- Heyse, V. (2012): Hybride Kompetenzerfassung und -entwicklung. In: Erpenbeck, J. (Hrsg.): *Der Königsweg zur Kompetenz. Grundlagen qualitativ-quantitativer Kompetenzerfassung*. Waxmann: Münster. S. 239-254.
- Heyse, V. et al (2015): *Kompetenz ist viel mehr. Erfassung und Entwicklung von fachlichen und überfachlichen Kompetenzen in der Praxis*. Waxmann: Münster.
- Heyse, V. et al. (2002): *Kompetenzprofiling. Weiterbildungsbedarf und Lernformen in Zukunftsbranchen*. Waxmann: Münster.
- Heyse, V. et al. (2010) *Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen. Praxiserprobte Konzepte und Instrumente*. Waxmann: Münster.
- Heyse, V. et al. (2012): KompetenzAtlas Humanmedizin (Schweiz). In: Heyse V. & A. Schircks (Hrsg.): *Kompetenzprofile in der Humanmedizin. Konzepte und Instrumente für die Ausrichtung von Aus- und Weiterbildung auf Schlüsselkompetenzen*. Waxmann: Münster. S. 156-216.
- Hiermayer, D. (2019): *Arzneimittellisten im Sanitätergesetz*. NWV: Graz.
- Hochreiter, G. & F. Zehetner (2012): Kompetenzmanagement als ein Schlüssel zur High-Performance-Kultur. In: Niedermair, G. (Hrsg.): *Kompetenzen entwickeln, messen und bewerten*. Trauner: Linz. S. 369-384.
- Hoffmann, T. (1999): The meanings of competency. In: *Journal of European Industrial Training*, 23/6, S. 275-285.
- Hofmann, J. (2017): Ausgewählte Probleme der Eigenmächtigen Heilbehandlung im Rettungsdienst. Diplomarbeit: Johannes Kepler Universität Linz. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Ausgewählte-Probleme-der-Eigenmächtigen-Heilbehandlung-im-Rettungsdienst.pdf>
- Holzer, F. (2014): Die Verwendung des Larynxtubus in österreichischen Rettungsorganisationen. Diplomarbeit: Medizinische Universität Graz. URL: https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=42927&pAutorNr=68154&pOrgNR=1
- Holzer, G. et. Al. (2012): *Berufskunde für den Österreichischen Sanitäter*. Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs - Facultas: Wien.
- Hoopes, D. (1981): Intercultural communication concepts and the psychology of intercultural experience. In: Push M. (Hrsg.): *Multicultural Education. A Cross-Cultural Training Approach*. Nicholas Brealey Publishing: Chicago, S. 9-38.
- Höppner, K. & A. Kuhlmeier (2009): Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. In: *Gesundheit und Gesellschaft*. Vol. 9/2009: S. 7-14. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0409_hoepfner_kuhlmeier.pdf
- Hubmayr, D. (2018): Rettungsdienst im Wandel: Ökonomie und Qualität – ein Widerspruch? In: Neumayr, A. et al. (Hrsg.): *Herausforderung Notfallmedizin. Innovation – Vision- Zukunft*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht
- Hündorf, H.P. & J. Bender (2014): Grundlagen einer fachbezogenen Konversation in Englischer Sprache. In: Atzbach et al. (Hrsg.): *Notfallsanitäter upgrade. Vorbereitung auf die Ergänzungsprüfung*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 81-93.
- Hündorf, H.P. & R. Lipp (2011): *Der Lehrrettungsassistent. Lehrbuch für Ausbilder im Rettungsdienst*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht.
- Hündorf, H.P. & R. Lipp (2016): *Der Praxisanleiter: Lehrbuch für Ausbilder im Rettungsdienst*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht.

- Hündorf, H.P. (2017): Auswahlverfahren im Rettungsdienst: Ergebnisse einer internen Umfrage. In: *Rettungsdienst. Jg. 40. 1/2017. S. 22-24.*
- Hüther, G. (2016): *Mit Freude lernen – ein Leben lang.* Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Immervoll, T. (2015): Paramedics: Ein Zukunftsmodell für Österreich? In: *Rettungsdienst 38 Jg. 3/2015. S. 10-14.*
- Jochum, J. (2017): Rettungsdienst und Vergaberecht. Auswirkungen des neuen Vergaberechts auf das österreichische Rettungsverbundsystem. Masterarbeit: Leopold-Franzens-Universität Innsbruck. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Rettungsdienst-und-Vergaberecht-PDF.pdf>
- Johnson, D. & R. Johnson (1999⁵): *Learning Together and Alone. Cooperative, Competitive & Individualistic Learning.* Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Johnson, D. & R. Johnson (2008): Wie kooperatives Lernen funktioniert. Über die Elemente einer pädagogischen Erfolgsgeschichte. In: *Friedrich Jahresheft, 26, S. 16-20.*
- Kanacher, B. (2005): *KCI: Kompetenz Center Inklusion(-ismus).* E.v. Bonn
- Karutz, H. (2008): Förderung beruflicher Handlungskompetenz in der Ausbildung von Rettungsassistenten. In: *Rettungsdienst 31. Jg. 1/2008. S.30-37.*
- Karutz, H. (2011a): *Notfallpädagogik. Konzepte und Ideen.* Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht.
- Karutz, H. (2011b): "Den kenne ich doch!" Konfrontation von Einsatzkräften mit persönlich bekannten Notfallopfern. In: *Rettungsdienst. 34 Jg. 9/2011. S. 40-44.*
- Karutz, H. (2011c): Kompetenzentwicklung. In: Karutz, H. (Hrsg.): *Notfallpädagogik. Konzepte und Ideen.* Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 308-320.
- Karutz, H. (2013): Handlungsfähig bleiben – aber wie? Selbsthilfestrategien bei akuter Belastung im Einsatz. In: *Notarzt, 2013 (29). S. 58-63.*
- Karutz, H. (2014a): Pädagogische Überlegungen zur Notfallsanitäter-Ausbildung: Kompetenzentwicklung der künftigen Notfallsanitäter. In: *Rettungsdienst. 37 Jg. S. 20-27.* URL: https://www.harald-karutz.de/wp-content/uploads/2019/09/Artikel_Notfallsanit%C3%A4terausbildung_1.pdf
- Karutz, H. (2014b): Pädagogische Überlegungen zur Notfallsanitäter-Ausbildung: Veränderungen im System. In: *Rettungsdienst Jg. 38. 11/2014 S. 38-44.* URL: https://www.harald-karutz.de/wp-content/uploads/2019/09/Artikel_Notfallsanit%C3%A4terausbildung_2.pdf
- Karutz, H. (2015): Pädagogische Überlegungen zur Notfallsanitäter-Ausbildung: Veränderung im System. In: *Rettungsdienst, 38 Jg. 1/2015.S. 38-44.* URL: https://www.harald-karutz.de/wp-content/uploads/2019/09/Artikel_Notfallsanit%C3%A4terausbildung_2.pdf
- Kaschek, B. & I. Schumacher (2015): *Führungspersönlichkeiten und ihre Erfolgsgeheimnisse: Management und Leadership im 21. Jahrhundert.* Springer Gabler: Wiesbaden.
- Katzenmeier, C. & S. Schrag-Slavu (2010): *Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst.* Springer: Heidelberg.
- Kelle, U. (2007): *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte.* Springer VS, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Kellner, W. (2015): Nationaler Qualifikationsrahmen, Validierung und die Kompetenzentwicklung im Freiwilligenbereich. In: Arbesleitner, B. et al. (Hrsg.) *Perspektiven „Lebenslanges Lernen & Freiwilliges Engagement“.* Wiener Plattform für FreiwilligenkoordinatorInnen: Wien. S. 26-40. URL: <http://ehrenamtsboerse.at/wp-content/uploads/2015/10/Perspektiven-LLL-und-freiwilliges-Engagement.pdf>
- Kernbichler, G. (2014): Kooperatives Lernen. Ein hochschuldidaktisches Konzept in der Ausbildung zukünftiger Pädagoginnen und Pädagogen. In: Lenz, W. et al. (Hrsg.): *Lehren lehren. Dynamische Professionalität in der PädagogInnenbildung.* Leykam: Graz. S. 108-120
- Kerres, M. (2006): Potenziale von Web 2.0 nutzen - vorläufige Fassung 5. August 2006. In: Hohenstein, A. & K. Wilbers (Hrsg.): *Handbuch E-Learning.* DWD: München. URL: https://learninglab.uni-due.de/sites/default/files/web20-a_0.pdf
- Kimlicka, D. (20137): EMS Systems. In: Caroline, N. (Hrsg.) *Nancy Caroline's Emergency Care in the Streets.* Jones & Bartlett Learning: Burlington. S. 4-31.
- Kirschner, M. (1938): Der Verkehrsunfall und seine erste Behandlung. In: *Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie 193.* Verlag Julius Springer: Berlin. S. 230-302.
- Klingberg, L. (1986³): *Unterrichtsprozess und didaktische Fragestellung: Studien und Versuche.* Volk und Wissen: Berlin

- KMK – Kultusministerkonferenz (2011): *Handreichung für die für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. Sekretariat der Kultusministerkonferenz Referat Berufliche Bildung, Weiterbildung und Sport: Berlin. URL: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf
- Knapp et al. (2008): Besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Vitalgefährdung und der notfallmedizinischen Erfahrung des Notarztes? In: *Anaesthesist* 2008, 57. S. 1069-1074.
- Kocher, D. & B. Pilshofer (2001): *Patientenrechte und Patientenverantwortung im Krankenhaus*. Wissenschaftsladen: Graz.
- Koppelstätter, C. (2018): Werkzeuge zur interkulturellen Verständigung im RD. In: Neumayr, A. et al. (Hrsg.): *Herausforderung Notfallmedizin. Innovation – Vision – Zukunft*. Springer: Berlin.
- Koppenberg, J. et al. (2011): Patientensicherheit im Rettungsdienst. Welchen Beitrag können CRM und Teamarbeit leisten? In: *Der Notarzt*, 27. S. 249–254
- Koppensteiner, S. (2014): Ausbildung und Kompetenzen in der Präklinik: Status quo und Reformbestrebungen. In: ÖGERN (Hrsg.) *Notfallmedizin: Eine interdisziplinäre Herausforderung*. Tagungsband 1 / 2014. NW Verlag: Wien. S. 11-18.
- Koppensteiner, S. (2015): Podiumsdiskussion: Kann durch eine Kompetenzerweiterung bei Sanitätern die Qualität des österreichischen Rettungswesens verbessert werden? In: ÖGERN (Hrsg.) *System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin*. Tagungsband 2 / 2015. NW-Verlag: Wien-Graz.
- Koppensteiner, S. et al. (2019): Podiumsdiskussion: Primärversorgung in Österreich – ein vielversprechendes Konzept? In: ÖGERN (Hrsg.): *Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst*. Tagungsband 6 / 2019. S. 139-149.
- Kraft, S. (1999): Selbstgesteuertes Lernen. Problembereiche in Theorie und Praxis. In: *Zeitschrift für Pädagogik Jg. 45* 6/1999. S. 833-845. URL: https://www.pedocs.de/volltexte/2012/5979/pdf/ZfPaed_1999_6_Kraft_Selbstgesteuertes_Lernen.pdf
- Kranz, K. (2012): Blended Learning: Virtuelle Lernplattformen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. In: *Rettungsdienst. Jg. 35*. 2/2012. S. 20-26.
- Kremer, M. (2001): Was Berufsbildung wert ist: Kompetenzentwicklung als Chance und Herausforderung. In: Münk, D. et al. (Hrsg.): *Kompetenzermittlung für die Berufsbildung*. W. Bertelsmann: Bielefeld. S.51-58.
- Krumm et. Al. (2012) *Kompetenzmodelle*. Hogrefe: Göttingen.
- Kuckartz, U. (2014): *Mixed Methods, Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer VS, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Kuhnke, R. (2011): Blended Learning. In: Karutz, H. (Hrsg.): *Notfallpädagogik. Konzepte und Ideen*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 367-384.
- Kuhnke, R. (2013): Medien. In: Enke, K. & R. Kuhnke (Hrsg.): *Lernfeld Rettungsdienst. Wege zum handlungsorientierten Unterricht*. SK Verlag: Edewecht. S. 84-124.
- Kupfermagel, K.K. (2016): Grundlagen des Lernens und Lehrens. In: Hündorf, H.P. & Lipp, R. (Hrsg.): *Der Praxisanleiter. Lehrbuch für Ausbilder im Rettungsdienst*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 106-134.
- Kutalek, R. (2012): Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. In: *Wiener klinische Wochenschrift*. 124 (Suppl: 3). S.3-9.
- Lackner, C.K. et al. (2010): Dream Teams are made – not born! In: *Notfall + Rettungsmedizin Jg. 13*, 2010. S. 347–348.
- Lang, B. et al. (2010): Teamtraining in der Luftrettung. In: *Notfall Rettungsmedizin Jg.13*, 2010. S. 368–374. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-009-1274-2#citeas>
- Langewand, S. (2016): Lernmodelle. In: Hündorf, H.P. & R. Lipp (Hrsg.) *Der Praxisanleiter: Lehrbuch für Ausbilder im Rettungsdienst*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht.
- Langewand, S. (2018): Selbstorganisiertes Lernen (SOL): Ausbildungskonzept zur Kompetenzsteigerung für Notfallsanitäter. In: Neumayr, A. et al (Hrsg.): *Zukunftswerkstatt Rettungsdienst. Innovative Projekte im Rettungs- und Notarztwesen*. Springer: Berlin. S. 157-164.
- Langgner, D. (2014): Blended Learning. Auftrag, Chance und Benefit. In: Lenz, W. et al. (Hrsg.): *Lehren lehren. Dynamische Professionalität in der PädagogInnenbildung*. Leykam: Graz. S. 255-269.
- Lang-von Wins, T. (2009): Biografiegestützte Kompetenzdiagnose. In: Faix, W. & M. Auer (Hrsg.): *Talent. Kompetenz. Management*. Steinbeis University: Berlin. S. 265-284.
- Lasogga, F. & B. Gasch (2014³): *Notfallpsychologie. Ein Kompendium für Einsatzkräfte*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht.

