



ZUKUNFT RETTUNGSDIENST QUO VADIS, BERUFSBILD?

AKTUELLE UND ZUKÜNFTIGE TÄTIGKEITS- UND AUSBILDUNGSANFORDERUNGEN
FÜR DEN BERUF DER SANITÄTER:IN

Positionspapier
Version 2.0

Stand: Februar 2023

Dank der engagierten Mitwirkung von Sanitäter:innen aus Österreich und darüber hinaus.

HERAUSGEBER

BVRD.at Bundesverband Rettungsdienst
Nebingerstraße 6, 4020 Linz, Oberösterreich, Österreich
ZVR: 461087057

Mail: office@bvrld.at
Web: www.bvrld.at

Facebook: www.facebook.com/bvrld.at
Instagram: www.instagram.com/bvrld.at
Twitter: @bvrld_at

2023

Zitiervorschlag:

Bundesverband Rettungsdienst – BVRD.at (2023): Zukunft Rettungsdienst. Quo vadis, Berufsbild? Positionspapier. Version 2.0. Linz.



BVRD.at

VORWORT



An die 45.000 Sanitäter:innen in Österreich arbeiten mit großer Leidenschaft und viel Engagement in verschiedenen Organisationen, in einem breiten Tätigkeitsspektrum und oft unter enorm herausfordernden Rahmenbedingungen. Dabei steht stets das Wohl des Patient:innen im Mittelpunkt ihres Handelns. Genau dieses Engagement verdient Anerkennung und Unterstützung.

Um den aktuellen und zukünftigen Anforderungen der gesellschaftlichen, medizinischen und technischen Entwicklungen gerecht zu werden, ist es dringend notwendig, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sich ein moderner Rettungsdienst mit hoch motivierten und engagierten Sanitäter:innen entfalten kann. Dafür braucht es Perspektiven, ein modernes, reformiertes Gesetz und neue Wege in der Ausbildung.

Dieses Positionspapier soll nicht aufzeigen, was alles nicht funktioniert. Vielmehr macht es einen Problemaufriss und bietet innovative und umsetzbare Lösungen dazu an. Die Grundlage dafür bildet ein von zahlreichen ehrenamtlichen und hauptberuflichen Sanitäter:innen getragener, breiter Konsens, der in unzähligen Diskussionen und Gesprächen erarbeitet wurde.

Als BVRD.at ist es unser Ziel, einen Beitrag und konkrete Lösungsansätze zur qualitativen Weiterentwicklung im österreichischen Rettungswesen zu leisten. Wir freuen uns, wenn Sie dieses Ansinnen mit uns teilen und wir gemeinsam die Veränderung im Rettungswesen vorantreiben können, die es für die Zukunft braucht.

Clemens Kaltenberger
Vizepräsident BVRD.at

*„Sanitäterinnen und Sanitäter sind Teil der Lösung,
die es zur Bewältigung der Herausforderungen der Zukunft braucht.
Wir können und wollen Zukunft aktiv mitgestalten.“*

STATEMENT ÖGARI



Im vorliegenden Positionspapier „Zukunft Rettungsdienst“ führt der Bundesverband Rettungsdienst, gestützt auf die Mitwirkung zahlreicher engagierter Sanitäter:innen und Institutionen wie der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfallmedizin (ÖGERN) die Entwicklung des nichtärztlichen Rettungsdienstes in Österreich während der letzten zwanzig Jahre aus. Ebenso lange besteht auch das Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz, [BGBl. I Nr. 30/2002](#)).

Vieles hat sich in dieser Zeit verändert – von der Demographie der österreichischen Bevölkerung über die Verfügbarkeit (ärztlicher wie nichtärztlicher) extramuraler Ressourcen, die Weiterentwicklung medizinischer Versorgungsstandards und -strukturen und nicht zuletzt auch das europäische Umfeld, was besonders die Ausbildung und den Tätigkeitsumfang von Sanitäter:innen unterschiedlicher Qualifikationsstufen betrifft. All dies wird in diesem als Motivenbericht anzusprechenden Papier ausführlich dargestellt.

Es ist hoch an der Zeit, auch in Österreich entscheidende Anpassungen in diesem Themenbereich vorzunehmen. Die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) als notfallmedizinische Fachgesellschaft unterstützt die Bemühungen um eine Reform des Sanitätergesetzes vollinhaltlich, wie dies auch bereits in der Publikation zum [Einsatz von Notärzt:innen](#) zum Ausdruck gebracht wurde.

Aus der Sicht der ÖGARI ist von Seiten des Gesetzgebers sicherzustellen, dass die Ausbildung den aktuellen Qualifikationsanforderungen entspricht, die Schaffung eines Berufsbildes ermöglicht und den/die (Notfall-)Sanitäter:in als gut ausgebildeten prähospital tätigen Experten und Partner niedergelassener Ärzt:innen, Notärzt:innen sowie anderer Stakeholder der extramuralen Versorgung positioniert.

Die ÖGARI sieht hier die absolute Notwendigkeit zur Verlängerung und Vertiefung des Ausbildungsumfanges, der vor allem die klinischen und praktischen Kompetenzen von (Notfall-)Sanitäter:innen stärken muss: dies macht die deutlich verstärkte Einbindung entsprechender Lehrkliniken bzw. -abteilungen in die Sanitäterausbildung in weit größerem Umfang als heute unabdingbar. Der hier vorgelegte Entwurf stellt eine solide Diskussionsgrundlage dar, auf welcher positive Weiterentwicklungen möglich sein sollten.

Von zentraler Bedeutung wird es sein, die Interessen der Patient:innen in den Mittelpunkt zu stellen: nicht die Diskussion über einzelne technische Fertigkeiten, sondern die Erarbeitung einer Basis für ein mehrstufiges, an Versorgungsnotwendigkeiten orientiertes, umfassendes Ausbildungskonzept wird uns diesem Ziel näherbringen. Die hier vorgeschlagene Struktur nimmt auch auf die österreichische Besonderheit eines überwiegend auf Ehrenamtlichkeit beruhenden Rettungsdienstes Bezug. Ohne Zweifel werden in Zukunft Anpassungen notwendig sein, um im europäischen Umfeld weiter bestehen zu können. Der vorgeschlagene Weg bietet auch aus Sicht der ÖGARI eine qualifizierte Diskussionsgrundlage.

Als Fachgesellschaft der österreichischen Anästhesisten und Intensivmediziner, welche seit vielen Jahrzehnten den größten Anteil ärztlicher Notfallmediziner:innen in der prähospitalen Versorgung stellen, steht die ÖGARI sehr gerne für diesen Prozess der Weiterentwicklung als Partner zur Verfügung.

Für die Sektion Notfallmedizin
Prim. Univ.-Prof. Dr. Helmut Trimmel MS



STATEMENT AGN



Es ist (leider) unbestritten, dass das österreichische Gesundheitssystem in einer Krise steckt. Österreich liegt zwar im EU-Vergleich mit der Pro Kopf Quote an Ärzte:innen im Spitzenfeld, es gibt jedoch kaum eine medizinische Abteilung, die nicht über einen Ärzt:innenmangel klagt. Österreich hat auch die größte Dichte an Notarztsystemen (1 Notarztsystem auf 40 000 EW) und die höchste Anzahl an Notarzttalarmierungen, etwa 250 000 pro Jahr Tendenz steigend. Unsere Analysen und wissenschaftlichen Auswertungen haben jedoch ergeben, dass in mehr 50% aller Einsätze keinerlei ärztliche Maßnahme erforderlich ist. In weiteren 20% genügt das Legen eines venösen Zugangs bzw. ein Transport unter laufender Überwachung. Somit sind mehr 70% aller Notarzttalarmierungen nicht indiziert. Trotz hoher Honorierungen sind deshalb Notarztdienste aufgrund der wenigen Einsätze, wo notärztliche Kompetenz gefordert ist, alles andere als attraktiv.

Wie in dem Positionspapier des BVRD beschrieben gibt es ein weiteres Alleinstellungsmerkmal des österreichischen Rettungsdienstes. Zu 95% wird dieser von Sanitäter:innen bespielt, die über eine Grundausbildung von 260 Std. verfügen und in erster Linie Krankentransporte durchführen. Es fehlen eigenverantwortlich tätige Sanitäter:innen mit adäquater Ausbildung und ausreichender Erfahrung im Notfallmanagement. Es ist leicht ableitbar, dass darin einer der Hauptgründe für die große Zahl nicht ärztlicher indizierter Einsätze liegt.