- Lassnigg, L. & S. Vogtenhuber (2007): Status quo lernergebnisorientierter Qualifikationsbeschreibungen in Österreich. In: Lassnigg, L. & S. Vogtenhuber (Hrsg.) *Enbericht: Entwicklung eines Nationalen Qualifikationsrahmen für Österreich – Vertiefende Analysen*. BMWF: Wien. URL: <http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/NQR%20-%20nationaler%20qualifikationsrahmen.pdf>
- Lassnigg, L. (2011): Editorial. In: *Magazin erwachsenenbildung.at*. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 14, 2011. Wien. S. 01-01 – 01-12. URL: <http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/11-14/meb11-14.pdf>.
- Lassnigg, L. (2013): "Evidence" about "Outcome Orientation" – Austrian experience with European policies. Institute for Advanced Studies: Wien. URL: <http://www.equi.at/dateien/ECER09-VIE-proceedings2.pdf>
- Lassnigg, L. (2019): Paradoxe, unintendierte Begleiterscheinungen von Validierung non-formalen und informellen Lernens. In: *Magazin erwachsenenbildung.at*. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 37, 2019. Wien S.08-1 – 08-13. URL: <https://erwachsenenbildung.at/magazin/19-37/meb19-37.pdf>
- Lau, G. & C. Petrasch (2010) Anwendung eines KODE®-basierten Drei-Schritte-Modells zur Erstellung eines realistischen Selbstbildes als Bestandteil der Studienwahlkompetenz von Gymnasiasten. In: Heyse, V. et al. (Hrsg.) *Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen. Praxiserprobte Konzepte und Instrumente*. Waxmann: Münster.
- Lechleuthner, A. et al (2017): *Rahmenlehr- und Ausbildungsplan zur Ausbildung als Notfallsanitäterin und Notfallsanitäter*. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheits und Demografie Rheinland-Pfalz: Köln. URL: https://www.skverlag.de/fileadmin/files_content/Gesetze_und_Verordnungen/Rheinland-Pfalz_Rahmenlehr-_und_Ausbildungsrahmenplan.pdf
- Lenz, W. (2005a²): *Porträt Weiterbildung Österreich*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld.
- Lenz, W. (2005b): *Bildung im Wandel*. LIT Verlag: Wien.
- Lenz, W. (2012): *Bildung. Eine Streitschrift. Abschied vom lebenslänglichen Lernen*. Löcker: Wien.
- Lermen, M. (2010²): Lehr-/Lernziele. In: Arnold, R. et al. (Hrsg.) *Wörterbuch Erwachsenenbildung*. Verlag Julius Klinkhardt: Bad Heilbrunn. S. 187-189.
- Lerner, D. et al. (2019): Virtual-Reality-Simulationstraining in der Notfallsanitäterausbildung, In: *retten! Jg. 4. 8/2019*. S. 234-237. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0820-8614.pdf>
- Lersch, R. & G. Schreder (2013): *Grundlagen kompetenzorientierten Unterrichts. Von den Bildungsstandards zum Schulcurriculum*. Verlag Barbara Budrich: Opladen.
- Lersch, R. (2007): Unterricht und Kompetenzerwerb. In 30 Schritten von der Theorie zur Praxis kompetenzfördernden Unterrichts. In: *Die Deutsche Schule*, 99, S. 434-446. URL: http://www.digizeitschriften.de/dms/img/?PPN=PPN509092632_0099&DMDID=DMDLOG_0098
- Lipp, U. & H. Will (2008⁸): *Das große Workshop-Buch. Konzeption, Inszenierung und Moderation von Klausuren, Besprechungen und Seminaren*. Beltz: Weinheim und Basel.
- Lisel, P. & C. Gepar, C. (2004): Die gesetzlichen Grundlagen von Beruf, Tätigkeit und Ausbildung der Sanitäter in Österreich. In: *Notfall- und Rettungsmedizin*, 2004-7. S. 349-354.
- Liu, N. et al. (2018): Artificial Intelligence in Emergency Medicine. In: *JECCM*, 2/2018. 82. URL: <http://jeccm.amegroups.com/article/view/4700/5244>
- Löffler, R. & E. Gruber (2012): *Lernergebnisorientierte Formulierung und Zuordnung der Ausbildungen im Rahmen der Freiwilligenarbeit im Sozialbereich (Rettungsdienst und Feuerwehr)*. ÖIBF: Wien.
- Lückl, G. (2012): Interaktion zwischen Pflegepersonal und Patientin/Patient. Kommunikative Kompetenz als Schlüsselfunktion einer Pflegeperson. Masterarbeit: Karl-Franzens-Universität Graz. URL: <http://unipub.uni-graz.at/obvugr/hs/download/pdf/227201?originalFilename=true>
- Ludwig, T. & S. Hoffmann (2018): Erste-Hilfe-Brille: Augmented Reality zur Unterstützung von Ersthelfern in Notsituationen. In: Dachselt, R. & G. Weber (Hrsg.): *Mensch und Computer 2018 - Workshopband*. Gesellschaft für Informatik e.V.: Bonn. S. 587-594. URL: <https://dl.gi.de/handle/20.500.12116/16799>
- Lülf, M. (2011): Teambuilding. In: Karutz, H. (Hrsg.): *Notfallpädagogik. Konzepte und Ideen*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 320-332.
- Luomi-Messerer, K. & J. Markowitsch (2010): *VQTS model. A proposal for a structured description of work-related competences and their acquisition*. 3s research laboratory: Wien.

- Luomi-Messerer, K. (2019): Die österreichische Validierungsstrategie. Hintergrund, Entwicklung, Ausrichtung und erste Umsetzungsschritte. In: *Magazin erwachsenenbildung.at*. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 37, 2019. Wien S. 02-1 – 02.10. URL: <https://erwachsenenbildung.at/magazin/19-37/meb19-37.pdf>
- Machado, C. (2013): *Patienten aus fremden Kulturen im Notarzt- und Rettungsdienst*. Springer-Medizin: Heidelberg.
- Maerker, A. & J. Barth (2004²): Psychotherapie bei Belastungsstörungen. In: Bengel, J. (Hrsg.): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Springer: Berlin. S. 69-88.
- Mallich, K. et al. (2012): Erkennen, Einschätzen und Bewerten von Kandidaten-/Kandiatinnenkompetenzen in Berufsverfahren an Universitäten. In: Niedermair, G. (Hrsg.): *Kompetenzen entwickeln, messen und bewerten*. Trauner: Linz. S. 311-325.
- Mannel, H. (2002): Multi-Kulti. In: *Rettungs-Magazin* 6/2002. S. 70-74.
- Marx, D. (2017²): *Faktor Mensch®. Sicheres Handeln in kritischen Situationen*. Medi-Learn Verlag GbR: Kiel.
- Maslow, A. (1994⁵): *Psychologie des Seins*. Fischer TB: München.
- May, A. & R. Mann (2003): *Soziale Kompetenz im Notfall. Praxisanleitung nicht nur für den Rettungsdienst – ein Unterrichtskonzept*. LIT: Bochum.
- Mayring, P. (2001): Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 2(1) Art. 6, URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967/2111>
- Mayring, P. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse – ein Beispiel für Mixed Methods. In: Gläser-Zikula, M. (Hrsg.): *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung*. Waxmann: Münster. S. 27-36.
- Medina, A. et al. (2002): The methodological complementariness of biograms, in-depth interviews, and discussion groups. In: Kiegelmann, M. (Hrsg.) *Qualitative Psychology Nexus 2: the role of the researcher in qualitative psychology*. Tübingen: Ingeborg Huber Verlag. S. 169-184.
- Menche, N. (2007⁴): *Pflege Heute*. Urban & Fischer: München.
- Mertens, D. (1974): Schlüsselqualifikationen. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Schlüsselqualifikationen*. Jg. 7. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Nürnberg. URL: http://doku.iab.de/mittab/1974/1974_1_MittAB_Mertens.pdf
- Mertens, D. (2015): Mixed Methods and Wicked Problems. In: *Journal of Mixed Methods Research* (1), 3-6. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1558689814562944>
- Metul, S. (2006): Motivation zum ehrenamtlichen Engagement und allgemeine Lebensziele von MitarbeiterInnen verschiedener Vereine. Diplomarbeit: KF Universität Graz.
- Meyer, K. et al. (2020): Hilfen für Lehrende: Wie lässt sich die Notfallsanitäter-Ausbildung besser gestalten? In: *Rettungsdienst*, 43. Jg. 2/2020. S. 18-21.
- Meyer, V. (2010): *Eine mögliche Abgrenzung eines notärztlichen von einem nicht-notärztlichen Rettungseinsatz und die Formulierung eines wissenschaftlichen Forschungsansatzes als Grundlage für die Ausbildung zum regelkompetenten Rettungsassistenten – auf dem Boden einer EU-weiten Analyse der Rettungsdienstsysteme*. SK Verlag: Edewecht.
- Minkler, M. (2008): Community-Based Research Partnerships: Challenges and Opportunities. In: *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 82 (2) URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456439/pdf/11524_2006_Article_391.pdf
- Mitchell, J. & G. Everly (1998): *Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen*. Stumpf + Kossendey: Edewecht.
- Moldaschl, M. (2006): Innovationsfähigkeit, Zukunftsfähigkeit, Dynamic Capabilities. In: Schreyögg, G. & P. Conrad (Hrsg.): *Management von Kompetenz*. Springer-Gabler: Wiesbaden.
- Moser, H. (1995): *Grundlagen der Praxisforschung*. Lambertus: Freiburg im Breisgau.
- Moser, H. (2015⁶): *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung: Eine Einführung*. Lambertus: Freiburg im Breisgau.
- Moser, R. (2011): Analyse und Optimierungsansätze für die Notarztstruktur in der Steiermark Zeit als Faktor. Diplomarbeit: Medizinische Universität Graz. URL: https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=27676&pAutorNr=51196&pOrgNR=1
- Mossakowski, K et al. (2009): Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4. S. 184-194.
- Much, P. (2014): Informell kompetent - formal qualifiziert? Die Anerkennung informellen Lernens in hochschulischer Bildung. In: Lenz, W. et al. (Hrsg.) *Lehren lehren. Dynamische Professionalität in der PädagogInnenbildung*. Leykam: Graz. S. 160-171.

- Müller, C. & S. Huber (1994²): *Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst*. ÖAGW - Österreichische Akademie für Gesundheitswesen: Wien.
- Müller, H.J. (2012): Didaktische Transformation zur Gestaltung kompetenzorientierter Lehr- und Prüfungsarrangements. In: Niedermair, G. (Hrsg.): *Kompetenzen entwickeln, messen und bewerten*. Trauner: Linz. S. 447-472.
- Münzberg, M. et al. (2014): Fortbildungsstrategien zur Optimierung der Schwerverletztenversorgung. In: *Notfall + Rettungsmedizin* 17. S. 593–600.
- Mussel, P. et al. (2007²): Führungsstilanalyse LEAD. In: Erpenbeck, J. & von Rosenstiel, L. (Hrsg.): *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Schäffer-Poeschel: Stuttgart. S.297-308.
- Nadler, G. (2004): *Berufspädagogische und juristische Aspekte zur beruflichen Bildung und Tätigkeit von Rettungsassistent und Rettungssanitäter*. Verlag Peter Lang: Frankfurt am Main.
- Nadler, G. (2013): Handlungskompetenz als Ausbildungsziel – oder was Rettungsassistenten wissen und können sollten. In: Enke, K. & R. Kuhnke (Hrsg.): *Lernfeld Rettungsdienst. Wege zum handlungsorientierten Unterricht*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 39-51.
- Neß, H. et al. (2007²): ProfilPASS – Der Weiterbildungspass mit Zertifizierung informellen Lernens. In: Erpenbeck, J. & von Rosenstiel (Hrsg.): *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Schäffer-Poeschel: Stuttgart. S. 388-411.
- Neuhold, N. & P. Kernbauer (2011): *Wissenschaftliche empirische Studie zu den steirischen Einsatzorganisationen. Ergebnisse, Konsequenzen und Schlaglichter zur Studie*. Bericht für die Abteilung 20 Katastrophenschutz und Landesverteidigung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung: Graz.
- Neumayr, A. et al (2018): *Zukunftswerkstatt Rettungsdienst. Innovative Projekte im Rettungs- und Notarztwesen*. Springer: Berlin.
- Neumayr, A. et al (2019a): Die "Haller Fortbildungspyramide": Qualitätsverbesserung trotz begrenzter Ressourcen. In: *Rettungsdienst. Jg. 42. 11/2019*. S. 56-60.
- Neumayr, A. et al. (2016): *Risikomanagement in der prähospitalen Notfallmedizin. Werkzeuge, Maßnahmen, Methoden*. Springer: Berlin.
- Neumayr, A. et al. (2017): *Herausforderung Notfallmedizin. Innovation - Vision - Zukunft*. Springer: Berlin.
- Neumayr, A. et al. (2019b): CIRS und Risikomanagement: Chancen, Herausforderungen und Innovationspotenziale. In: Neumayr, A. et al. (Hrsg.): *CIRS im Rettungsdienst. Umgesetzte Maßnahmen und Lernpotenziale*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 177-191
- Nickolaus, R. & F. Walker (2016): Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung. In: A. Dietzen et al. (Hrsg.): *Kompetenzorientierung. Berufliche Kompetenzen entwickeln, messen und anerkennen*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld. S. 7-28.
- Nickut, R. & A. Fromm (2016) Ergänzende Lehr- und Lernmethoden für die Praxisausbildung. In: Hündorf, H.P. & R. Lipp (Hrsg.): *Der Praxisanleiter: Lehrbuch für Ausbilder im Rettungsdienst*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 189-199.
- Niedermair, G. (2012a): *Kompetenzen entwickeln, messen und bewerten*. Trauner: Linz.
- Niedermair, G. (2012b): Einleitung oder: von der Qualifikation zur Kompetenz. In: Niedermair, G. (Hrsg.): *Kompetenzen entwickeln, messen und bewerten*. Trauner: Linz. S. 7-20.
- Nikendei, A. (2012): *Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). Praxisbuch Krisenintervention*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht.
- NKS – NQR-Koordinierungsstelle für Österreich (20192): *Handbuch für die Zuordnung von formalen und nicht-formalen Qualifikationen zum NQR*. OEAD: Wien. URL: https://www.qualifikationsregister.at/wp-content/uploads/2019/06/HandbuchNQR2019_einzel.pdf
- Noesen, K. (2013): Der Weg zum Selbstorganisierten Lernen im Deutschunterricht anhand einer progressiven Vermittlung von Methoden und Lernkompetenz. Wissenschaftliche Arbeit für das Fach Deutsch: Universität Luxemburg. URL: <https://portal.education.lu/DesktopModules/EasyDNNNews/DocumentDownload.ashx?portalid=14&moduleid=3717&articleid=7109&documentid=537>
- Novak, K. & F. Sterz (20112): Geschichte des Rettungswesens. Vom griechischen Askulap bis zum österreichischen Sanitätergesetz. In: Redelsteiner et al. (Hrsg.): *Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen*. Braumüller: Wien. S. 58-64.
- Nuissl, E. (2000): *Einführung in die Weiterbildung: Zugänge, Probleme und Handlungsfelder*. Luchterhand: Neuwied.