Die AGN unterstützt deshalb mit voller Überzeugung die Initiative des BVRD für eine Novelle des Sanitätergesetzes. Ein modernes präklinisches Notfall Management erfordert eine abgestufte Versorgung, wo auch kompetente Sanitäter einen eigenen Arbeitsbereich haben. Diese sind nicht nur wie bisher in erster Linie der/die „nicht ärztliche Helfer/in“ am Notarztwagen, sondern sollten auch eigenverantwortlich Notfallpatient:innen beurteilen und evtl. versorgen können.

Dabei geht es primär nicht um rettungstechnische Maßnahmen oder Gabe von Medikamenten, sondern um eine Beurteilung des Notfallgeschehens mit der Kernfrage, ob eine notärztliche Versorgung vor Ort erforderlich ist oder nicht ein rascher Transport für den Patienten sogar sinnvoller wäre.

Diese Ausbildung kann in der Praxis nur an Notfallpatient:innen erfolgen, wobei es sinnvoll erscheint, sich an Fallzahlen und nicht an Ausbildungszeiten zu orientieren. Welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen dann von den Sanitäter:innen durchgeführt werden, ist im Detail in Arbeitsgruppen abzustimmen.

Die AGN hofft auf eine baldige Bearbeitung des Konzepts und würde sich gerne auch aktiv in die Arbeitsgruppe für die Sanitäterausbildung einbringen.

Ao. Univ.-Prof. Dr. Gerhard Prause
Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin Graz (AGN)



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	3
Statement ÖGARI	4
Statement AGN	5
Inhaltsverzeichnis	6
Abkürzungen.....	8
Executive Summary.....	9
1 Hintergrund.....	16
1.1 Rettungsdienst – Status quo	18
1.2 Rettungsdienst im Wandel der Zeit.....	19
1.3 Status Quo Ausbildung und Fortbildung.....	24
1.3.1 Modul I – Rettungssanitäter:in.....	24
1.3.2 Modul II – Notfallsanitäter:in.....	24
1.3.3 Modul II – Allgemeine Notfallkompetenzen (NKA und NKV)	25
1.3.4 Modul II – Besondere Notfallkompetenzen (NKI).....	25
1.3.5 Zum aktuellen Stand der Anzahl an Sanitäter:innen in Österreich.....	26
1.3.6 Spannungsfelder in der Aus- und Fortbildung.....	27
1.4 Qualitätsdimensionen im Rettungsdienst.....	32
1.4.1 Operationalisierung der Qualitätskriterien in Österreich	33
1.4.2 Leitlinien und deren Anwendung im österreichischen Rettungsdienst.....	34
1.4.3 Spannungsfeld Qualität im österreichischen Rettungsdienst	40
1.4.4 Qualität im Rettungsdienst – ein Return of Investment?	44
1.4.5 Vorschlag zur einheitlichen Definition von Qualitätsindikatoren im Rettungsdienst	47
1.5 Europaweite Entwicklungen im Rettungsdienst	48
1.5.1 Deutschland – vom Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter.....	48
1.5.2 Diplomierter Rettungssanitäter Transportsanitäter:in in der Schweiz.....	49
1.5.3 Rettungsoffizier:in Notfallsanitäter:in in Ungarn	49
1.5.4 Paramedics Rettungspfleger:innen in Tschechien, Slowenien und der Slowakei	49
1.5.5 Rettungsfachkraft in den Niederlanden.....	50
1.5.6 Paramedics in Großbritannien	50
1.5.7 Krankenpfleger:in bei SMUR in Frankreich	50
1.5.8 Unterschiedliche Rettungssysteme, Österreich als Ausbildungsschlusslicht	51
1.6 Rettungsdienst und Rettungswissenschaften.....	52
1.7 Gesellschaftlicher Status und Erwartungen	53

2	Sanitäter:in – ein Zukunftsberuf.....	55
2.1	Partizipative Veränderung des Rettungsdienstes	56
2.1.1	Forum Zukunft Rettungsdienst – Austausch und Partizipation	56
2.1.2	Initiative Zukunft Rettungsdienst.....	58
2.1.3	Rettungsdienst im Brennpunkt.....	59
2.2	Ausbildungsmodelle von Sanitäter:innen	60
2.2.1	Medizinercorps.....	60
2.2.2	Präklinische Versorgung und Pflege	60
2.2.3	DiplomierterR NotfallsanitäterIn – ÖGB	61
2.2.4	Ein Blick in die Vergangenheit – Diplomierter Rettungsassistent 1993.....	61
2.2.5	Ausbildungsbedarf von Sanitäter:innen	62
2.3	Zusammenarbeit mit und Erwartung von Notärzt:innen	63
2.4	Qualität im Rettungsdienst.....	64
2.5	Durchlässigkeit und Aufnahme in die Gesundheitsberufe	64
2.6	Biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit.....	65
2.7	Eine Zukunft für das Ehrenamt im Rettungsdienst	65
3	Forderungen.....	66
4	Diplomierter:er Sanitäter:in Ausbildung NEU	68
4.1	Sanitäter:innenausbildung NEU	68
4.2	Diplom-Notfallsanitäter:in (Dipl.-NFS)	68
4.3	Rettungssanitäter:in (RS)	68
4.4	Optionaler BOS-Basislehrgang	69
4.5	Conclusio.....	69
	Der Bundesverband Rettungsdienst	75
	Literatur.....	76
	Anhang.....	84

ABKÜRZUNGEN

ALS	Advanced Life Support
APSS	Austrian Prehospital Stroke Scale
BLS	Basic Life Support
BVRD.at	Bundesverband Rettungsdienst
ECTS	European Credit Transfer System (Studienleistungen)
EKG	Elektrokardiogramm
idgF	in der gültigen Fassung
KTW	Krankentransportwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NFS	Notfallsanitäter
NKA	Notfallkompetenz Arzneimittellehre
NKI	Notfallkompetenz Intubation
NKV	Notfallkompetenz Venenzugang
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PCI	Perkutane Koronare Intervention
RS	Rettungssanitäter
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
SanAV	Sanitäter Ausbildungsverordnung
SanG	Sanitätsgesetz
SEW	Sanitätseinsatzwagen
TIA	Transitorische Ischämische Attacke

EXECUTIVE SUMMARY

Das hier vorliegende Positionspapier ist Ergebnis einer mehrjährigen intensiven Auseinandersetzung von Sanitäter:innen aus ganz Österreich. Zentrales Anliegen ist eine umfassende Novellierung des Sanitätergesetzes mit dem Ziel, ein nachhaltiges und zukunftsfähiges Berufsbild zu etablieren. Eine grundlegende Veränderung des Rettungsdienstes ist dringend notwendig, um angesichts bestehender und zukünftiger Herausforderungen eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

Die Herausforderungen sind vielfältig

- **demographische Verschiebung** der Altersstruktur in Österreich hin zu einer älter werdenden Gesellschaft und eine damit einhergehende, erwartbare deutliche Zunahme von (Notfall-)Patient:innen, die den Rettungsdienst öfter und teils inadäquat beanspruchen¹ (Redelsteiner, 2016a, S. 189–206)
- **Veränderung der Einsatzindikationen**, welche sich bedingt durch gestiegene Sicherheitsstandards² und die Folgen einer Wohlstandsgesellschaft³ weg von Unfällen und Verletzungen hin zu Primärversorgungsproblemen mit zumeist internistischen Erkrankungen entwickeln (Booker et al., 2014, 2015, 2017, 2019a, 2019b)
- kontinuierlich **steigendes Fahrtenaufkommen** in den Rettungsorganisationen, vor allem im Kranken-, aber auch im Rettungstransport⁴ und weiterführend **verlängerte Wartezeiten** in Ambulanzen, auf Krankentransporte und teils auch in der Notfallversorgung
- eine Interventionsstrategie vieler Rettungsorganisationen, die derzeit fast ausschließlich **auf Hospitalisierung ausgerichtet** ist. Dadurch kommt es häufig vor, dass Regionen über einen längeren Zeitraum ohne Rettungsmittel bleiben (Redelsteiner, 2016a, S. 168–170).
- Herausforderungen durch **chronisch kranke, multimorbide Notfallpatient:innen**, ohne passende Verweisungsmöglichkeiten oder Ressourcen für den Rettungsdienst (Redelsteiner, 2013, 2016a, 2018a)
- **„Drehtürpatient:innen“**, die den Rettungsdienst im Rahmen ihres psychiatrischen oder somatischen Krankheitsbildes kontinuierlich und oftmals in steigender Frequenz beanspruchen (Ander, 2009; Böhm et al., 2011; Olsson, 2001)
- **Rückgang flächendeckender Primärversorgung** durch niedergelassene Allgemeinmediziner:innen
- **Über- und Fehlbeanspruchung von Sonderrettungsmitteln** (mit Notärzt:innen besetzte Fahrzeuge) aufgrund mangelnder Verfügbarkeit von Hausärzt:innen und des geringen Ausbildungsstandes der Sanitäter:innen (Prause et al., 2017, 2020; Prause & Kainz, 2014)
- steigende Zahl von **Patient:innen mit sozialen bzw. psychosozialen Problemen** und Anliegen, wie zum Beispiel Einsamkeit, Obdachlosigkeit, Überforderung pflegender Angehöriger, Abhängigkeit, psychische Erkrankungen (Luiz, 2013; Luiz et al., 2002; Redelsteiner & Pfliegerl, 2015)

¹ Der Anteil der über 60-Jährigen steigt von 23,4% 2020 auf 30,4% 2030 (+ 560.000) Quelle: (Statistik Austria, 2020).

² Die Zahl der Personenkraftwagen in Österreich betrug im Jahr 2000 noch etwa vier Millionen, im Jahr 2019 um eine Million mehr, während die Zahl der Unfälle mit Personenschaden von 42.000 (davon 976 Getötete) im Jahr 2000 auf 35.000 (davon 416 Getötete) zurückging.

³ Die Zahl der an Diabetes Mellitus Verstorbenen betrug im Jahr 2000 noch 1.388 Personen (entspricht 1,8 % der Gestorbenen), im Jahr 2019 waren es bereits 2.656 (entspricht 3,1 % der Gestorbenen).

⁴ siehe u.a. <https://www.leitstelle.tirol/unternehmen/einsatzstatistik/> oder <https://notrufnoe.com/ueber/statistik/>.

- die als gesundheitliche Ungleichheit beschriebene **strukturelle Benachteiligung von Bevölkerungsgruppen**, wie zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund, Arbeitslose, etc. (Cournane et al., 2017; Engel et al., 2011; Jungbauer-Gans & Gross, 2009; M. Richter & Hurrelmann, 2009; V. Richter & Schmid, 2011)
- **Zivildienermangel⁵** aufgrund geburtenschwacher Jahrgänge⁶ und steigender Anzahl von untauglichen Zivildienern, was hohe Kosten für die Rettungsorganisationen verursacht⁷
- **Veränderung im Engagement vieler Freiwilliger**, die ihre Tätigkeit kürzer ausüben
- **drohender Personalmangel im Rettungsdienst**
- Eine heterogene Auslegung des SanG sorgt für ein **uneinheitliches Versorgungsbild** was den Einsatz und die Vorhaltung von Sanitäter:innen unterschiedlicher Ausbildungsstufen, die Besetzung und Ausstattung von Rettungsfahrzeugen, die Disponierung und die Versorgungsweise der Rettungsdienste betrifft⁸
- **Neun verschiedene Landesrettungsgesetze** erschweren die Schaffung einheitlicher Versorgungsstandards von Notfallpatient:innen in Österreich
- tatsächliche Ausbildungsdauer, Inhalte sowie **Kriterien für den Einsatz im Rettungs- oder Krankentransport variieren** je nach österreichischer Region bzw. Organisation
- das derzeit vielerorts praktizierte System der **Querfinanzierung des Rettungsdienstes durch den Krankentransport** schafft mitunter ein Anreizsystem für möglicherweise vermeidbare Transporte
- je nach Bundesland sehr unterschiedliche Vorgaben in der Disponierung und **Ausrückordnung**

Gründe für eine grundlegende Reform des Sanitätergesetzes (SanG)

Unserer Ansicht nach braucht es aus den folgenden Gründen eine umfangreiche Auseinandersetzung mit anschließender Etablierung eines neuen Berufsbilds Sanitäter:in:

- **das SanG ist in die Jahre gekommen:** Seit 20 Jahren existiert das Sanitätergesetz, welches Form und Umfang der unterschiedlichen Ausbildungsstufen regelt, beinahe unverändert, obwohl sich in dieser Zeit die Anforderungen, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten drastisch weiterentwickelt haben
- **Österreich hinkt in der Entwicklung deutlich hinterher:** Rund um Österreich und darüber hinaus (Deutschland, Schweiz, Ungarn, Tschechische Rep., Slowenien, Slowakei, Italien, Schweiz, Liechtenstein, Frankreich, Großbritannien, USA) führten jahrzehntelange Bestrebungen bereits zur Professionalisierung im Bereich des Rettungsdienstes mit zumeist mehrjähriger Ausbildung und einem etablierten Berufsbild

⁵ Die Zahl der tauglichen zugewiesenen jungen Männer zum Zivildienst lag für 2018 bei 14.591 (Rückgang zum Vorjahr um 2,12 %) – Quelle: Bundesministerium für Inneres Österreich (7. Februar 2019). Anzahl der Zuweisungen zum Zivildienst in Österreich von 2008 bis 2018 [Graph]. In Statista. Zugriff am 12. August 2020, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/829837/umfrage/zuweisungen-zum-zivildienst-in-oesterreich/>.

⁶ Der Anteil der 18- bis 25-jährigen schrumpft in den nächsten 10 Jahren von 9 % im Jahr 2020 (808.536) auf 8 % der Gesamtbevölkerung im Jahr 2030 (773.034).

⁷ Siehe Anhang Medienartikel.

⁸ Beispielsweise haben im bodengebundenen Rettungsdienst in Graz und Wien, der Betriebsrettung voestalpine Linz sowie beim Arbeiter Samariterbund und den Johannitern Notfallsanitäter:innen mit der besonderen Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI) im Notfall die Möglichkeit, eine endotracheale Intubation durchzuführen, während diese in den restlichen Bundesländern derzeit nicht ausgebildet und die Anwendung teils nicht zugelassen wird. Die notwendige Ausstattung eines Rettungswagens und die personelle Besetzung werden je nach Tageszeit und Region unterschiedlich gehandhabt. Die Anwendung der allgemeinen Notkompetenzen ist österreichweit höchst unterschiedlich geregelt. Siehe dazu <https://www.oegern.at/stellungnahme-zu-differenzierter-freigabe-von-arzneimitteln-fuer-notfallsanitaeterinnen/>.