- Nuissl, E. (2009): Ordnungsgrundsätze der Erwachsenenbildung in Deutschland. In: Tippelt R. & A. Hippel (Hrsg.) *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 329-346.
- Nuissl, E. (2014): Non-formales Lernen im DQR. Zuordnungsverfahren und Lernen im DQR. In: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 43, S.50-53. URL: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/7444>
- Ohder, M. et al. (2014): *Notfallsanitäter Curriculum. Baden-Württemberg Modell für eine bundesweite Ausbildung*. Kohlhammer: Stuttgart.
- ÖNORM S 2304 (2011): *Integriertes Katastrophenmanagement. Benennungen und Definitionen*. Österreichisches Normungsinstitut: Wien.
- ÖRK - Österreichisches Rotes Kreuz (2012): *Begriffsdefinitionen im österreichischen Rettungsdienst*. Österreichisches Rotes Kreuz Generalsekretariat: Wien.
- ÖRK (2016⁷): *Sanitätshilfe. Ausbildung*. ÖRK Generalsekretariat: Wien.
- ÖRK Steiermark (2015): *Rechtliche Grundlagen und Richtlinien des ÖRK und des Landesverband Steiermark für die Ausübung der allgemeinen und besonderen Notfallkompetenz*. ÖRK LV Steiermark: Graz.
- Ortmann, S. (2010) Zusammenführung von KODE@X und die Balanced Scorecard. In: Heyse, V. et al. (Hrsg.) *Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen. Praxiserprobte Konzepte und Instrumente*. Waxmann: Münster.
- Oswald, S. & G. Prause (2010): *Geschichte der Grazer Notfallmedizin*. Arbeitsgemeinschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte: Graz.
- Ovretveit, J. (2002): *Evaluation gesundheitsbezogener Intervention*. Verlag Hans Huber: Bern.
- Pacic, H. (2015): Rettungseinsätze und Krankentransportleistungen. In: *ZVR 2015/245*. S. 497-502. URL: https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/ZVR_2015-12-497-Harun-Pacic.pdf
- Pahnke-Kochinke, B. (2011): *Berufliche Handlungskompetenz erwerben. Ergebnisse der qualitativen Evaluation eines Curriculums in der Gesundheits- und Krankenpflege*. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main.
- Patry, J. (2012): Über die Methodenvielfalt hinaus: kritischer Multiplizismus am Beispiel von VaKE. In: Gläser-Zikuda (Hrsg.): *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung*. Waxmann: Münster.
- Pätzold, G. (2006²): Vermittlung von Fachkompetenz in der Berufsbildung. In: Arnold, R. & Lipsmeier, A. (Hrsg.): *Handbuch der Berufsbildung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 174-190.
- Penz, H. (2008): *Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Petermandl, M. (2014): Kompetenzentwicklung durch ganzheitliches Lernmanagement. In: Heyse, V. (Hrsg.) *Aufbruch in die Zukunft. Erfolgreiche Entwicklungen von Schlüsselkompetenzen in Schulen und Hochschulen. Aktuelle persönliche Erfahrungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Waxmann: Münster. S.348-356.
- Pichlkastner, K. & R. Slanic. (2015): Die Ausrichtung der Theresianischen Militärakademie auf die Einheit von Tugenden, Werten und Kompetenzen in der künftigen Aus- und Weiterbildung von Offizierinnen und Offizieren. In: Heyse, V., Erpenbeck, J. & S. Ortmann. (Hrsg.) *Kompetenz ist viel mehr. Erfassung und Entwicklung von fachlichen und überfachlichen Kompetenzen in der Praxis*. Waxmann: Münster. S. 181-216.
- Pluntke, S. (2013): *Lehrrettungsassistent und Dozent im Rettungsdienst*. Springer: Heidelberg.
- Pluntke, S. (2016): Kulturgebundene Aspekte der Notfallversorgung. Welche soziokulturellen Hintergründe sind bei der Versorgung fremdländischer Patienten zu beachten? In: *Notfall + Rettungsmedizin* 19 S. 355-363.
- Pluntke, S. (2017): *Der Praxisanleiter im Rettungsdienst*. Springer: Berlin.
- Poguntke, P. (2016): "Notkompetenzen sind nach wie vor ein Reizwort". Initiative ProRettungsdienst Österreich" im Dialog. In: *Rettungsdienst* Jg. 39. 3/2016. S.42-43. URL: https://prorettungsdienst.webnode.com/_files/200000024-1fe1520d98/PR%C3%96_ZRD_3-2016.pdf
- Pokorny, A. (2011): Vergleich der Managementstrukturen zweier Non-Profit-Organisationen am Beispiel des Wiener Roten Kreuzes und des Arbeitersamariterbundes Wien. Diplomarbeit: Medizinische Universität Graz. URL: https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=29824&pAutorNr=59059&pOrgNR=1
- Praetz, M. (2016): Persönliche und fachliche Anforderungen. In: Hackstein, A. et al. (Hrsg.): *Handbuch Simulation*. Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 156-162.
- Prause, G. et al. (2017): Abgestufte präklinische Notfallversorgung – Modell Graz. In: *Notfall + Rettungsmedizin* 6/2017. S. 501-508. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10049-017-0276-8.pdf>
- Przyborski, A. & M. Wohlrab-Sahr (2014⁴): *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. Oldenbourg Verlag: München.

- Ragger, K. (2019): Post-Traumatisches Wachstum bei ehrenamtlichem und hauptberuflichem österreichischen Rettungsdienstpersonal. Dissertation: Medizinische Universität Graz. URL: https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=56273&pAutorNr=88627&pOrgNR=1
- Rall, M. & Oberfrank, S. (2016): Simulation - Was ist das überhaupt? In: Hackstein, A. et al. (Hrsg.): *Handbuch Simulation*. Stumpf + Kossendey mbH: Edeweicht. S. 18-32.
- Rall, M. (2016): CRM - Erfahrungen aus der Praxis. In: Hackstein, A. et al. (Hrsg.): *Handbuch Simulation*. Stumpf + Kossendey mbH: Edeweicht. S. 65-76.
- Rarrek, A. & E. Werner (2012): Die Krux mit den Fähigkeiten. In: Erpenbeck, J. (Hrsg.): *Der Königsweg zur Kompetenz. Grundlagen qualitativ-quantitativer Kompetenzerfassung*. Waxmann: Münster. S. 43-52.
- Redelsteiner, C. (2011^{2a}): Kommunikation und Interaktion mit Patienten und Angehörigen. In: Redelsteiner, C. et al. (Hrsg.) *Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen*. Braumüller: Wien. S.179-193.
- Redelsteiner, C. (2011^{2b}): Qualitätsmanagement und Dokumentation. In: Redelsteiner C. et al. (Hrsg.): *Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen*. Braumüller: Wien. S. 32-39.
- Redelsteiner, C. (2011^{2c}): Der Notfalleinsatz – Das System Rettungsdienst. In: Redelsteiner C. et al. (Hrsg.): *Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen*. Braumüller: Wien. S. 3-8.
- Redelsteiner, C. (2015): Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel?. In: *soziales_kapital wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit* Nr. 13. S. 183-189. URL: https://soziales_kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/download/361/635
- Redelsteiner, C. (2016): *Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland*. Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH: Edeweicht.
- Redelsteiner, C. (2018a): Qualitätsmanagement am Einsatzort. In: *Rettungs-Magazin*, 2/2018. S. 40-46.
- Redelsteiner, C. (2018b): Risiko- und Qualitätsmanagement am Einsatzort durch Feldsupervisoren. In: Neumayr, A. et al (Hrsg.): *Zukunftswerkstatt Rettungsdienst. Innovative Projekte im Rettungs- und Notarztwesen*. Springer: Berlin. S. 187-197.
- Redelsteiner, C. (2019): Primärversorgung: Welche Rolle spielt dabei der Rettungsdienst bzw. die Soziale Arbeit? In: ÖGERN (Hrsg.) *Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst*. Tagungsband 6/2019. S.95-111.
- Redelsteiner, C. et al. (2018c): "RettungspflegerIn" - Erfahrungen einer interdisziplinären Berufsausbildung. In: Neumayr, A. et al (Hrsg.): *Zukunftswerkstatt Rettungsdienst. Innovative Projekte im Rettungs- und Notarztwesen*. Springer: Berlin. S. 177-185.
- Regener, H. & Hackstein, A. (2016): Was ist grundsätzlich unter Simulation zu verstehen? In: Hackstein, A. et al. (Hrsg.): *Handbuch Simulation*. Stumpf + Kossendey mbH: Edeweicht. S. 17
- Regener, H. (2005): Die Bedeutung von Assessments in der Ausbildung diplomierter Rettungssanitäter. In: *Notfall + Rettungsmedizin* 8/2005. S. 346-353.
- Reichertz, J. (2008): Kommentar: Cuvée oder Cafeteria Menü? Über eine Verbindung qualitativer und quantitativer Methoden in der Sozialforschung. In: *Soziale Welt* 59 (2). S. 123-135. URL: https://www.soziale-welt.nomos.de/fileadmin/soziale-welt/doc/SozW_08_02.pdf
- Reichertz, J. (2013): *Gemeinsam Interpretieren. Die Gruppeninterpretation als kommunikativer Prozess*. Springer VS, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Reinders, H. et al. (2011a): Vorwort. In: Reinders, H. et al (Hrsg.): *Empirische Bildungsforschung. Gegenstandsbereiche*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 9-14.
- Reinders, H. et al. (2011b): Praxisbezug Empirischer Bildungsforschung. In: Reinders, H. et al (Hrsg.): *Empirische Bildungsforschung. Gegenstandsbereiche*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 220-233.
- Reinmann-Rothmeier, G. (2003): *Didaktische Innovation durch Blended Learning: Leitlinien anhand eines Beispiels aus der Hochschule*. Huber: Bern.
- Reisinger, A. (2012): Rettungsdienst in Österreich. Herausforderungen an Ausbildung und strukturelle Entwicklung. Masterarbeit - Body & Health Academy GmbH: Wien. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Masterthesis-Reisinger-Armin-Rettungsdienst-in-%C3%96sterreich.pdf>
- Renschmidt, B. (2017): Triage und Allokationsfragen – Über die Ethik der präklinischen Rettungsmedizin. Diplomarbeit Medizinische Universität Graz. URL: https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=53787&pAutorNr=80305&pOrgNR=1

- Reuschenbach, B. & Mahler, C. (2011): *Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung- und Praxis*. Hans-Huber Verlag: Bern.
- Richter, E. (2014): Stressbelastung und Stressbewältigung bei haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräften in Rheinland-Pfalz. Dissertation: Universität der Bundeswehr München. URL: <https://d-nb.info/1069557307/34>
- Rodens, M. (2016): *Kompetenzentwicklung durch Ausbildungsneuerung. Eine Analyse des neu geordneten Berufsbildes "Notfallsanitäter"*. Grin Verlag: Norderstedt.
- Roe, D. et al. (2016): Potential and limitations of e-learning in emergency. In: *Emergency Medicine Journal*, Jg. 27. 2/2010. S. 100-104
- Rosenbrock, R. & S. Hartung (2012): Gesundheit und Partizipation. Einführung und Problemaufriss. In: Rosenbrock, R. & S. Hartung (Hrsg.): *Partizipation und Gesundheit*. Huber: Bern. S. 8-26
- Roth, G (2011): *Bildung braucht Persönlichkeit. Wie Lernen gelingt*. Klett-Cotta: Stuttgart
- Rutherford, P. (1995): *Competency Based Assessment*. Pitmann: Melbourne.
- Rychen, D. & H. Salganik (2003): Key competencies: Meeting important challenges in life. In: Rychen, D. & H. Salganik (Hrsg.): *Key Competencies for a Successful Life and a Well-Functioning Society*. Hogrefe & Huber: Cambridge. S.63-108.
- Sachs, S. (2011): *Rettensdienstumfrage. Ergebnisse einer Online-Befragung zum Tätigkeitsverständnis, patientenbezogenen Arbeiten und zur kommunikativen Kompetenz des nichtärztlichen Rettungsfachpersonals*. Books on Demand GmbH: Norderstedt.
- Sarges, W. (2006⁶): Competencies statt Anforderungen – nur alter Wein in neuen Schläuchen? In: H.C. Riekhof (Hrsg.): *Strategien der Personalentwicklung*. Gabler: Wiesbaden. S. 133-148.
- Sattlberger, J. et al. (2019): Analgesie im Rettungsdienst: Möglichkeiten zur Schmerstillung. In: *Rettungsdienst*, 42. Jg. 11/2019. S. 62-71.
- Sauter, W. & F.-P. Staudt (2016): *Strategisches Kompetenzmanagement 2.0. Potenziale nutzen – Performance steigern*. Gabler Verlag: Wiesbaden.
- Schalk, R. et al. (2018) Anwendung des Larynxstübchen in der Notfallmedizin – Komplikationen und Fallstricke. In: *Notarzt* 34. S. 124–131
- Scharnhorst, A. & W. Ebeling (2006) Metakompetenzen und Kompetenzentwicklung in Evolutions- und Selbstorganisationsmodellen. Die unumgänglichen theoretischen Voraussetzungen. In: Erpenbeck et al. (Hrsg.) *Metakompetenzen und Kompetenzentwicklung. QUEM-Report. Schriften zur beruflichen Weiterbildung*. Heft 95. Teil 1. Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildung e.V. : Berlin. S.15-113. <http://www.abwf.de/content/main/publik/report/2006/report-095-teil1.pdf>
- Schecker, H. (2014): Überprüfung der Konsistenz von Itemgruppen mit Cronbachs α . In: Krüger, D. et al. (Hrsg.): *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung*. Springer: Berlin. S. 1- 7 URL: https://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/Cronbach+Alpha.pdf%3FSGWID=0-0-45-1426184-p175274210
- Scheiblich, H. (2001²): Der Umgang mit psychisch Kranken. In: Stepan, T. (Hrsg.) *Zwischen Blaulicht, Leib und Seele*. Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey: Edewecht, Wien. S.283-289.
- Scheitza et al. (2011a): Interkulturelle Zusammenarbeit: Einführung und Grundlagen. Studienbrief 2-010-0501, Service Agentur des Hochschulverbundes Distance Learning: Brandenburg.
- Scheitza et al. (2011b): Interkulturelle Kompetenz. Interkulturelle Zusammenarbeit. Studienbrief 2-010-0505, Service Agentur des Hochschulverbundes Distance Learning: Brandenburg.
- Schelten, A. (2004³): *Einführung in die Berufspädagogik*. Franz Steiner Verlag: Stuttgart.
- Schermutzki, M. (2007): Lernergebnisse - Begriffe, Zusammenhänge, Umsetzung und Erfolgsermittlung. Lernergebnisse und Kompetenzvermittlung als elementare Orientierungen des Bologna-Prozesses. In: Benz et al. (Hrsg.): *Handbuch Qualität in Studium und Lehre. Evaluation nutzen – Akkreditierung sichern – Profil schärfen*. Raabe: Stuttgart. S. 1-30. URL: https://www.fibaa.org/fileadmin/uploads/content_uploads/schermutzki_learning_outcomes.pdf
- Schlesinger, T. & A. Nagl. (2015): Kompetenzprofil und Kompetenztraining für den uniformierten Polizeidienst in Österreich. Eine exemplarische Veranschaulichung. In: Heyse, V., et al. (Hrsg.) *Kompetenz ist viel mehr. Erfassung und Entwicklung von fachlichen und überfachlichen Kompetenzen in der Praxis*. Waxmann: Münster. S. 217-235
- Schlögl, P. & B. Neubauer (2010): *Integration von in Freiwilligenarbeit erworbenen Kompetenzen in einen künftigen nationalen Qualifikationsrahmen*. ÖIBF: Wien. URL: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/bmask_oebf_2010_endberichtfreiwilligentaetigkeit_im_nqr.pdf