- **Es fehlt an Forschung:** Es hat sich eine wissenschaftliche Disziplin zur Erforschung des Rettungsdienstes (engl. „Paramedicine“, dt. „Rettungswissenschaften“) etabliert, in der Österreich keine Rolle spielt.⁹
- **Der Anschluss zu anderen Gesundheitsberufen ist bei weitem nicht mehr gegeben:** Gesundheitsberufe, insbesondere die Gesundheits- und Krankenpflege, haben sich in den letzten Jahren stark professionalisiert¹⁰, eine Durchlässigkeit ist nur bei gleichrangiger Ausbildung möglich
- **Die Technologie entwickelt sich rasant weiter:** Durch die bessere Verfügbarkeit von neuen medizintechnischen Entwicklungen, wie Telemetrie, Point of Care Blutgasanalyse, Ultraschall, Videolaryngoskopie, Monitore und Defibrillatoren, mobiles EEG, Verbandsstoffe, intraossäre Zugangswege etc. erhöht sich die Versorgungsqualität für Patient:innen, vorausgesetzt entsprechend gut ausgebildetes Personal kann dies adäquat einsetzen
- **Eine bessere Erstversorgung spart langfristig Kosten:** Eine rasche und professionelle Versorgung von Patient:innen führt zu einer Verbesserung des Behandlungsverlaufs und damit zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen
- **Fast in Fast out:** Unabhängig vom Status (ehrenamtlich, beruflich, Zivildienstler) wird dieselbe Verantwortung und Professionalität von Sanitäter:innen im Einsatz erwartet. Der Rettungsdienst bleibt aber der einzige Tätigkeitsbereich im Gesundheitswesen, bei dem keinerlei Unterschied zwischen der Art des Engagements gemacht wird und bei dem je nach Ort und Tageszeit unterschiedliche Helfer:innen zur Verfügung stehen. Fehlende Anerkennung, der regelmäßige Zivildienstwechsel und Veränderungen im ehrenamtlichen Engagement führen zusätzlich zu einer hohen Personalfuktuation.
- **Sanitäter:innen haben ein Vertretungsproblem:** Sanitäter:innen haben keine Berufsvertretung im Sinne eines Pflegeverbandes oder eine Ärztekammer. Durch die Aufspaltung in Ehrenamtliche, Berufliche und Zivildienstler innerhalb der vielen kleinstrukturierten Rettungsdienstanbieter fehlt ihnen ein gemeinsames Fachverständnis. Auch die gewerkschaftliche Vertretung der Interessen der Sanitäter:innen ist je nach Organisation und Bundesland unterschiedlich. Teilweise sind diese auch in anderen Berufsgruppen inbegriffen, was eine koordinierte Vertretung zusätzlich erschwert¹¹
- **Dunning-Kruger-Effekt:** Sanitäter:innen in Österreich neigen aufgrund ihrer kurzen Ausbildung dazu, ihre eigenen Fähigkeiten zu überschätzen, überlegene Fähigkeiten bei anderen nicht zu erkennen und das Ausmaß ihrer Kompetenz nicht richtig einzuschätzen. Allerdings bestünde die Chance, durch Bildung und Übung nicht nur die Kompetenz zu steigern, sondern auch eine bessere Selbsteinschätzung zu erreichen (Kruger & Dunning, 1997)
- **Die Diskussion ist nicht neu:** Bereits vor der erstmaligen Einführung des Sanitätergesetzes gab es Modelle für ein professionelles Berufsbildes mit mehrjähriger Ausbildung (Müller & Huber, 1995), welche, wie spätere Ansätze (ÖGB ARGE Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe, 2017), nicht zur Anwendung kamen.
- **Ärzte und Juristen unterstützen die Anliegen:** Fachgesellschaften wie die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, aber auch die Österreichische Gesellschaft für Notfall- und

⁹ siehe Anhang: Fachzeitschriften im Rettungsdienst.

¹⁰ Zu nennen sind hierbei der Prozess der Akademisierung der Pflege bzw. der therapeutischen Berufe (Ergo-, Physiotherapie, Logopädie) sowie die Schaffung zahlreicher wissenschaftlicher Disziplinen und Ausbildungsrichtungen im Bereich der Humanmedizin.

¹¹ Die wesentlichen Gewerkschaften im Rettungsdienst sind younion, VIDA, GPA, GÖD, ÖGB FGÖ – je nach Organisation und Bundesland sind diese unterschiedlich.

Katastrophenmedizin sehen die Notwendigkeit in besser ausgebildeten Sanitäter:innen, um die Notfallversorgung nachhaltig sicherzustellen (Baubin et al., 2022; Baubin & Schreiber, 2022)

Schaffung eines neuen Berufsbildes

Aus den genannten Gründen erachten wir die Schaffung eines neuen Berufsbildes mit einer neu geregelten Ausbildung für Sanitäter:innen in Österreich für unbedingt notwendig. Diese soll umgesetzt werden durch:

- die Schaffung von **Berufspfaden und Entwicklungsmöglichkeiten** als Sanitäter:in
- ein Ausbildungsmodell mit dem Zugang zu einer **mehnjährigen Ausbildungsform** an einer unabhängigen Bildungseinrichtung inkl. **Übergangsregelung** für bestehende Sanitäter:innen
- die Anrechnung und **Durchlässigkeit** in andere Gesundheitsberufe und **Eröffnung neuer Arbeitsbereiche** (innerklinisch sowie in der Primärversorgung)
- die Registrierung im **Gesundheitsberuferegister**
- **bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben** in Sachen Besetzung von Rettungsmitteln, Ausstattung, Berichterstattung, Qualitätskennzahlen
- den Einsatz des Rettungsdienstpersonals **adäquat zur Ausbildung**, einhergehend mit einer klaren Trennung zwischen First Respondern, KTW, RTW und weiteren Spezialbereichen
- eine **adaptierte Leistungsabrechnung**, in der nicht nur der Transport sondern die erbrachte medizinische Leistung mit eingerechnet wird (Fee for value statt Fee for Service)
- Die Entwicklung des Berufsbildes **Leitstellenmitarbeiter:in**
- **Forschung und Entwicklung** im Bereich Rettungswissenschaften, u.a. zu den Themengebieten Versorgung, Qualitätsparameter und Ausbildung im Rettungswesen
- die Etablierung einer **Fachvertretung** für alle Sanitäter:innen mit den Aufgaben: Vertretung der Sanitäter:innen, Qualitätssicherung sanitätsdienstlicher Leistungen, Mitsprache bei der Gesetzgebung, Interessensvertretung in Gesellschaft und Politik, Weiterentwicklung des Rettungsdienstes, etc.

Auf Basis dieser Forderung hat der Bundesverband Rettungsdienst ein **Ausbildungskonzept Sanitäter:in NEU** erarbeitet. Durch die Implementierung dieses Konzepts werden alle wichtigen Säulen der österreichischen Rettungslandschaft mit an Bord geholt. Ein modular aufbauendes System ermöglicht allen Interessierten unabhängig von ihrem Bildungsstand einen niederschweligen Eintritt in den Rettungsdienst.

Von einem optionalen **Basislehrgang** für Mitarbeiter:innen der Behörden für öffentliche Sicherheit mit Schwerpunkt auf Zivilschutz über die **Ausbildung zum/r Rettungssanitäter:in** – einer Fachkraft für den qualifizierten Krankentransport und für lebensrettende Sofortmaßnahmen – führt der Weg bis hin zum **Diplom Notfallsanitäter:in**, dem/der Expert:in für präklinische Notfallmedizin und der ganzheitlichen Versorgung eines/einer akut lebensbedrohten Patient:in.

Dadurch kann gewährleistet werden, dass sich in Zukunft junge Menschen für den **attraktiven Beruf Sanitäter:in** entscheiden, Entwicklungspotentiale entstehen und langfristig Menschen für den großen und an Bedeutung gewinnenden Bereich der Gesundheitsversorgung, für die Humanmedizin und den Sozialbereich gewonnen werden.

Die wichtige Diskussion um den künftigen Einsatz der **ehrenamtlich engagierten Personen** in Rettungsorganisationen wird dabei ebenso berücksichtigt, wie der qualifizierte **Einsatz von Zivildienern** im Rettungsdienst.

Modelle aus anderen europäischen Ländern zeigen, dass die Arbeit von ehrenamtlich engagierten Personen weiterhin eine bedeutende Rolle spielen wird.

Die Diskussion erfordert eine sachliche und objektive Herangehensweise, bei der das Wohl der Patient:innen im Vordergrund steht.

Ein Modell für die Zukunft

Durch die „Sanitäter:innenausbildung Neu“ besteht die einzigartige Chance, den Rettungsdienst aufzuwerten und international zu einem Vorreiter werden zu lassen. Dabei kommt eine neue Ausbildungs-idee zum Tragen: Denn auch ohne Matura kann über den Weg des Rettungsdienstes aufgrund der UG-Novelle von 2021 eine Studienberechtigung erlangt werden. Durch den modularen Aufbau ist die Ausbildung vom BOS-Basislehrgang bis hin zum Diplom-Notfallsanitäter für Ehrenamtliche, Zivildienstleistende und Hauptberufliche realistisch durchführbar umsetzbar. Ziel ist es, hochqualifizierte Fachkräfte für den Rettungsdienst auszubilden.

Was ist neu?