- Schlögl, P. (2009): Lernergebnisorientierte Lernniveaus in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen - eine ex ante Prüfung auf Machbarkeit und Funktionalität. In: Markowitsch, J. (Hrsg.): *Der Nationale Qualifikationsrahmen in Österreich*. Lit Verlag: Wien, S. 227-240.
- Schmidt, J. (2005): *Lernen, Wissen, Kompetenz, Kultur. Vorschläge zur Bestimmung von vier Unbekannten*. Carl-Auer Verlag: Heidelberg.
- Schmitt, N. (1996): Uses and abuses of coefficient alpha. In: *Psychological Assessment* 8(4), S. 350–353.
- Schmitz-Eggen, L. (2020): Learning by doing. In: *Rettungs-Magazin* 2/2020. S. 82-85.
- Schmucker, M. et al. (2019): Evaluation of Depth Cameras for Use as an Augmented Reality Emergency Ruler. In: D. Hayn et al. (Hrsg.): *dHealth 2019 – From eHealth to dHealth*. IOS Press: Amsterdam. S. 17-24. URL: <http://ebooks.iospress.nl/volume/dhealth-2019-from-ehealth-to-dhealth-proceedings-of-the-13th-health-informatics-meets-digital-health-conference>
- Schober, A. (2015): *Innovative school trips. E- and M-Learning and Intercultural Communicative Competence*. Akademiker Verlag: Saarbrücken.
- Schober, A. (i.D.³): Können?! - Anforderungen und Kompetenzen von Sanitätern. Ergebnisse einer Profilentwicklung. In: Redelsteiner C. et al. (Hrsg.): *Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen*. Braumüller: Wien.
- Schörkl, C. (2003): Das Sanitätergesetz, Mehr als eine bloße Einigung auf den kleinsten gemeinsamen Nenner? In: *RdM*, 2003/1. S. 4-9.
- Schranz, B. (2018): Risikomanagement in der österreichischen Notfallmedizin. Unter Berücksichtigung der Patientensicherheit. Masterarbeit: Fachhochschule Oberösterreich: Steyr. URL: https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Schranz_Masterarbeit.pdf
- Schrieffl, C. et al. (2019): Time of out-of-hospital cardiac arrest is not associated with outcome in a metropolitan area: A multicenter cohort study. In: *Resuscitation*, Volume 142, S. 61 – 68 URL: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.07.009>
- Schuler, H. (2000³): *Psychologische Personalauswahl*. Hogrefe: Göttingen.
- Schumann, A. & I. Böckelmann (2019): Wenn der Job krank macht: Burn-out im Fokus der Arbeitsmedizin. In: *Rettungsdienst*, 42. Jg. 11/2019. S. 42-45.
- Schwaigerlehner, K. (2012): Soziale Kompetenzen in der Erwachsenenbildung an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. Masterarbeit: Karl-Franzens-Universität Graz. URL: <http://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/226503?originalFilename=true>
- Schwamberger, H. (2009³): *SanG. Sanitätergesetz. Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter*. NWV: Wien.
- Sembill, D. & J. Seifried (2006): Selbstorganisiertes Lernen als didaktische Lehr-Lern Konzeption zur Verknüpfung von selbstgesteuertem und kooperativem Lernen. In: Euler, D. et al. (Hrsg.) *Selbst gesteuertes Lernen in der beruflichen Bildung*. Steiner: Stuttgart. S. 93-108. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-71094>
- Semmel, T. (2017): International anerkannt, präklinisch interessant. In: *Rettungs-Magazin* 2/2017. S. 75-77.
- Simon, F. (2017⁸): *Einführung in die Systemtheorie und Konstruktivismus*. Carl-Auer: Heidelberg.
- Slepcevic-Zach, P. & M. Stock (2012): Web 2.0 im Kontext der lernenden Organisation. In: Niedermair, G. (Hrsg.): *Kompetenzen entwickeln, messen und bewerten*. Trauner: Linz. S. 223-235.
- Spencer, L. & S. Spencer (1993): *Competence at work. A model for superior performance*. John Wiley & Sons: New York.
- Spitzer, M. (2010): *Medizin für die Bildung. Ein Weg aus der Krise*. Spektrum Akademischer Verlag: Heidelberg.
- Sprung, A. & Kukovetz, B. (2018): Refugees welcome? Active Citizenship und politische Bildungsprozesse durch freiwilliges Engagement. In: *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*. 41: S.227-240. URL: <https://doi.org/10.1007/s40955-018-0110-z>
- Sprung, A. (2004): Celebrate diversity? In: Lenz, W. & A. Sprung (Hrsg.): *Kritische Bildung? Zugänge und Vorgänge*. LIT Verlag: Münster. S. 129-148.
- Sprung, A. (2016): Wissenschaft „auf Augenhöhe“? Partizipatives Forschen in der Erwachsenenbildung zwischen Affirmation und Kritik. In: *Magazin erwachsenenbildung.at*. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 27, 2016: Wien. S. 04-1 - 04-9. URL: <http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/16-27/meb16-27.pdf>
- Stahl, T. (2005): Wissensgesellschaft und lebenslanges Lernen als wesentliche Standortfaktoren eines sich wandelnden Europas. In: *Internationale Trends des Erwachsenenlernens. Monitoring zum Programm „Lernkultur Kompetenzentwicklung“*. Arbeitsgemeinschaft QUEM. Band 19. Waxmann: Münster. S. 17-38.
- Stärker, L. (2011): Notfallmedizin und Sanitätergesetz. In: Resch, R. & Wallner, F. (Hrsg.) *Handbuch Medizinrecht*. Wien: LexisNexis. S. 809-820.

- Statistik Austria (2019a): *Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren. 2019*. Statistik Austria: Wien.
- Statistik Austria (2019d) 2017. *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Statistik Austria: Wien.
- Steil, M. & M. Turowski (2018): Führungskräfteentwicklung im Rettungsdienst – Übel oder Chance? In: Neumayr, A. et al (Hrsg.): *Herausforderung Notfallmedizin. Innovation – Vision – Zukunft*. Springer: Berlin. S.85-93.
- Stepan, T. (2001²a): Zwischen Sinnsuche und Sinnkonflikt. In: Stepan, T. (Hrsg.) *Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Psychologie in der Notfallmedizin*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edeweicht. S.395-397.
- Stepan, T. (2001²b): Psychologische Betreuung von Notfallpatienten. In: Stepan, T. (Hrsg.) *Zwischen Blaulicht, Leib und Seele*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edeweicht. S. 231-243.
- Sternberg, R. & T. Ben-Zeev. (2001): *Complex Cognition. The Psychology of Human Thought*. Oxford University Press: New York.
- Stokes, D. (1997): *Pasteur's quadrant: Basic science and technological innovation*. Brookings Institution Press: Washington.
- Stolzewski, J. (2014): Entwicklung eines Handlungsleitfadens zur Umsetzung der Berufsausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Masterarbeit: Fachhochschule Münster. Grin Verlag: Norderstedt.
- Strasse, C. (1998): *Selbstentwicklung von Führungsnachwuchskräften*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH: Wiesbaden.
- Stratmeyer, P. (2001): *Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin*. Juventa: München.
- Strauch, A. et al. (2009): *Kompetenzfassung in der Weiterbildung. Instrumente und Methoden situativ anwenden*. W. Bertelsmann Verlag: Bielefeld.
- Sultana, R. (2009): Competence and Competence Frameworks in Career Guidance: Complex and Contested Concepts. In: *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, v9 n1. Springer: New York. S. 15-30 URL: <https://doi.org/10.1007/s10775-008-9148-6>
- Tausch, A. & N. Menold (2015): Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? In: *GESIS Papers 2015/12*. GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften: Köln. URL: https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_papers/GESIS-Papers_2015-12.pdf
- Teddlie, C. & A. Tashakkori (2009): *Foundations of Mixed Methods Research. Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. Sage: Los Angeles.
- Thielmann, B. & I. Böckelmann (2019): Ernährungstipps für Beschäftigte im Rettungsdienst: Wissenschaftliche Grundlagen. In: *Rettungsdienst 42. Jg. 11/2019*. S. 37-40.
- Tippelt, R. & B. Schmidt-Hertha (2018⁴): Einleitung der Herausgeber. In: Tippelt, R. & B. Schmidt-Hertha (Hrsg.): *Handbuch Bildungsforschung*. Springer VS: Wiesbaden. S. 1-15.
- Tippelt, R. (1998): Zum Verhältnis von Allgemeiner Pädagogik und empirischer Bildungsforschung. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 1 (2). S. 239-260. URL: https://www.pedocs.de/volltexte/2011/4505/pdf/ZfE_1998_02_Tippelt_Allgemeine_Paedagogik_Empirische_Bildungsforschung_D_A.pdf
- Tolks, D. & M. Fischer (2013): Serious Games for Health – ernstzunehmende didaktische Konzepte in der medizinischen Ausbildung? In: *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie* 2013, Vol. 9(1) URL: <https://dx.doi.org/10.3205/mibe000131>
- Tonn, P. (2012⁴): Psychiatrische Notfälle. In: Hansak, P. et al. (Hrsg.): *LPN San Österreich. Lehrbuch für Rettungssanitäter, Lehrsanitäter, Betriebsanitäter und Bundesheersanitäter in Österreich*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edeweicht. S.336-345.
- Trimmel, H. & K. Egger (2019): Maßnahmen aus dem CIRS der ÖAMTC Flugrettung. In: Neumayr, A. et al. (Hrsg.): *CIRS im Rettungsdienst. Umgesetzte Maßnahmen und Lernpotenziale*. Stumpf + Kossendey mbH: Edeweicht. S. 192-201.
- Trimmel, H. et al. (2018): Reform der Notarzt Ausbildung in Österreich. Endlich zeitgemäß? In: *Anaesthesist*, 2018-67. S.135–143
- Trimmel, H. et al. (2019): Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) zum Einsatz des Larynx-tubus durch Rettungs- und Notfallsanitäter. In: *Anaesthesist* 68, S. 391–395. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/%C3%96GARI-zu-LT-Mitw.-Halmich-1.pdf>
- Uebermuth, J. (2016): Soft Skills als zentraler Bestandteil effektiven Handelns im Rettungsdienst. Förderung personaler und sozialer Schlüsselkompetenzen von Einsatzkräften in kritischen Situationen. Masterarbeit, Donau-Universität Krems.