- Umfang der Ausbildung wird in **ECTS** dargestellt → gewährleistet die Einbettung der Ausbildung in das Europäische Qualitäts- und Transparenzmodell (Bologna-konform); bilden den tatsächlichen Zeitaufwand inkl. Vortrageinheiten, Selbststudium, Übungen, Praktika, Trainings etc. ab und verleiht der Ausbildung den Stellenwert, den sie verdient
- Erleichtert **Anrechenbarkeit und Durchlässigkeit** hin zu anderen Ausbildungen und Berufen
- eröffnet **niederschweligen Zugang zu tertiärer Ausbildung**
- Zeigt den Wert der Ausbildung und des Engagements – auch für Freiwillige und Zivildienere – und eröffnet ihnen Möglichkeiten zur Anrechnung und sich **im Gesundheitsbereich qualifiziert weiterzuentwickeln**
- Schließt mit einem neuen Beruf **die Lücke zwischen Basisversorgung und Notärztlicher Maximalversorgung** → sorgt für ein anspruchsvolles, attraktives Tätigkeitsfeld bei gleichzeitiger Schonung von Ressourcen: notärztliche Kompetenzen kommen da zum Einsatz, wo sie tatsächlich erforderlich sind
- Ausbildung an Fachhochschulen oder Universitäten **befeuert die Forschung** im rettungsdienstlichen Bereich
- Optionaler BOS-Basislehrgang realisiert eine gemeinsame **Basisausbildung im Zivilschutz** und eröffnet zahlreiche Anschlussmöglichkeiten in Freiwilligenorganisationen → Aufwertung der Freiwilligkeit
- **Innovativer und einzigartiger Zugang zur Ausbildung, die an Bestehendes anknüpft, Bewährtes weiterentwickelt und dennoch einen neuen Weg beschreitet**

SANITÄTER:INNEN AUSBILDUNG NEU

Option auf Zusatzausbildung - Aufbaulehrgänge - Lehre - Management -
Fachhochschulen und Universitäten

DIPL. NOTFALLSANITÄTER:IN

165 ECTS + 15 ECTS

Notfallrettungsdienst - Notarzdienst - Eigenständiger Intensivtransport mit/ohne Arzt -
Primärversorgungszentren - Notfallambulanzen - Schockraummanagement - HIT -
Betriebsnotfallsanitäter

RETTUNGSSANITÄTER:IN

15 ECTS

Qualifizierter Krankentransport + Hygienetransport - First Responder -
Ambulanzdienste - Großschaden - Katastrophenfall - Lenker RTW

RETTUNGSDIENST

BOS BASISLEHRGANG (OPTIONAL)

Zivilschutz, 2 ECTS

Freiwillige Feuerwehr - Polizei - Grundwehrdienst - österreichische
Wasserrettung - Bergrettung - Höhlen- und Tiefenrettung

1 ECTS entspricht 25 Echtstunden á 60 min

Die Vision:

Ein neues Berufsbild für Sanitäter:innen, erstellt von Sanitäter:innen.

*Ziel des gemeinsam getragenen Prozesses für ein neues Berufsbild
ist die Anerkennung unserer täglichen Leistung,
ein Tätigkeitsspektrum, das unserer Verantwortung
gegenüber Patient:innen gerecht wird
und die Einordnung innerhalb der gehobenen Gesundheitsberufe
mit Perspektiven und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung.*

1 HINTERGRUND

Welche Anforderungen müssen Sanitäter:innen erfüllen, um den aktuellen und künftigen Herausforderungen im Sinne einer Patient:innen orientierten und bedarfsgerechten Versorgung zu entsprechen? Wie lässt sich daraus ein neues, attraktives Berufsbild für Sanitäter:innen entwickeln?

Im Rahmen des Forums „Zukunft Rettungsdienst“ beschäftigen sich Sanitäter:innen österreichweit und organisationsübergreifend seit Jahresbeginn 2020 mit diesen Fragestellungen und verfolgen das Ziel, ihre Berufsgruppe weiterzuentwickeln, attraktive Tätigkeitsbilder zu schaffen und den Rettungsdienst angesichts wachsender Herausforderungen zukunftsfit zu machen.

Anlass für die Auseinandersetzung war die Diskussion um eine bevorstehende Novellierung des Sanitätergesetzes von 2002 (SanG) im Jahr 2019, die im öffentlichen und politischen Diskurs damals kaum Beachtung fand. Die große Sorge war, dass der Rettungsdienst als Säule einer rund um die Uhr verfügbaren, wohnortnahen primären (Notfall-)versorgung und als Gesundheitsdienstleister im Notfall übersehen wird. Gerade tiefgreifende Veränderungen wie eine Gesetzesnovellierung erfordern Diskurs und die Einbeziehung einer breiten Basis von Betroffenen. Eine Novellierung bietet die Chance, nachhaltige Veränderungen auf wissenschaftlicher Grundlage und einem Dialog mit den Sanitäter:innen zu erreichen. Nach unserer Kenntnis wurde zu diesem Zeitpunkt die Chance versäumt, sowohl gegenwärtige wissenschaftliche bzw. evidenzbasierte Standards für ein Berufsbild heranzuziehen als auch Sanitäter:innen aus Österreich nach ihren Erwartungen und Vorstellungen zu befragen¹².

Engagierte Sanitäter:innen gründeten daher im Februar 2020 das **„Forum Zukunft Rettungsdienst“**. In regelmäßig stattfindenden Online-Treffen finden bis heute Vorträge und Diskussionen statt. Es wurden Ideen entwickelt und schließlich gemeinsame Forderungen formuliert. Damit soll ein aktiver Impuls in Richtung Beteiligung von Sanitäter:innen gesetzt werden, um aktiv an deren Berufsbild mitzuwirken. Aus diesem Prozess entstand 2021 die erste Version dieses Positionspapiers.

Gemeinsam mit Gewerkschaften, der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfallmedizin (ÖGERN) und der Fachhochschule St. Pölten wurde mittlerweile ein breites Bündnis für Veränderung, die sogenannte **„Initiative Zukunft Rettungsdienst“** gegründet. Es fanden Treffen mit dem zuständigen Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BM a.D. Wolfgang Mückstein bzw. BM Johannes Rauch) statt und im Rahmen der Veranstaltung **„20 Jahre Sanitätergesetz – Höchste Zeit für Veränderung!“** erfolgte schließlich auch die politische Zusage zu einer partizipativen Novellierung des SanG.

Dass sich die Sanitäter:innen selbst große Veränderungen erwarten, zeigte sich unter anderem am großen Andrang auf Veranstaltungen dieser Art (www.zukunft-rettungsdienst.at), mit jeweils mehreren hundert Teilnehmer:innen.

Vielfach wurde und wird die Diskussion um eine SanG Novelle auch sehr emotional geführt und Forderungen nach einer Professionalisierung mit einer Abschaffung der Freiwilligkeit gleichgesetzt. Uns ist es ein Anliegen deutlich zu machen,

¹² Im Zuge der Diskussion wurde auch das von den Einsatzorganisationen vorgeschlagene Papier zum SanG Neu diskutiert. Für eine Gegenüberstellung, siehe Tabelle 4 im Anhang.

dass diese und ähnliche Ideen nicht das Ziel der Initiative Zukunft Rettungsdienst sind. Vielmehr geht es darum, Ressourcen für den Gesundheitsbereich bestmöglich zu nutzen und die Attraktivität auf der einen Seite und den Benefit für Patient:innen auf der anderen Seite zu steigern. Außerdem bekennt sich die Initiative ausdrücklich zum notarztgestützten Rettungsdienst, der unbedingt adäquat eingesetzt werden soll.

Um dem Anspruch einer faktengestützten Diskussion gerecht zu werden, hat der BVRD.at ein **Transparenzportal** erstellt und online unter www.bvrd.at/was-wir-ueber-den-rettungsdienst-in-oesterreich-wissen-daten-zahlen-fakten zugänglich gemacht. Es wird fortlaufend aktualisiert. Im **Presseradar** unter www.bvrd.at/pressearchiv werden ausgewählte, aktuelle Medienberichte gesammelt.