- Ummenhofer, W. & M. Zürcher (2007): Ausbildung von Rettungspersonal. Worin und wozu? In: *Notfall + Rettungsmedizin* 2017; 10: S. 216-220.
- Unger von, H. (2014a): *Partizipative Forschung*. Springer: Wiesbaden.
- Ungerer, D. & U. Morgenroth (2001): *Analyse des menschlichen Fehlerverhaltens in Gefahrensituationen. Empfehlungen für die Ausbildung*. Zivilschutzforschung Band 43. Bundesverwaltungsamt: Bonn.
- Unkels, K. (2011): *Sozialkompetenz – ein Manager-Märchen. Wahrheiten über wirksames Management und den Umgang mit Menschen in Organisationen*. Campus Verlag GmbH: Köln.
- Wagner, U. (2006): Situation awareness: Ein Konzept für den Rettungsdienst. In: *Rettungsdienst*, 29. Jg., 8/2006. S. 22-27.
- Walder, B. et al (2018): ABS-Briefing - die standardisierte Patientenübergabe. In: Neumayr, A. et al (Hrsg.): *Zukunftswerkstatt Rettungsdienst. Innovative Projekte im Rettungs- und Notarztwesen*. Springer: Berlin. S. 75-86.
- Weber, S. & M. Hofmuth (2012): Messung unterschiedlicher Facetten von interkultureller Kompetenz. In: Niedermair, G. (Hrsg.): *Kompetenzen entwickeln, messen und bewerten*. Trauner: Linz. S. 209-222.
- Wedler, H. (2001²): Der suizidale Patient. In: In. Stepan, T. (Hrsg.) *Zwischen Blaulicht, Leib und Seele. Psychologie in der Notfallmedizin*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht, Wien. S.341-354.
- Weidner, M. (2003): *Kooperatives Lernen im Unterricht. Das Arbeitsbuch*. Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH: Seelze-Velber.
- Weinert, F. (2001): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert, F. (Hrsg.): *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim: Beltz, S. 17-31.
- Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätärgesetz 2002. Diplomarbeit: Universität Wien.
- Weitz, A. (2012): Einsatzszenarien für Selbst- und Fremdeinschätzungen zur Erfassung überfachlicher Kompetenzen. In: Erpenbeck, J. (Hrsg.) *Der Königsweg zur Kompetenz. Grundlagen qualitativ-quantitativer Kompetenzerfassung*. Waxmann: Münster. S. 191-206.
- Weyland, U. & J. Grunau (2013): Kompetenzorientierung in der Berufsbildung – Aktuelle Entwicklungen und Initiativen. In: Enke, K. & R. Kuhnke (Hrsg.): *Lernfeld Rettungsdienst. Wege zum handlungsorientierten Unterricht*. Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S. 25-38.
- White, R. (1959): Motivation reconsidered. The concept of competence. In: *Psychological Review* 66 (5), S. 297-333. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1961-04411-001>
- WHO - World Health Organization (2008): *Emergency Medical Services Systems in the European Union*. WHO: Copenhagen. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/114564/E92039.pdf
- Widmer, S. (2012): Nosce te ipsum: Die Einsatznachbesprechung als Lernchance. In: *Rettungsdienst*. Jg. 35. 2/2012. S. 52-56.
- Winter, E. (2009): *Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung*. WBV: Bielefeld.
- Wollersheim, H.-W. (2014): Entwicklung von Schlüsselkompetenzen an Hochschulen. In: Heyse, V. (Hrsg.): *Aufbruch in die Zukunft. Erfolgreiche Entwicklungen von Schlüsselkompetenzen in Schulen und Hochschulen. Aktuelle persönliche Erfahrungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Waxmann: Münster. S. 448-461.
- Wright, M. et al. (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Wright, M. (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber Verlag: Bern. S. 35-52.
- Würtenberger, J. (2014) Einführung. In: Ohder et al. (Hrsg.): *Notfallsanitäter-Curriculum. Baden-Württemberg Modell für eine bundesweite Ausbildung*. Kohlhammer: Stuttgart. S. 19-33.
- Zacharaki, I. (2007): Interkulturelle Kompetenz als Bildungsaufgabe im System sozialer Hilfen. In. Zacharaki, I. et al. (Hrsg.) *Praxishandbuch: Interkulturelle Kompetenz vermitteln, vertiefen, umsetzen*. Wochenschau Verlag: Schwalbach. S.15-29.
- Zeinhofer, C. (2016): Verabreichung von Arzneimitteln durch Notfallsanitäter. Zu den Voraussetzungen für die Aufnahme von Arzneimitteln in die Arzneimittellisten 1 und 2. In: *RdM* 2016/118, 5. S. 177- 183.
- Zengerink, M. (2013): Handwerkszeug. In: Enke, K. & R. Kuhnke (Hrsg.) *Lernfeld Rettungsdienst. Wege zum handlungsorientierten Unterricht*. Verlag Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. S.63-83.
- Zhang, D. et al (2004): Can E-Learning replace classroom learning? In: *Communications of the ACM*. May 2004/Vol. 47, 5. S. 75-79.
- Ziegler, M. (2014): Berufspädagogische und didaktische Grundlagen. In: Ohder, M. et al. (Hrsg.) *Notfallsanitäter-Curriculum. Baden-Württemberg Modell für eine bundesweite Ausbildung*. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart. S. 34-42.
- Ziep, K. (1990): *Der Dozent in der Weiterbildung: Professionalisierung und Handlungskompetenzen*. Dt. Studien-Verlag: Weinheim.

- Zirwig, M. (2008): Die Flugrettung in Österreich. Entwicklung und strukturelle Probleme. Diplomarbeit: Universität Wien URL: http://othes.univie.ac.at/715/1/05-27-2008_0102426.pdf
- Zürcher, R. (2010): Kompetenz – eine Annäherung in fünf Schritten. In: *MAGAZIN erwachsenenbildung.at*. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 9, 2010. Wien. S. 04-1 – 04.12. URL: <https://erwachsenenbildung.at/magazin/10-09/meb10-9.pdf>
- Zürcher, R. et al. (2012): *Lernergebnisorientierung in der Erwachsenenbildung. Begriffe. Konzepte. Fragestellungen*. BMUK: Wien. URL: https://www.qualifikationsregister.at/wp-content/uploads/2018/11/Lernergebnisorientierung_BegriffeKonzepteFragestellungen_web.pdf

13.5 Printmedien und elektronische Medien

Alle elektronischen Medien wurden am 16.05.2020 kontrolliert, bei defekten Links wurde das Datum der letzten dokumentierten Verfügbarkeit hinzugefügt.

- 5min.at (2019): Ein Flüchtling, der Leben rettet. URL: <https://www.5min.at/201902194013/ein-fluechtling-der-leben-rettet/>
- A1 (2019): 5G bringt das Krankenhaus zum Patienten. URL: https://www.a1.net/BusinessChange/pd/5g_notfallmedizin_v2/
- AAEM - Austrian Association for Emergency Medicine (o.D.): Mission Statement. <https://www.aaem.at/home.html>
- AELRD - (2018a): Projekt NRTW. URL: https://aelrd-tirol.at/projekt_nrtw
- AELRD (2019c): TiRDtage 2019. URL: <https://aelrd-tirol.at/tird2019/abstracts?day=2019-03-29#6>
- AELRD Bayern (2018): Notfallsanitäter. URL: http://www.aelrd-bayern.de/index.php?option=com_content&view=article&id=268&Itemid=566
- Amt der Tiroler Landesregierung (2019): 3. Tiroler Rettungsdienst-Tage am Grillhof in Innsbruck. URL: <https://www.tirol.gv.at/meldungen/meldung/artikel/3-tiroler-rettungsdienst-tage-am-grillhof-in-innsbruck/>
- ANetPASS – Österreichische Plattform Patientensicherheit (2015): Gebärdensprachdolmetscher am Display. Pilotprojekt. URL: <https://www.plattformpatientensicherheit.at/themen-gebaerdendolmetscher.php>
- APA - Austria Presse Agentur (2019b): Praevenire – Notfallmedizin im Umbruch. URL: https://science.apa.at/site/natur_und_technik/detail?key=SCI_20190514_SCI39371351248470382
- APA (2018): AK fordert: Alle Gesundheitsberufe ins Gesundheitsregister aufnehmen! URL: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20181028_OTS0010/ak-fordert-alle-gesundheitsberufe-ins-gesundheitsregister-aufnehmen
- APA-OTS (2019): SP-Hundsmüller zu Teiltauglichkeit: „ÖVP-Forderung geht völlig am Problem vorbei“. URL: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20190717_OTS0093/sp-hundsmueller-zu-teiltauglichkeit-oevp-forderung-geht-voellig-am-problem-vorbei?fbclid=IwAR2znxqojGJ5kBV0V5Z9AYCcDcHkTMEKTNdPGFKYbG9MsUI-XwIS31dft7s
- ARC – Austrian Resuscitation Council / Österreichischer Rat für Wiederbelebung. (2019): Kursformate. URL: <https://www.arc.or.at/kurse/kursformate/>
- ARC (2017): Immediate Life Support - Österreichischer Rat für Wiederbelebung. URL: <https://www.arc.or.at/kurse/immediate-life-support-kurse/>
- ASBÖ (2017): Wir übernehmen Verantwortung. Jahresbericht 2017. URL: https://www.samariterbund.net/fileadmin/JB2017/Bund/PDF/JB_2017_Bund_WEB.pdf
- Baltaci, K. (2017): Wiens Notarzt-Misere. URL: <https://diepresse.com/home/panorama/wien/5175297/Wiens-NotarztMisere#>
- Bauer, G. (2017): Rettung in Not. <https://www.profil.at/shortlist/oesterreich/rettung-notaerzte-wien-8016375>
- BBTI – Bezirksblätter Tirol aus Innsbruck (2016): Bilanz nach fünf Jahren Rettungsdienst Tirol. URL: https://www.meinbezirk.at/innsbruck/c-lokales/bilanz-nach-fuenf-jahren-rettungsdienst-tirol_a1776968
- Benzer, W. et al. (2014): Auszüge aus der Diskussionsrunde zum Thema: „State-of-the-Art-Behandlung des ACS-Patienten im Notfallsetting in Österreich“. PERI Human Relations GmbH: Wien. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/ACS-Notfallmed-ÖGERN-Jan2014.pdf>
- Bergold, J. & S. Thomas (2012): Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 13(1), Art. 30. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201302>.

- Berufskunde.com (o.D.): Ausbildung RettungssanitäterIn HF (Studium) URL: <https://berufskunde.com/ausbildungsberufe/ausbildung-rettungssanitaeter.html>
- BGBL – (2003d): 420. Verordnung: Ausbildung zum Sanitäter – Sanitäter-Ausbildungsverordnung – San-AV URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/2003_420_2/2003_420_2.pdf
- BGBL – Bundesgesetzblatt (2003a): Modul 1 – Theoretische Ausbildung. URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40044963/II_420_2003_Anlage_1.pdf
- BGBL (2003b): Modul 2 – Theoretische Ausbildung. URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40044967/II_420_2003_Anlage_5.pdf
- BGBL (2003c): Modul „Beatmung und Intubation“ – Theoretische Ausbildung. URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40044970/II_420_2003_Anlage_8.pdf
- BGBL (2003e): Modul „Arzneimittellehre“ – Theoretische Ausbildung. URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40044968/II_420_2003_Anlage_6.pdf
- BGBL (2003f): Modul „Venenzugang und Infusion“ – Theoretische Ausbildung. URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40044969/II_420_2003_Anlage_7.pdf
- BIFDO:DOK - Projekte Bildungsforschung Dokumentation (o.D.): Knowledgebase Erwachsenenbildung. URL: <https://adulthoodeducation.at/bifodok/>
- BKA – Bundeskriminalamt (2019): Opferspezifisch – Vollstreckungsbeamte und Rettungsdienstkräfte. URL: https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2018/Standardtabellen/Opfer/STD-O-14-T943-Beruf-Taetigkeit-2_excel.xlsx?__blob=publicationFile&v=3
- Blassnig, C. (2019): Rotes Kreuz Osttirol: „Mitarbeiter zu finden, wird immer schwerer“. URL: https://www.tt.com/wirtschaft/standorttirol/15176564/rotes-kreuz-osttirol-mitarbeiter-zu-finden-wird-schwerer?fbclid=IwAR1dVeAziDdEd1LSMxcX4MPIDjI7iAE0Y9smMaX7r1OWdNZWwyfm1_jRbg
- Blassnig, C. (2020): Ärztekammer räumt Mängel im Iseltal ein. URL: <https://www.tt.com/artikel/16528268/aerztekammer-raeuemt-maengel-im-iseltal-ein>
- BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (2018): Rahmenprogramm empirische Bildungsforschung. BMBF, Referat Bildungsforschung: Bonn. URL: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Rahmenprogramm_empirische_Bildungsforschung.pdf
- BMJV - Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2019): Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz - NotSanG)§ 4 Ausbildungsziel. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/notsang/_4.html
- BMLVS – Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport (2015): Bildungsanzeiger. Miliz Info. URL: http://www.bundesheer.at/pdf_pool/milizinfo/ausgabe0315.pdf
- BMLVS (2019): Bildungsanzeiger. Miliz Info. URL: http://www.bundesheer.at/pdf_pool/milizinfo/ausgabe0319.pdf
- Brusch, C. et al. (o.D.): Praxisordner Notfallsanitäterausbildung Handlungsaufgaben & Lernorte. URL: <http://www.notfallsanitaeterschule-oldenburg.de/OldenburgerWeg.pdf>
- Bundesrat (2019): 238/A-BR/2017. Gesetzesantrag des Bundesrates. URL: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/BR/A-BR/A-BR_00238/fname_671075.pdf
- Buruck, G. & D. Dörfel (2018): iga.Report 37. Emotionsregulation in der Arbeit am Beispiel Rettungsdienst. Iga - Initiative Gesundheit und Arbeit: Dresden. URL: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_37_Emotionsregulation_Rettungsdienst.pdf
- BV ÄLRD (2019): Rechtssicherheit (nicht nur) für Notfallsanitäter/-innen Aktuelle Diskussion - Lösungsansatz. URL: <https://www.agnn.de/wp-content/uploads/2019/11/Rechtssicherheit-NotSan-BV-%C3%84LRD-22-12-2019.pdf>
- BVRD – Bundesverband Rettungsdienst (2019): Anmeldungen. URL: <https://bvr.at/index.php/termine/anmeldungen>
- BVRD (2018c): 13 wie Sanitäterinnen das Rettungswesen weiterentwickeln wuerden. URL: <https://bvr.at/index.php/news/13-wie-sanitaeterinnen-das-rettungswesen-weiterentwickeln-wuerden>
- BVRD (2019c): Potenzial für die Weiterentwicklung des Rettungswesens in Österreich nutzen. URL: <https://www.bvr.at/index.php/news/18-potenzial-fuer-die-weiterentwicklung-des-rettungswesens-in-oesterreich-nutzen>
- CEDEFOP (2019): Overview of national qualifications framework. Developments in Europe 2019: Thessaloniki. URL: https://www.cedefop.europa.eu/files/8609_en.pdf