1.1 Rettungsdienst – Status quo

Der Begriff Rettungsdienst umfasst die rund um die Uhr verfügbare und in lebensbedrohlichen Situationen rasche sanitätsdienstliche primäre Hilfe, sowie eine adäquate Weiterversorgung und gegebenenfalls den Transport in eine Behandlungseinrichtung. Im Kern besteht der Rettungsdienst aus drei Bereichen: der Notrufentgegennahme bzw. -bearbeitung und Disposition, was üblicherweise im Rahmen von überregionalen Notrufleitstellen organisiert ist, die regional (Rettungs- und Krankentransport) und überregional (Sonderrettungsmittel, Notarzteinsatzfahrzeuge, Notarzhubschrauber) organisierten Rettungsmittel¹³ und die Bewältigung von Großschadenslagen und Katastrophen als dritte Säule. Österreicher:innen werden Sanitäter:innen im Rettungs- und Krankentransport in anerkannten Rettungsorganisationen eingesetzt.¹⁴ Ihr Tätigkeitsfeld umfasst die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports, deren Übernahme und Übergabe im Rahmen des Transports, Hilfestellung in Akutsituationen einschließlich der Verabreichung von Sauerstoff und das Setzen lebensrettender Sofortmaßnahmen (inkl. Defibrillation) (vgl. §§9-12 SanG, 2002).

Aufgabe des Rettungsdienstes ist die Versorgung und Betreuung von Kranken, Verletzten und Hilfsbedürftigen

Die genannten Tätigkeiten dürfen ehrenamtlich, beruflich oder als Zivildienstler, als Soldat im Bundesheer oder als Teil der Exekutive ausgeübt werden. Durch die Absolvierung des Berufsmoduls (40 Stunden) erhalten Sanitäter:innen die Berechtigung zur hauptberuflichen Ausübung ihrer Tätigkeit. Darüber hinaus gibt es keine Unterscheidung der Art des Engagements.

Durch das Inkrafttreten des Sanitätergesetzes (SanG) am 1. Juli 2002 im Zusammenspiel mit den neun Landesrettungsgesetzen (je nach Bundesland aus den Jahren zwischen 1979 und 2017), hat sich der Rettungsdienst in Österreich seither zu einer organisierten, rasch verfügbaren und mobilen Ebene der Gesundheitsversorgung entwickelt. Der Vorteil des derzeitigen Systems mit vielen Freiwilligen und Zivildienstlern liegt in der kurzfristigen Mobilisierbarkeit einer hohen Anzahl kurz ausgebildeter bzw. auszubildender Mitarbeiter:innen, besonders im Fall von (Natur-)Katastrophen, Großschadensereignissen oder jüngst auch Pandemien. Demgegenüber haben sich tätigkeitsverwandte ähnlich personalstarke Bereiche wie die Gesundheits- und Krankenpflege, aber auch medizinische Berufsgruppen in den vergangenen Jahrzehnten international ausgerichtet, weiterentwickelt, professionalisiert bzw. auch akademisiert.

Doch während sich Versorgungsansprüche, Krankheitsbilder und Einsatzaufkommen in den letzten 20 Jahren veränderten, eine breite Technologisierung Einzug hielt und die Zahl der Zivildienstler und Freiwilligen gegenwärtig rückläufig ist, blieb das Sanitätergesetz in seiner Form beinahe unverändert. Weder der Ausbildungsumfang noch die in der Ausbildungsverordnung enthaltenen Unterrichtsfächer beachten die gegenwärtigen gesellschaftlichen, technologischen und demographischen Entwicklungen in ausreichendem Maße.

In den folgenden Kapiteln werden wesentliche Eckpunkte des Rettungsdienstes in Österreich und sich daraus ergebende Spannungs- und Kritikfelder beschrieben.

¹³ Eine differenzierte Erklärung findet sich z.B. in § 2 des NÖ Rettungsdienstgesetz <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrNO&Gesetzesnummer=20001142>.

¹⁴ Die in einer 15a-Vereinbarung festgelegte Ausgestaltung obliegt den Ländern und ist somit österreichweit unterschiedlich.

- Kapitel 1.2 zeigt auf, welcher Wandel sich in den letzten Jahren im Rettungsdienst vollzogen hat.
- Kapitel 1.3 befasst sich mit dem Status Quo zur Aus- und Fortbildung
- Kapitel 1.4 befasst sich mit Qualitätsaspekten im Rettungsdienst und inwiefern diese zu einer besseren Versorgung von Patient:innen beitragen. Es wird auf die Frage eingegangen, ob ein professioneller Rettungsdienst auch ein Return of Investment darstellen kann.
- Kapitel 1.5 beschreibt Europaweite Entwicklungen entlang der österreichischen Nachbarländer und deren Ausbildungsmodelle im Rettungsdienst.
- Kapitel 1.6 befasst sich mit Forschung und Entwicklung im Rahmen der sogenannten Rettungswissenschaften
- Kapitel 1.7 legt den gesellschaftlichen Status von Sanitäter:innen und Erwartungen an sie dar

1.2 Rettungsdienst im Wandel der Zeit

Seit Jahren zeichnet sich in Österreich eine kontinuierliche Steigerung von Rettungs- und Krankentransporten ab. Dieser Umstand beruht unter anderem auf wesentlichen Veränderungen der österreichischen Gesellschaftsstruktur. Reformen im Gesundheitssystem, wie beispielsweise Ambulanzschließungen sowie Spitalszusammenlegungen, tragen ebenfalls zu einem erhöhten Fahrtenaufkommen und einer Steigerung an Interhospitaltransporten bei.

Der demografische Wandel, Spezialisierung von Krankenhäusern, sowie fehlende Allgemeinmediziner führen zu Fahrtensteigerungen im Rettungsdienst

Der überwiegende Teil der Einsätze und Krankentransporte entfällt auf die Personengruppe der älteren Menschen (>65-Jährige). Die auch künftig steigende Lebenserwartung begünstigt diesen Umstand zusätzlich, wenn der Anteil der über 60-jährigen auf über 30% der Gesamtbevölkerung steigt (Statistik Austria, 2020). Redelsteiner (2018a, S. 110) zeigte für zwei ostösterreichische Bezirke auf, dass dort durch die älter werdende Gesellschaft eine Steigerung von Einsätzen im Zeitraum 2013 bis

2030 zwischen 23,8 % und 33,7 % zu erwarten ist. Die jährliche Steigerungsrate beträgt 1,78 %. Allein 2013 war das Viertel der Bevölkerung über 60 Jahren für 80% der Fahrten des dortigen großen Rettungsdienstbetreibers verantwortlich.

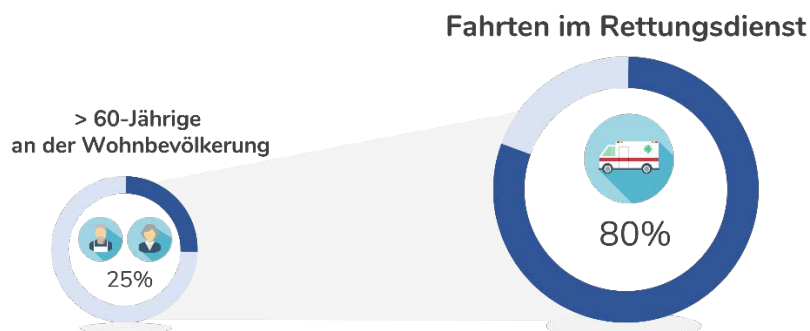


Abbildung 1 Prozentuelle Verteilung der Fahrten > 60 jährige in zwei Bezirken Österreichs; Quelle: (Redelsteiner, 2016b, S. 200)

Die Auswirkungen die durch den Rückgang an niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen, die mangelnde Verfügbarkeit mobiler Pflegedienste bzw. stationärer Pflegeplätze und negative sozialräumliche Effekte (Strukturschwache Regionen, niedriger sozioökonomischer Status usw.) können in Berechnungen lediglich geschätzt werden. Ihre Auswirkung auf das Fahrtenaufkommen ist dennoch teils erheblich und bedarf genauere Untersuchung.

Prückner et al. (2008, S. 392) wiesen bereits 2006 darauf hin, dass von den Notarzteinsätzen an NEF-Standorten in Kaiserslautern mehr als 55 % der Einsätze (von gesamt 4.600) bei über 60-Jährigen stattfanden, welche 24 % der dortigen Wohnbevölkerung ausmachten. Ein Viertel der Bevölkerung veranlasste also mehr als die Hälfte der Notarzteinsätze. Für das Bundesland Tirol zeigt der Bericht des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst, dass 42,5 % (von gesamt 16.255) der bodengebundenen Notarzteinsätze der Gruppe der über 65-Jährigen zugeordnet werden, die 2018 etwa 18,2 % Anteil an der Gesamtbevölkerung hatten.¹⁵ Knapp ein Fünftel der Bevölkerung verursacht dort etwa die Hälfte aller Einsätze. Dabei spielen unter anderem Faktoren wie chronische Erkrankungen, Überforderung, Hilflosigkeit, Stürze, Verwahrlosung und Einsamkeit eine wesentliche Rolle, weshalb die Alarmierungen in dieser Altersgruppe besonders hoch sind (Prückner et al., 2008; Redelsteiner & Pfliegerl, 2015).

Das Bevölkerungsviertel der über 60-Jährigen veranlasst mehr als die Hälfte der Notarzteinsätze.

In den Berechnungen ist festzuhalten, dass sich Effekte der Kompressionsthese als auch die Medikalisierungsthese wesentlich auf die gesundheitliche Entwicklung im Alter auswirken. Erstere vertritt die Annahme, dass steigende Lebenserwartung viel häufiger mit gesunden Lebensjahren einhergeht, Menschen also länger gesund bleiben und kürzer vor dem Sterbeeintritt chronisch erkranken. Demgegenüber wird in der Medikalisierungsthese die Ansicht vertreten, dass gewonnene Lebensjahre viel häufiger in Krankheit verbracht werden. Medikation, technische Entwicklungen führen demnach also lediglich zu einer Verlängerung der chronischen Krankheitsjahre.

Beim Blick auf die zukünftigen (hauptamtlich, ehrenamtlich) Mitarbeiter:innen im Rettungsdienst zeigt sich, dass sich diese zu einem Gutteil aus Zivildienern rekrutieren. Mit der de-facto stagnierenden Zahl junger Männer¹⁶ und dem Anstieg an Nicht- sowie Teiltauglichen sinkt auch die Zahl der Zivildienner, die jährlich den Rettungsorganisationen zugewiesen werden¹⁷. Durch diesen Umstand verliert der Rettungsdienst zunehmend eine seiner wesentlichen Rekrutierungsquellen, sowohl im ehrenamtlichen als auch beruflichen Kontext.

¹⁵ Daten aus <https://www.tirol.gv.at/statistik-budget/statistik/wohnbevoelkerung/>.

¹⁶ Der Anteil der 18-jährigen an der Gesamtbevölkerung verändert sich im Zeitraum 2020 (0,5% 44.697) bis 2030 (0,5% 47.030) kaum. 2021 wurde mit 45.343 der Tiefstand erreicht.

¹⁷ Die Zahl der tauglichen zugewiesenen jungen Männer zum Zivildienst liegt für 2018 bei 14.591 (Rückgang zum Vorjahr um 2,12%). – Quelle: Bundesministerium für Inneres Österreich (7. Februar, 2019). Anzahl der Zuweisungen zum Zivildienst in Österreich von 2008 bis 2018 [Graph]. In Statista. Zugriff am 12. August 2020, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/829837/umfrage/zuweisungen-zum-zivildienst-in-oesterreich/>.

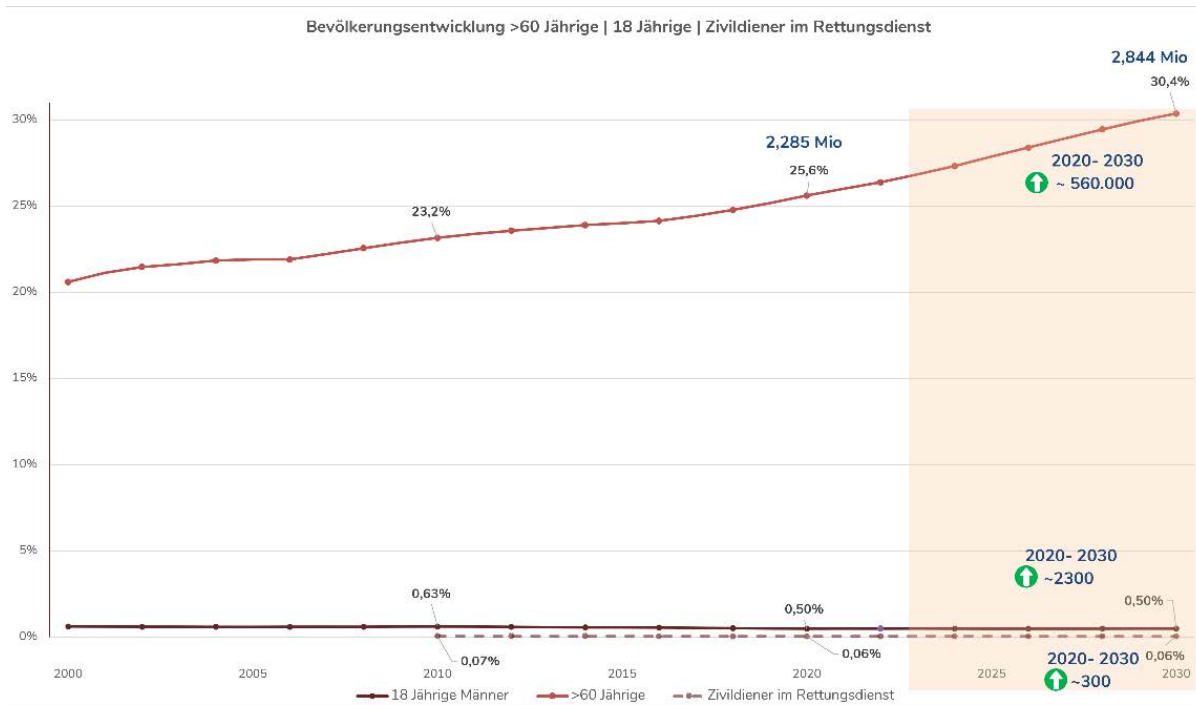


Abbildung 2: Die Entwicklung des Anteils der über 60-jährigen steigt im Zeitraum 2020 von 26% der (2,285 Mio.) bis 2030 auf über 30% (2,844 Mio.). Quelle: eigene Darstellung, Daten aus (Statistik Austria, 2020)

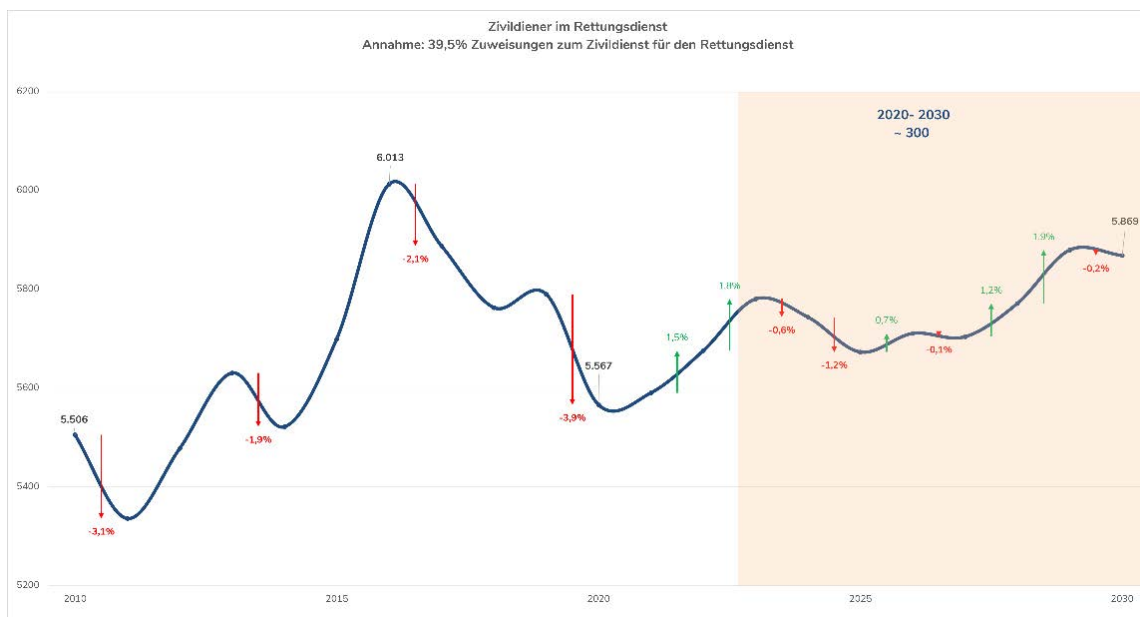


Abbildung 3: Die Zahl der Personen im Alter von 18 Jahren, die potenziell in den Zivildienst eintritt, bleibt bei 0,5% der Gesamtbevölkerung. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus Bevölkerungspyramide (Statistik Austria, 2020)

Zusätzlich hat sich ehrenamtliches Engagement generell in den vergangenen Jahrzehnten hin zu projektorientierten, bedeutungsvollen und zeitlich eher begrenzten Tätigkeiten verändert. Dem Freiwilligenbericht 2019 ist zu entnehmen, dass das Engagement künftig zunehmend spezifischer und individueller wird und die Verbindlichkeit für eine Tätigkeit abnimmt (Bogorin et al., 2019).