- COP - College of Paramedics (2017⁴): Paramedic Curriculum Guidance. COP: Bridgwater. URL: https://www.collegeofparamedics.co.uk/downloads/FINAL_Paramedic_Curriculum_Guidance_Handbook_Sept_2017.pdf
- COP (2018): Paramedic - Scope of Practice Policy. COP: Bridgwater. URL: <https://www.collegeofparamedics.co.uk/publications/scope-of-practice>
- CUP - Cambridge University Press (2014): Cambridge Academic Content Dictionary - Paramedic. URL: <https://dictionary.cambridge.org/de/worterbuch/englisch/>
- Czech, G. & A. Hajji (2011): Warum man sich das antut: Motivationsfaktoren für freiwilliges Engagement in Österreich. Eine Analyse anhand der Daten des Stimmungsbarometers 2011 (Österreichisches Rotes Kreuz). URL: https://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Site/Ehrenamt_Faktoren_cze.pdf
- DBRD - Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V (2013): 25.03.2013 – Notfallsanitätärgesetz verabschiedet. URL: <http://kunden.graphik-bureau.de/dbrd/index.php/aktuelles/152-25-03-2013-notfallsanitaetergesetz-verabschiedet>
- Der Standard (2012): Mikl-Leitner verhandelt keine Alternative zum Zivildienst. URL: <https://www.derstandard.at/story/1345166570323/mikl-leitner-verhandelt-keine-alternative-zum-zivildienst>
- Der Standard (2013): Faktensammlung: Eine Entscheidungshilfe für die Volksbefragung. Alle relevanten Informationen für die Wehrpflichtbefragung. URL: <https://www.derstandard.at/story/1355460223424/entscheidungshilfe-zur-volksbefragung-ueber-die-wehrpflicht>
- Deutscher Bundesrat (2019): Drucksache 19/15274. Gesetzentwurf des Bundesrates Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Notfallsanitätärgesetzes. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/152/1915274.pdf>
- Deutsches Ärzteblatt (2019): Erneuter Ruf nach Übertragung heilkundlicher Aufgaben an Notfallsanitäter. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104528/Erneuter-Ruf-nach-Uebertragung-heilkundlicher-Aufgaben-an-Notfallsanitaeter?fbclid=IwAR1TT4x-sz3CAEyQ00auCKqQEiYY0izH410RKJ71xwnwoNoDO6pAkECmZGQ>
- Die Johanniter (2017): Forschungsprojekt „VR On-Site“ simuliert Einsatzszenarien. URL: <https://www.johanniter.at/presse/medieninformationen/meldungen-tirol/tirol/forschungsprojekt-vr-on-site-simuliert-einsatzszenarien/>
- Die Macher - Das Wirtschaftsmagazin. (2020): Hologramm-Übungen für Einsatzkräfte. URL: <https://www.diemacher.at/4715/hologramm-uebungen-fuer-einsatzkraefte>
- Die Presse (2012): Berufsheer: 13.000 Zivildienstler müssten ersetzt werden. URL: <https://www.diepresse.com/1283775/berufsheer-13000-zivildienstler-muessen-ersetzt-werden>
- Die Presse (2015): Burgenländer stirbt nach Sturz von Rettungstrage. URL: <https://www.diepresse.com/4724314/burgenlander-stirbt-nach-sturz-von-rettungstrage>
- Die Presse (2018): Sanitäter erklärt 68-Jährigen irrtümlich für tot. URL: <https://www.diepresse.com/5445391/sanitaeter-erklart-68-jahrigen-irrtumlich-fur-tot>
- Die Presse (2019): Mehr als Tausend Einsätze durch Lebensretter-App in Österreich. URL: <https://www.diepresse.com/5750783/mehr-als-tausend-einsaetze-durch-lebensretter-app-in-osterreich>
- DRK Rheinhessen - Nahe (2018): MANV3D: Einsatztraining an realistischen Orten in 3D. URL: <https://www.drk-rhein-nahe.de/manv3d.html>
- Dyson K et al. (2017): Paramedic Intubation Experience Is Associated With Successful Tube Placement but Not Cardiac Arrest Survival. In: *Ann Emerg Med.* 2017 Sep;70(3) S. 382-390 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28347556>
- EEAST – East of England Ambulance Service (2016): Scope of Practice – Specialist Role. URL: <https://www.eeastamb.nhs.uk/Governance/disclosure-log/HR/2016/5293%20-%20attachment%20%201.pdf>
- Egger, A. & T. Huber (2019): Kompendium für Rettungs- und Notfallsanitäter im Bergrettungsdienst Österreich. URL: <https://bergrettung.at/wp-content/uploads/Kompendium-fuer-Sanitaeter.pdf>
- Egger, W. (2018): Rotes Kreuz Innsbruck testet neues Rettungsdienstmodell. URL: <https://www.rotekreuz-innsbruck.at/rotes-kreuz-innsbruck-testet-neues-rettungsdienstmodell/>
- EK (o.D.): GENERIC NAME OF PROFESSION - PARAMEDIC /AMBULANCE NURSE/ OTHER AMBULANCE PROFESSIONALS. URL: https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=profession&id_profession=1221&tab=countries
- EPICSAVE (2020): EPICSAVE - Enhanced Paramedic Vocational Training with Serious Games and Virtual Environments. URL: <https://epicsave.de/>

- EPIG - Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit (2019): Notarztversorgung in Kärnten. Ergebnisse der Analyse und Handlungsempfehlungen (ohne luftgebundenes Einsatzmittel NAH). EPIG GmbH: Graz.
- Erpenbeck, J. (2007b): „Social Skills“ und andere Kompetenzen – bilanziert, entwickelt und gemanagt. Vortrag auf der Tagung „Kompetenzbilanzierung, Social Skills und Personalauswahl“: Wien. URL: https://www.competences.info/ibak/root/img/pool/docs/open/john_erpenbeck.pdf
- Europarat (2013): Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen - Raster Zur Selbstbeurteilung. URL: <https://europass.cedefop.europa.eu/sites/default/files/cefr-de.pdf>
- Feichtelbauer, E. (2017): Ist unsere SanitärerInnenausbildung noch zeitgemäß? In: *teamwork 2/2017*. FSG: Wien. S. 15. URL: https://www.fsg-hg1.at/fileadmin/content/Pdf/teamwork_2015_bis_/teamwork_2017-02.pdf
- Fessler, S. (2019): Virtual Reality: Simulation in der Ausbildung. In: *ÖÄZ - Österreichische Ärztezeitung* 19/2019. URL: <https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2019/oeaez-19-10102019/virtual-reality-simulation-ausbildung.html>
- Fischer, A. (2008): Realising the full potential of e-learning for education and training. Council of Europe - Committee on Culture, Science and Education. URL: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewPDF.asp?FileID=11831&lang=en>
- Frei, W. & Paar, L. (2017): 5 Tipps zur Beschreibung von Lernergebnissen. URL: <https://erwachsenenbildung.at/aktuell/nachrichten/12006-5-tipps-zur-beschreibung-von-lernergebnissen.php>
- Freiwilligenpass.at (2019): Freiwillig – Ich bin dabei. URL: <https://www.freiwilligenpass.at/auth/login>
- Freiwilligenweb.at (2018): Freiwilligen Nachweis. URL: www.freiwilligenweb.at/de/freiwilliges-engagement/freiwilligennachweis
- FSJ – Freiwilliges Soziales Jahr (o.D.): Über uns. URL: <https://www.fsj.at/ueber-uns/?cookie-state-change=1559060189850>
- Gebhard, J. (2017): Ärzte Engpass bei Wiener-Rettung. URL: <https://kurier.at/chronik/wien/aerzte-engpass-bei-wienerrettung/247.983.388>
- GEW - Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (2020): Augmented und Virtual Reality in der Bildung. URL: <https://www.gew.de/bildung-digital/augmented-und-virtual-reality/>
- Gießener Allgemeine (2018): Wenn der Arzt am Bildschirm sitzt. URL: <https://www.giessener-allgemeine.de/kreis-giessen/wenn-arzt-bildschirm-sitzt-11896518.html>
- Girsa, M. (2012): Leserbrief: Betr.: "Lachgas im Rettungsdienst: Ergebnisse eines Pilotprojekts". *Rettungsdienst* 7/2012. S.50-56. In: *Rettungsdienst*, 10/2012. S. 89
- GÖG - Gesundheit Österreich GmbH (2018): Jahresbericht 2018. GÖG: Wien. URL: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/GOEG_Jahresbericht_2018_barrierefrei.pdf
- Goto, S. et al. (2019): Artificial intelligence to predict needs for urgent revascularization from 12-leads electrocardiography in emergency patients. In: *PLoS ONE* 14(1). URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210103>
- Grabner, C. & F. Rauber (2019) HealthNet - Land Kärnten und Krankenhaus der Elisabethinen starten innovative Zuhause-Versorgung URL: <https://www.ktn.gv.at/Service/News?nid=29382>
- Gundermann, A. (2016): Lernziele und Lernergebnisse. URL: <https://www.die-bonn.de/wb/2016-lernziel-01.pdf>
- Gutsch, M. (2017): Umfrage zur nichtärztlichen Qualifikation im Rettungsdienst. URL: <https://drive.google.com/file/d/0B0gMZPynvor7eGdaVzhwNzd4X1k/view>
- Haiderer, C. & A. Kiefer (2019): Sobotka vs. Hundsmüller: Debatte um Teiltauglichkeit. URL: <https://www.noen.at/niederosterreich/politik/politik-sobotka-vs-hundsmueller-debatte-um-teiltauglichkeit-niederosterreich-wolfgang-sobotka-reinhard-hundsmueller-bundesheer-zivildienst-ulrike-koenigsberger-ludwig-155150271>
- Hansak, P. (2004): Zwei Jahre Notfallkompetenzen in Österreich - Ein Resümee. In: Abstraktband: XIII. Innsbrucker Notfallsymposium 5./6. November 2004. S. 7-8.
- Hansak, P. (2015): Anforderungsprofil (13). ÖRK Landesverband-Landesrettungskommando.
- Hartinger-Klein, B. (2018): 3194/AB-BR/2018. URL: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/BR/AB-BR/AB-BR_03194/imfname_692705.pdf
- Helirescue.at (o.D.): Besatzung. URL: <https://web.helirescue.at/besatzung/>
- Hellwagner, K. (2015b): Ausbildung zum Rettungsdienst in Österreich: rechtliche Möglichkeiten und Visionen. URL: https://www.researchgate.net/publication/274847537_Ausbildung_zum_Rettungsdienst_in_Osterreich_rechtliche_Moglichkeiten_und_Visionen
- Herndl, E. (2018): Virtual Reality im Unterricht. URL: <https://www.edugroup.at/bildung/detail/virtual-reality-im-unterricht.html>

- Heschl, S. (2018): Kommunikation und Crew Resource Management (CRM). In: Bürkle, C. et al. (Hrsg.): *Handbuch Medizin des Österreichischen Bergrettungsdienstes* Version 1/2018. ÖBRD: Wien. S. 28-32. URL: <https://bergrettung.at/wp-content/uploads/brd-medizin-web.pdf>
- Hofer, M. (2014): Paramedics-Ausbildung in Vorbereitung URL: https://kurier.at/chronik/niederoesterreich/paramedics-ausbildung-in-vorbereitung/91.520.922?fbclid=IwAR22t_ZuHRy7O8l8e94NY0TJzmtsZ061YJypSz358IP3k2wpdQm8bFrVlo
- Hubmann, D. (2014): Notarzt-System vor dem Kollaps. URL: <http://www.kleinezeitung.at/steiermark/hartbergfuerstenfeld/3732312/alarm-um-notaerzte-mangel.story>
- IGNI – Interessensgemeinschaft Notfallmedizin Innsbruck (2019): Mitfahren Rettungsdienst. URL: <https://www.igni.at/mitfahren/?fbclid=IwAR0Ab4GUjC4A8X62ifLWoE5UbnN1BgGy8OQX1AcnAnoTlIXX8>
- Jammerneegg, S. (2019): Start: SIM CAMPUS. URL: <https://www.medunigraz.at/neues/detail/news/start-sim-campus/>
- JKU - Johannes Kepler Universität Linz (2020): Artificial Intelligenz | Künstliche Intelligenz studieren - Master. URL: <https://www.jku.at/studium/studienarten/master/ma-artificial-intelligence/>
- Jungholt, T. et al. (2018): Ist eine Einführung der Wehrpflicht überhaupt möglich? URL: <https://www.welt.de/politik/deutschland/article180688760/Debatte-ueber-Dienstplicht-Wehrpflicht-Die-wichtigsten-Fragen-und-Antworten.html>
- Kaufmann, H. (2017): Virtual Simulation and On-Site Training for First Responders. URL: <https://www.ims.tuwien.ac.at/projects/vr-on-site>
- Keller, A. (2015): Rettungsirrfahrt. In: Das Österreichische Gesundheitswesen. *ÖKZ. Jg. 56.* 11/2015. S. 8-11. URL: <http://www.schaffler-verlag.com/pdf-download?pdf=28471>
- Kleine Zeitung (2019): Keine Notfälle. Bei 20 Prozent der Rettungseinsätze "wäre Arztbesuch besser". URL: https://www.kleinezeitung.at/oesterreich/5710875/Keine-Notfaelle_Bei-20-Prozent-der-Rettungseinsaetze-waere
- Klenk, J. (2018): Europäischer Qualifikationsrahmen. Ausführliche Definition. Gabler Wirtschaftslexikon: Wiesbaden. URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/europaeischer-qualifikationsrahmen-54044>
- Kletecka-Pulka, M. & S. Parrag (2015): Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen. Endbericht. URL: https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/Endbericht_QVC.pdf
- KODE® (o.D.): Kompetenzen erschließen die Zukunft. URL: <https://www.kodekonzept.com/de/kompetenzen-erschliessen-die-zukunft/>
- Koreimann, A. & Hackl, W. (2011²): Nationaler Qualifikationsrahmen und Erwachsenenbildung. URL: <https://erwachsenenbildung.at/images/themen/dossier/ebooks/Dossier-NQR.pdf>
- Kress, H.G. et al (2011): Experten Statement. Livopan®. Eine neue Dimension in der Analgosedierung? In: Österreichische Ärztezeitung, Supplementum, März 2011.
- Kroker, B. (2019): Unterrichtsmethoden: Das Gruppenpuzzle. URL: <https://www.betzold.at/blog/gruppenpuzzle/>
- Kronen Zeitung (2019): Zivildienst Engpass. Tauglichkeitskriterien: Rotes Kreuz begrüßt Pläne. URL: <https://www.krone.at/1961713?fbclid=IwAR1kOQwtfUbkgsbSLR-QsuF43OisZXKL7g9GZO5ELXlEjA-kdVOzKwpwA>
- Landespressestelle Vorarlberg (2014): Vorarlberg Gemeinsam gestalten. Arbeitsprogramm 2014-2019. URL: <http://cdn1.vol.at/2014/10/Arbeitsprogramm-2014-2019.pdf>
- Lederwasch, H. (2014): Änderung in: Gesamte Rechtsvorschrift für Sanitättergesetz, Fassung vom 10.06.2014. URL: https://prorrettungsdienst.webnode.com/_files/200000025-b8475b99c2/120_%C3%84nderungsvorschlag%20zum%20SanG,%20Fassung%20vom%2010.06.2014%20-%20FH-Lehrgang.pdf
- Leitstelle Tirol (o.D.): Einsatzbearbeitung. URL: <https://www.leitstelle.tirol/leistungen/einsatzbearbeitung/>
- Liebigt, K. (2013) Es gibt Kompetenzen, die gibt es gar nicht. URL: <http://www.kompetenzlabor.de/es-gibt-kompetenzen-die-gibt-es-gar-nicht/>
- Lux, G. (2019): Kärnten: Notarzt-System kollabiert: Erstmals Dienste unbesetzt. URL: https://www.kleinezeitung.at/kaernten/5745381/Kaernten_NotarztSystem-kollabiert_Erstmals-Dienste-unbesetzt
- Malzer, R. (2004): 2 Jahre Ausbildung in der Notfallkompetenz: Erfahrungen des Notarztes. In: Abstraktband: XIII. Innsbrucker Notfallsymposium 5./6. November 2004. S. 12

- Mauritz, E. & J. Magione (2019): Telemedizin wie geschwächten Herzen rasch geholfen wird. URL: <https://kurier.at/gesund/aerzte/telemedizin-wie-geschwaechten-herzen-rasch-geholfen-wird/400375481?fbclid=IwAR0NI-6Qm2Vcvj08YFjNnke1ktWV9C6FHFGXSdZi2AA0Q9OW9GABDs-OzCY>
- Mayr, T. & S. Tritscher-Archan (2019): *Nationaler (NQR) und Europäischer (EQR) Qualifikationsrahmen*. IBW – Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft: Wien. <https://ibw.at/en/resource/download/1715/nqr-eqr.pdf>
- Medizinische Universität Wien (2019): Herzstillstand: Überlebensrate dank exzellenter Rettungskette in Wien zu jeder Tageszeit gleich hoch. URL: <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2019/news-im-dezember-2020/herzstillstand-ueberlebensrate-dank-exzellenter-rettungskette-in-wien-zu-jeder-tageszeit-gleich-hoch/>
- Meisel, P. (2018): Hologramme im OP-Saal: Wie Mixed Reality das Gesundheitswesen revolutioniert. URL: <https://news.microsoft.com/de-de/mixed-reality-in-der-medizin/>
- Meißner, N. & P. Drabo (2017): Anwendung von Lachgas durch Zahnärzte II. In: ÖZZ, 10/2017. S. 8-10. URL: http://www.zahnaerztekammer.at/fileadmin/content/oezak/oezz/Ausgaben_2017/oezz_1017.pdf
- Melcher, D. & E. Natmessnig (2018): Kritik an unnötigen Anrufen: „144 ist keine Service-Hotline“. URL: <https://kurier.at/chronik/oesterreich/kritik-an-unnoetigen-anrufen-144-ist-keine-service-hotline/400346395>
- MUOG – Medical University of Graz (2019): Master. URL: <https://medical-simulation.medunigraz.at/en/master/>
- NCE - National Europass Center (2019a): Certificate second-level emergency medical technician with special emergency qualifications regarding artificial respiration and intubation. URL: https://k0003-04-oacs.penguin-cloud.at/xolrn/Zeugniserl%C3%A4uterungen/Ausbildungseinrichtungen%20in%20Gesundheitsberufen/Sonstige%20Ausbildungen/Ausbildung%20zum%20Sanit%C3%A4ter/file:EN_Bes_Notfallkompetenz_Beatmung_und_Intubation.pdf%2ffile
- NCE (2019b): Certificate first-level emergency medical technician. URL: https://k0003-04-oacs.penguin-cloud.at/xolrn/Zeugniserl%C3%A4uterungen/Ausbildungseinrichtungen%20in%20Gesundheitsberufen/Sonstige%20Ausbildungen/Ausbildung%20zum%20Sanit%C3%A4ter/file:EN_Rettungssanitaeter.pdf%2ffile
- Netzwerk Universitäre Telenotfallmedizin (2019): Antwort auf die Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands Rettungsdienst zur Ausrichtung der Telemedizin im Rahmen notärztlicher Konsultation vom 26.09.2019. URL: <https://land-rettung.de/wp-content/uploads/2019/10/Antwort-auf-Stellungnahme-DBRD.pdf>
- NÖN – Niederösterreichische Nachrichten (2018): Gesundheitsministerium. Knapp 1900 Notärzte in Niederösterreich URL: <https://m.noen.at/niederoesterreich/gesellschaft/gesundheitsministerium-knapp-1900-notaerzte-in-niederoesterreich-notarzt-gesundheitsministerium-beate-hartinger-klein-93643284#>
- Notruf-NOE (2014): Gibt es einen Dolmetscherdienst? <https://notrufnoe.com/dolmetscher/>
- Notruf-NOE (2019a): Acute Community Nursing. URL: <https://notrufnoe.com/acn/>
- Notruf-NOE (2019b): Wir suchen: Dipl. Pflegepersonal mit NotfallsanitäterInnen Ausbildung für Acute Community Nursing. URL: https://notruf-no.jobbase.io/job/um0s06o8?fbclid=IwAR0nkl-9pUiiNhbGAzYy-72J6ZX245jT_wzsLKlgJPDIVuAToeqNz9G8pM
- NR - Nationalrat XXV (2016): GuKG Novelle 2016. Erläuterungen. URL: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II_01194/fname_538959.pdf
- ÖAK – Österreichische Ärztekammer (2015): Betrifft: Bundesgesetz mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Berufsreifepfungsgesetz geändert werden (GuKG-Novelle 2015). URL: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_04632/imfname_463107.pdf
- ÖAK – Österreichische Ärztekammer (2019): FAQ Notarzausbildung. URL: <https://www.aerztekammer.at/faq-notarzausbildung>
- ÖAMTC (2020): Berufung Flugretter: Die Allrounder an Bord. URL: <https://www.oeamtc.at/thema/flugrettung/berufung-flugretter-die-allrounder-an-bord-16181458>
- Oberhauser, S. (2016): GZ: BMG-11001/0139-1/A/5/2016 URL: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/BR/AB-BR/AB-BR_02916/imfname_546821.pdf
- ÖBRD Vorarlberg (2016): Lachgas zur Schmerztherapie. URL: <https://www.bergrettung-vorarlberg.at/teaser-menue/news/news-2016/lachgas-zur-schmerztherapie/>
- ÖBRD Vorarlberg (2017): Bregenzerwald Kleinwalsertal. Förderer profitieren mit Sicherheit. URL: <https://docplayer.org/125859694-2017-18-bregenzerwald-kleinwalsertal-foerderer-profitieren-mit-sicherheit.html>
- OEAD (o.D.): NQR – Nationaler Qualifikationsrahmen. URL: <https://oead.at/de/expertise/qualifikation-und-vergleichbarkeit/nqr/>

- ÖGARI - Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (2018): Stellungnahme der ÖGARI zum Notärzttemangel Stand März 2015. URL: <https://www.oegari.at/arbeitsgruppen/sektion-notfallmedizin/996>
- ÖGARI (2014): Stellungnahme zur Diskussion um den "Paramedic" Thema: „NotärztInnen – Ersatz durch Paramedics? URL: <https://www.oegari.at/arbeitsgruppen/sektion-notfallmedizin/936>
- ÖGERN – Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin. (2016): Differenzierter Einsatz von Sanitäterinnen und Sanitätern im österreichischen Rettungswesen. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/ÖGERN-Stellungnahme-zu-differenziertem-Sanitaereinsatz.pdf>
- ÖGERN – Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin. (2017a): CPAP-Beatmung durch Notfallsanitäter (NKI)? URL: <https://www.oegern.at/cpap-beatmung-durch-notfallsanitaeter-nki/>
- ÖGERN (2014): Stellungnahme zum Änderungsvorschlag des Sanitätergesetzes. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/%C3%96GERN-Stellungnahme-zur-Anfrage-von-PRO-Rettungsdienst-Jun14.pdf>
- ÖGERN (2017a): Stellungnahme zur Kompetenz des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals in Notfällen. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/%C3%96GERN-Stellungnahme-zur-Kompetenz-des-Gesundheits-und-Krankenpflegepersonals-in-Notf%C3%A4llen.pdf>
- ÖGERN (2017b): Stellungnahme zum Rechtsrahmen der Arzneimittelgabe durch SanitäterInnen nach SanG. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/%C3%96GERN-Stellungnahme-zum-Rechtsrahmen-der-Arzneimittelgabe-durch-Sanit%C3%A4terInnen-nach-SanG.pdf>
- ÖGERN (2017c): Notarztknappheit spitzt sich zu. URL: <https://www.oegern.at/notarztknappheit-spitzt-sich-zu/>
- ÖGERN (2019a): Ideen zur Evaluierung des Sanitätergesetzes (SanG) URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Positionspapier-SanG-Info-Website.pdf>
- ÖGERN (2019c): ÖGERN: Stellungnahme zur Notärztinnen/Notärzte-Verordnung – übertr. WB 2. Novelle BearbGeb-VO – übertr. WB sowie 1. Novelle BearbGeb-VO – eigener WB. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/ÖGERN-Stellungnahme-zur-NotärzteVO-Mai-2019.pdf>
- ÖGERN (2020): Änderungen im Sanitätergesetz aufgrund Covid-19. URL: <https://www.oegern.at/erweiterung-des-sanitaetergesetzes-aufgrund-covid-19/>
- ORF (2011): Zivildienst Hemmschuh für Wehrpflicht-Aus. URL: <https://orf.at/v2/stories/2035907/2035913/>
- ORF Kärnten (2016d): Keine gemeinsame Einsatzzentrale. URL: <https://kaernten.orf.at/news/stories/2789697/>
- ORF Kärnten (2017d): Neue Rettungsleitstelle in Kärnten in Betrieb. URL: <https://kaernten.orf.at/news/stories/2835972/>
- ORF Kärnten (2018): In Kärnten droht Notärzttemangel. URL: <https://kaernten.orf.at/news/stories/2901798/>
- ORF Kärnten (2019a): URL: <https://kaernten.orf.at/v2/news/stories/2901798/>
- ORF Kärnten (2019b): Lösung für Notarzt-Notstand gesucht. URL: <https://kaernten.orf.at/stories/3027223/>
- ORF Kärnten (2019d): Neue Gesundheitshotline unter 1450. URL: <https://kaernten.orf.at/stories/3019208/>
- ORF Kärnten (2020): Notärzttemangel: Neues System gefordert. URL: <https://kaernten.orf.at/stories/3029082/>
- ORF Steiermark (2018b) Notfallmedizin: Telemedizin als Herausforderung. URL: https://steiermark.orf.at/v2/news/stories/2946722/?fbclid=IwAR2T4r889OM3VHXtzBRWoTtjEeihXC1KrwMZJo4Z3U_VF16lg9LZYTCE6zQ
- ÖRK (2019c): Bilanz der Menschlichkeit. Jahresbericht des Österreichischen Roten Kreuzes 2018. ÖRK: Wien. URL: https://www.rotekruz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Jahresberichte/RKJB-2018-WEB.pdf
- ÖRK (2019d): mein Rotes Kreuz, Kärnten Nr. 4b, November 2019. ÖRK: Wien. URL: <http://epaper.rotekruz.at/MRK4Kaernten2019/>
- ÖRK Niederösterreich (2007²): Notfallsanitäter/in. ÖRK Landesverband Niederösterreich.
- ÖRK Steiermark (2011a): Pilotprojekt - Livopan im Rettungsdienst. URL: <https://www.rotekruz.at/news/datum/2011/04/04/pilotprojekt-livopan-im-rettungsdienst/>
- ÖRK Steiermark (2011b): Studiendesign Livopan in der Práklinik. URL: https://www.rotekruz.at/uploads/media/Studiendesign_Livopan.pdf
- ÖRK Steiermark (2017): medTranslate – Rotes Kreuz. URL: <https://apkpure.com/medtranslate-rotet-kreuz/at.rk.translate>
- ÖRK Steiermark (o.D.): RK Einsatztaktik – Trainingscenter. URL: <https://blogneu.rotekruz.at/einsatztaktiktraining/willkommen/>
- ÖVP & die Grünen (2020): Regierungsprogramm 2020-2024. URL: https://www.dieneuevolkspartei.at/Download/Regierungsprogramm_2020.pdf

- Paletta, L. (2019): VR-Responder: Virtuelles First Responder Training mit Human Factors Analyse und Verhaltensmodellierung für Flexible Echtzeit-Unterstützung. URL: [https://kiras.at/index.php?id=173&L=884&tx_ttnews\[tt_news\]=1307&cHash=b711b9ff61ce4dbbab8b7c4d362adc7b](https://kiras.at/index.php?id=173&L=884&tx_ttnews[tt_news]=1307&cHash=b711b9ff61ce4dbbab8b7c4d362adc7b)
- Petek, C. et al. (2011): *Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich*. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband: Wien. URL: https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf
- Plank, A. (2019): Der Rettungsdienst soll ohne Zivildienstler auskommen. URL: https://www.tt.com/panorama/gesellschaft/15456920/derrettungsdienst-soll-ohne-zivildienstler-auskommen?fbclid=IwAR3_DH4PBLwbOOR5ypdg5vLQxj70vLjm25QlthC4OEtHJyU523VfnMlq5xM
- PPO – PatientInnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark. (2010): PatientInnen- und Patientenrechte. PPO: Graz. URL: https://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10002277_74836729/08f79feb/0712_patrechte_innenteil_ohne.pdf
- Prager, T. (2017): Wenn die Super-Sanis ausrücken. URL: <https://www.news.at/a/rettung-wien-super-sanis-8202935>
- Prause, G. (2014): Originalarbeit: Notarzt ein Arzt für alle Fälle? In: ÖAZ 13/14 – 15.07.2014 URL: <https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2014/oeaez-1314-15072014/originalarbeit-notarzt-paramedics-univ-profgerhard-prause.html>
- Pretebner, K. (2014): Pflege - Was tut sich? In: *gesund&sozial*, Zeitschrift der ÖGB/ARGE-Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe, 2/2014. S. 2 URL: https://www.fgv.at/files/Gesund%20und%20Sozial/Gesund-Sozial_2014_02.pdf
- Pretebner, K. et al. (2017): Ausbildungsstruktur des Österreichischen Rettungswesens NEU. Rettungssanitäter/innen, Notfallsanitäter/innen, Diplomierte Notfallsanitäter/innen. ÖGB/ARGE-FGV für Gesundheits- und Sozialberufe. URL: https://www.fgv.at/files/pdf/2017_Rettungswesen-NEU.pdf
- PRO Rettungsdienst Österreich (2019): #Reformgedanken San-G Reform 6-2019. URL: https://prorettungsdienst.webnode.com/_files/200000043-37a22389ce/-Reformgedanken%20SanG-Reform%2006-2019.pdf
- PRVA - Public Relations Verband Austria (2017): #PRGala17 des PRVA: Der Staatspreis PR geht an Österreichisches Rotes Kreuz für das Konzept „Retten wir die Rettung“. URL: <https://prva.at/32-events/pr-gala/1347-prgala17-des-prva-der-staatspreis-pr-geht-an-oesterreichisches-rotes-kreuz-fuer-das-konzept-retten-wir-die-rettung>
- Rall, M. (o.D.): Für die Sicherheit Ihrer Patienten und mehr: medizinische Simulations-Teamtrainings. URL: <https://www.inpass.de/simulationstrainings/>
- Rat der EU (2012): Empfehlung des Rates vom 20. Dezember 2012 zur Validierung nicht formalen und informellen Lernens (2012/C 398/01) URL: <https://op.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/8b2f3b0a-4ffb-11e2-9294-01aa75ed71a1/language-de>
- Rath, O. (2017): Partizipative Forschung in der Basisbildung. URL: <https://erwachsenenbildung.at/aktuell/nachrichten/11847-partizipative-forschung-in-der-basisbildung.php>
- RealSim (2020): REALSIM / Mixed Reality - Service & Produkte. URL: <https://www.realsim.info/service-produkte/>
- Reich, K. (2007): Advanced Organizer. URL: <http://methodenpool.uni-koeln.de/download/organizer.pdf>
- Rettungsdienst (2019): Thema: Änderung des Notfallsanitättergesetzes? Stumpf + Kossendey mbH: Edewecht. URL: <https://www.rettungsdienst-shop.de/produkt/aenderung-des-notfallsanitaettersgesetzes-digitale-spezialausgabe-rettungsdienst/>
- RIS (2020b): RIS – Sanitäter-Ausbildungsverordnung. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002916>
- RIS (2020c): RIS – Ärztesgesetz 1998. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>
- RIS (2020d): Nationaler Qualifikationsrahmen URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009496>
- RIS (2020f): Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz, Fassung vom 15.10.2019. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936>
- RIS (2020f): RIS – Primärversorgungsgesetz. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948>
- RIS (2020g) RIS - Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000306>

- RR - Redaktion Rettungsdienst (2012): Fortbildung: Mehr Flexibilität durch E-Learning. URL: <https://www.rettungsdienst.de/news/fortbildung-mehr-flexibilitat-durch-e-learning-27798>
- Schild, J. (2018): EPICSAVE – Seltene Notfälle kollaborativ trainieren. URL: <https://www.uni-potsdam.de/vrarl/index.php/2018/11/05/epicsave-seltene-notfaelle-kollaborativ-trainieren/>
- Schilderoth, J. (o.D.): Selbstorganisiertes Lernen mit der Unterstützung neuer Medien. URL: https://www.mes-alsfeld.de/fileadmin/user_upload/mes-alsfeld.de/FlyerInfoDownload/Hauptmenue/NeLe/Selbstorganisiertes_Lernen_mit_der_Unterstuetzung_neuer_Medien_im_Berufsschulunterricht.pdf
- Schmitt-Sausen, N. (2019): USA: Augmented Reality: Hologramme erleichtern Operationen. In: ÖÄZ - Österreichische Ärztezeitung 19/2019. URL: <https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2019/oeaez-19-10102019/usa-augmented-reality-hologramm.html>
- Schmitz-Eggen, L. (2013): Preis für Qualität im Rettungsdienst geht nach Österreich. URL: <https://www.rettungsdienst.de/news/preis-fuer-qualitaet-im-rettungsdienst-geht-nach-oesterreich-39852>
- Schober, C. et al. (2012) Der gesellschaftliche und ökonomische Nutzen des Zivildienstes in Österreich. NPO-Institut: Wien. URL: https://www.zivildienst.gv.at/404/files/Studie_zum_oekonomischen_Nutzen_des_Zivildiensts.pdf
- Schönberger, A. (2019): Fehlannahmen. In: *Profil* 51/2019. 50 Jg. S. 68-75.
- Schöpfer, G. et al. (2014): Betreff: Anregungen und Positionen für eine Novelle des Sanitätsgesetzes. ÖRK, ASBÖ, Malteser Hospitaldienst und JUH. Gemeinsames Positionspapier der HiOrgs.
- Seebauer, S. (2013): Bereitschaft und Motive für Freiwilligenarbeit. VOICE Working Paper 01. November 2013. URL: http://wegcwww.uni-graz.at/publ/users/ses/voice/VOICE-WP-01_BereitsMotiveFrwArbeit.pdf
- Sefrin, P. (1997): "Scoop and Run" Or "Stay and Play". In: *The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine*. 1997 (1) URL: <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/6614>
- Seiser, B. (2018): Wir fahren zu den ärgsten Einsätzen. URL: <https://kurier.at/chronik/wien/wir-fahren-zu-den-aergsten-einsaetzen/400093871>
- Seyer-Weiß, S. (2019⁶): *Das österreichische Bildungssystem*. IBW - Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft: Wien. URL: <https://ibw.at/resource/download/1824/oesterr-bildungssystem.pdf>
- SIM Campus (2020): Mission. URL: <https://www.simcampus.eu/de/mission/>
- SIZNOE - Niederösterreichisches Zentrum für medizinische Simulation und Patientensicherheit (2019): Home. URL: <https://www.simzentrum.at/de/>
- SK Verlag (2018a): DRK streicht Larynxtrachealintubation aus Sanitätsausbildung. URL: <https://www.skverlag.de/rettungsdienst/meldung/newsartikel/drk-streicht-larynxtrachealintubation-aus-sanitaetsausbildung.html>
- SK Verlag (2018c): Notfallsanitäter ersetzen Notärzte. URL: <https://www.skverlag.de/rettungsdienst/meldung/newsartikel/notfallsanitaeter-ersetzen-notaerzte.html>
- Smedex (2019): Startseite. URL: <http://www.smedex.com>
- Springer, G. (2014): Niederösterreichs Notfallmedizin für Notfälle. URL: <http://derstandard.at/2000006695824/Niederosterreichs-Notfallmedizin-fuer-Notfaelle>
- Stadt Köln (o.D.): Körperlicher Fitnessstest für die Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter. URL: <https://www.stadt-koeln.de/politik-und-verwaltung/feuerwehr/ausbildung/koerperlicher-fitnessstest-fur-die-ausbildung-zur-notfallsanitaeterin-oder-zum-notfallsanitaeter>
- Stadt Wien (o.D.): Bewerbungskriterien für RettungshelferInnen beziehungsweise SanitäterInnen bei der Berufsrettung Wien. URL: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/rettung/organisation/sani.html>
- Standard, Der (2014): Ärztekammer warnt vor Mediziner-mangel auch in den Städten. URL: <http://derstandard.at/2000005416631/Aerzte-kammer-warnt-vor-Mediziner-mangel-auch-in-den-Staedten>
- Statistik Austria (2018a): Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Kärnten 2017-2100 laut Hauptvariante URL: http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=027310
- Statistik Austria (2018b): Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Wien 2017-2100 laut Hauptvariante URL: http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=027317

- Statistik Austria (2019c): Bevölkerungsprognose 2019: Österreichs Bevölkerung wächst und altert weiterhin. URL: http://www.statistik.at/web_de/presse/122070.html
- Statistik Austria (2019f): Demographische Abhängigkeitsquoten und Durchschnittsalter seit 1869 URL: http://statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=031395
- Statistik Austria (2019g): Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2017-2100 laut Hauptszenario. URL: http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=027308
- STMI Bayern – Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration. (2019): Ministerrat beschließt Bundesratsinitiative zur Änderung des Notfallsanitättergesetzes. URL: <http://www.stmi.bayern.de/med/pressemitteilungen/pressearchiv/2019/240/index.php>
- STMI Bayern (2016): Rettungsdienstbericht Bayern 2016. URL: https://www.stmi.bayern.de/assets/stmi/sus/rettungswesen/id3_27_veroeffentlichungen_rettungsdienstbericht_by_2016_201701.pdf
- Stögmüller, D. et al (2017): 238/A-BR/2017. Gesetzesantrag des Bundesrats. URL: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/BR/A-BR/A-BR_00238/imfname_670996.pdf
- Talkner, B. (2019): Zivildienere werden zur „Mangelware“. URL: https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/zivildienere-werden-zur-mangelware_a3134724?fbclid=IwAR2XUWa5np3jhzIYd1dnAa1dxD7nxjXun13p94k5Tqqbqytg15G4ofOw_M
- Timm, L.H. (2018): Strukturierte Ersteinschätzung im Rettungsdienst in Anlehnung an das Manchester-Triage-System (MTS). URL: <https://d-nb.info/1160515174/34>
- Top Tools for Learning (2020a): Top 200 Tools for Learning 2019. URL: <https://www.toptools4learning.com/>
- Top Tools for Learning (2020b): WPL100: Top 100 Tools for Workplace Learning 2019. URL: <https://www.toptools4learning.com/wpl100/>
- Trimmel, H. & M. Baubin (2017): Notarztausbildung NEU – a neverending story? URL: <https://www.oegari.at/arbeitsgruppen/sektion-notfallmedizin/1112>
- TT – Tiroler Tageszeitung (2019): Samariterbund kämpft mit Mangel an Zivildienern. URL: <https://www.tt.com/panorama/gesellschaft/15181895/samariterbund-kaempft-mit-mangel-an-zivildienern?fbclid=IwAR0zhKbvdnp7FfnukN45yvXD8LfoKNYszwFyrvz21anwowWo6kHAbL80i0>
- Unger von, H. (2014b): Partizipative Forschung mit alten Menschen – (Wie) kann das gehen? Vortrag: 8. Internationales IFF-ÖRK Symposium. URL: https://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/10_von_Unger.pdf
- VALCOVOL – Validation of Competencies Acquired in Volunteering. (2018): Weissbuch zur Anerkennung von Kompetenzen, die durch Freiwilligenarbeit erworben wurden. URL: <http://valcovol.eu/wp-content/uploads/2017/08/ValCoVol-Whitepaper-deutsch-0218.pdf>
- ViTAWiN (2020): ViTAWiN - Virtuell-augmentiertes Training für die Aus- und Weiterbildung in der interprofessionellen Notfallversorgung. URL: www.vitawin.info
- VN - Vorarlberger Nachrichten (2018): Notfallsanitäter mit Notkompetenz. URL: <https://www.vn.at/lokal/vorarlberg/2018/09/25/notfallsanitaeter-mit-notkompetenz.vn>
- Volkshochschule (2016): Einladung 6. Werkstattgespräch Weiterbildungsforschung. URL: http://archiv.vhs.at/fileadmin/uploads_vhsarchiv/downloads/pdf/6_Werkstattgespr%C3%A4ch_Programm_per_14.3.2016.pdf
- Wagner, W. (2019): PRAEVENIRE Gesundheitstage 2019. Notfallmedizin im Umbruch. In: *Persikop* 87. Zukunft der Gesundheitsversorgung. Weissbuch 2020. S. 30-31. URL: https://www.periskop.at/wp-content/uploads/archiv/PER87_final.pdf
- Wiener Zeitung (2010): Patient von Trage gestürzt und gestorben. URL: https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/chronik/oesterreich/41335_Patient-von-Trage-gestuerzt-und-gestorben.html
- Wiener Zeitung (2019b): Wehrpflicht: Aus untauglich soll teiltauglich werden. URL: <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2018898-Wehrpflicht-Aus-untauglich-soll-teiltauglich-werden.html>
- Wiener Zeitung (2020): Dienstantritt für 3500 Zivildienere extra. URL: <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2056141-Dienstantritt-fuer-3500-Zivildienere-extra.html>

- WKO – Wirtschaftskammer Österreich. (2019): NQR – Nationaler Qualifikationsrahmen. URL: <https://news.wko.at/news/oesterreich/NQR---Nationaler-Qualifikationsrahmen.html>
- Wright, M. et al. (2008a): Partizipative Qualitätsentwicklung - Stufen der Partizipation. URL: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>
- Wright, M. et al. (2008b): Partizipative Qualitätsentwicklung - Methodenkoffer. URL: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer.html>
- WRK – Wiener Rotes Kreuz Ausbildungszentrum. (2018) Fortbildungen im ABZ für externe Teilnehmende. URL: https://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/LV/Wien/Hauptnavigation/Kurse_Aus_u_Weiterbildung/downloads/WRK_ABZ_SAN_Fortbildungsprogramm_2018.pdf
- WZ - Wiener Zeitung (2018): Rotes Kreuz als stärkste Marke. URL: https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/kultur/medien/963796_Rotes-Kreuz-als-staerkste-Marke.html
- Zahorsky, A. & Engelke, J. (2019): Medizinischer Einsatz für die Hololens 2. URL: <https://www.devicemed.de/medizinischer-einsatz-fuer-die-hololens-2-a-804938/>
- Zahl, J. (2018): Rettungsdienste klagen ueber Zivi-Schwund. URL: <https://kurier.at/chronik/niederoesterreich/rettungsdienste-klagen-ueber-zivi-schwund/307.415.609>
- Zivildienst Serviceagentur. (o.D.a): Zugang zum Zivildienst. (letzter Zugriff 20.05.2015, nun defekter Link) URL: <http://www.bmi.gv.at/cms/zivildienst/zugang/start.aspx>
- Zivildienst Serviceagentur. (o.D.b): Häufig gestellt Fragen (FAQ). URL: <https://www.zivildienst.gv.at/faq/start.aspx>

13.6 Sonstige Quellen

Mail- und persönliche Korrespondenz

- Girsa, M. (2017) Mailverkehr Diplomierter NFS MA70. Mai 2017.
- Pflanzl-Knizacek, L. (2018) Mailverkehr und persönliches Treffen. NKI = ALS?, ARC-Meinung. September 2018.
- Redelsteiner, C. (2018b) Mailverkehr - NKI = ALS?. September 2018.
- Burkowski (2019): Emailverkehr zu Änderungen/Evaluation des SanG. Oktober/November 2019.
- Aigner, P. (2019) - Emailverkehr bezüglich Diplomiertem NFS, November 2019.
- Grössinger, T. (2019) - Telefonischer und elektronischer Kontakt bezüglich Informationen zu EinsatzsanitäterInnen der Polizei. Oktober 2019.
- Grassl, J. (2020): Mailverkehr zu Berechtigung des Larynx tubes für RS - ASBÖ. Februar 2020.

Videos/Vorträge/Diskussionen

- Essl, A. (2017): Die Ausbildung zum Rettungsmediziner beim Mediziner corps Graz. Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin (AGN) Präsentation beim Jour-Fixe, Fortbildungsveranstaltung. Graz. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=teGYWxlKWb4>
- Redelsteiner, C. (2017): Sanitäterausbildung im EU-Vergleich. Präsentationen beim AGN Jour Fixe – Sanitäterausbildung am Prüfstand. Fortbildungsveranstaltung. Graz. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Y4lp84YK2o8>
- Rigaud, C. (2017): Vom Sinn und Unsinn einer arztfreien Notfallversorgung (AGN Notfallsymposium 2017) URL: <https://www.youtube.com/watch?v=mapyJ1cin8U>
- Schober, A. (2019): 3MT – Andreas Schober. Unigratz: Graz. Vortrag im Rahmen des internationalen Dissertationswettbewerbs 3MT. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=pYqiTamXZl0&t=44s>
- Schreiber, W. (2016): Podiumsdiskussion - Quo vadis, Notfallmedizin?. AGN-Kongress "Notfallmedizin 2016". URL: <https://www.youtube.com/watch?v=wLDrSZEKoUU&feature=youtu.be&list=PLTzr9JyRjdyIWp8jYwLGR-J57HiS4KtX&t=1085>