Der Rettungsdienst verliert zunehmend seine wesentlichen Rekrutierungsquellen.

Aber auch veränderte Einsatzindikationen im Rettungsdienstes haben sich im Laufe der Jahre, insbesondere bedingt durch die steigende Zahl chronisch kranker, multimorbider Notfallpatient:innen, abgezeichnet (Redelsteiner, 2013, 2016a, 2018a). Wo früher familiäre, bzw. nachbarschaftliche Strukturen für Pflege und Betreuung sorgten, werden durch eine zunehmende Individualisierung und Liberalisierung Versorgungslücken dem Rettungsdienst zugetragen. In den letzten Jahrzehnten wurde kaum Fachpersonal ausgebildet, welches im Sinne eines Case- und Care Managements die Fallsteuerung übernehmen kann und über umfangreiches Verweisungswissen zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten verfügt. Der Rettungsdienst wird dann als rund um die Uhr verfügbare Ressource für psychische und soziale Anliegen herangezogen, besonders wenn psychosoziale Einrichtungen oder telefonische Helplines nicht besetzt, verfügbar oder überlastet sind (Luiz, 2008, 2013; Luiz et al., 2002; Redelsteiner, 2013; Völker et al., 2016; Zahorka, 2016). Dabei sind umfassende Betreuungs- und Versorgungsmöglichkeiten im Sinne eines Community-Care-Konzepts vonnöten, die auch die Kenntnis über eine wohnortnahe, soziale Versorgung beinhalten (Redelsteiner, 2018b; Redelsteiner et al., 2020; Redelsteiner & Pfliegerl, 2015).. Soziale Aspekte von Einsätzen werden dabei von den Rettungsdiensten zwar durchaus wahrgenommen und erkannt, allerdings bleiben sie vielfach unbearbeitet (Zahorka, 2016).

Die Einsatzindikationen haben sich verändert. Der Rettungsdienst wird als 24/7 verfügbare Ressource für Anliegen aller Art herangezogen.

Ein weiteres Problem ergibt sich durch die Zahl von „Drehtürpatient:innen“ (Ander, 2009; Olsson, 2001). Hierunter fallen Patient:innen, die wiederholt den Rettungsdienst oder Notaufnahmen in Anspruch nehmen, ohne dass eine längerfristige Stabilisierung ihrer Situation erreicht werden kann. Es entsteht die paradoxe Situation, dass ein System beansprucht wird, das zwar weder Zeit noch Ressourcen zur nachhaltigen Lösung einer Problemsituation hat, aber aufgrund der Verfügbarkeit und mangels Alternativen immer wieder in Anspruch genommen werden muss.

Die mangelnde Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und ein fehlendes Wissen über unsere Gesundheitsstrukturen ziehen umfassende Herausforderungen in der Versorgung nach sich. Hilfesuchende, die ohne akutes medizinisches Problem oder mangels Information und Erfahrung den Notruf wählen, sorgen neben der Belegung eines Rettungsmittels außerdem für eine Überlastung von Spitalsambulanzen. Erhebungen von Prause (2020) legen nahe, dass eine Vielzahl von Patient:innen den Notarzt als „Arzt für alle Fälle“ heranzieht, insbesondere wenn andere Versorgungsstrukturen fehlen. Hierbei seien auch der Mangel an rund um die Uhr verfügbaren Pflegekräften in der mobilen Pflege sowie der Rückgang der hausärztlichen Versorgung zu erwähnen. Der Rettungsdienst wird zum Puffer und kompensiert Aufgaben, wenn Pflegekräfte ausfallen und Personen unversorgt verbleiben. Notärzt:innen werden über- und fehlbeansprucht, auch aufgrund mangelnder Fertigkeiten und zu geringer Ausbildung der Sanitäter:innen (Prause et al., 2017, 2020; Prause & Kainz, 2014).

Durch die österreichweite Einführung der Gesundheitshotline 1450 sowie den Ausbau der Primärversorgungszentren sollen Primärversorgungsstrukturen etabliert werden, die Spitalsambulanzen entlasten und dabei auch Fehlbeanspruchungen von Rettungsmitteln reduzieren. Unbeachtet bleibt dabei der Umstand, dass Sanitäter:innen im Einsatz lediglich die Option der Hospitalisierung bleibt, zumal eine Belassung aus verschiedensten Gründen de facto nicht möglich ist – und

Die einzige Antwort des Rettungsdienstes ist momentan der Transport in die Notaufnahme.

in Anbetracht der kompakten Ausbildung, fehlender rechtlicher Grundlage und offenen Haftungsfragen auch nicht ratsam. Verweisungsstrukturen zu mobilen Diensten der Gesundheitsversorgung und Angeboten im Sozialwesen sind mit wenigen Ausnahmen nicht etabliert. Derzeit wird im Rettungsdienst die Hospitalisierung als primäre, oftmals sogar einzige Interventionsstrategie angewandt, ohne etwaige bessere Alternativen anzubieten. Gründe dafür sind die gegenwärtigen Vergütungsstrukturen der Transportleistung, die fehlende rechtliche Absicherung von Sanitäter:innen im Fall einer Belassung vor Ort und die geringe oder fehlende medizinische Entscheidungskompetenz.¹⁸

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wird der Rettungsdienst unter dem Titel „Präklinische Notfallversorgung“ in seinem Aufgabengebiet in lediglich einem kurzen Absatz beschrieben. Auf Seite 35 findet sich in einer Fußzeile die Erwähnung: „das System des [...] Rettungs- und Krankentransportdienstes wird derzeit im Rahmen des ÖSG nur im Sinne einer notwendigen Rahmenbedingung für die Angebotsplanung erfasst, jedoch hinsichtlich Ist-Situation und Soll-Vorgaben keinen weiteren Analysen bzw. Planungsvorgaben zugeführt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).“ Demgegenüber wird von Redelsteiner argumentiert (2018a), dass dem Rettungsdienst eine besondere Lotsenfunktion zukommt, insbesondere bei der entsprechenden Ausbildung der Sanitäter:innen. Und auch ein Blick über die Landesgrenzen hinaus zeigt, welche Bedeutung der Rettungsdienst für eine wohnortnahe, primäre Notfallversorgung hat. Wenn die Hospitalisierung auch zukünftig die primäre Interventionsstrategie bleibt, bleiben vor allem ländliche Regionen über einen längeren Zeitraum ohne Rettungsmittel (Redelsteiner, 2016a, S. 168–170).

Vor allem in der jüngeren Vergangenheit entstanden durch technische Entwicklungen Potentiale in der prähospitalen Versorgung von Patient:innen. Telemetrie, Point of Care Blutgasanalyse, Ultraschall, Videolaryngoskopie, mobiles EEG, Monitore und Defibrillatoren, Verbandsstoffe, intraossäre Zugangswege etc. erhöhen nachweislich die Versorgungsqualität für Patient:innen. Für viele dieser Technologien ist gut ausgebildetes und erfahrenes Personal und eine vorherige Anwendung im klinischen Setting eine zwingende Voraussetzung, gerade weil diese Geräte in einem zeitkritischen Umfeld eingesetzt werden.

¹⁸ siehe hierzu <https://www.krone.at/2028584>.

1.3 Status Quo Ausbildung und Fortbildung

Die gesetzlichen Grundlagen für die österreichweit einheitliche Aus- und Fortbildung von Sanitäter:innen sind das Sanitätergesetz (SanG) von 2002 sowie die Sanitäterausbildungsverordnung (SanAV) in der jeweils gültigen Fassung. Während das Sanitätergesetz die gesetzlichen Pflichten, Tätigkeitsbereiche, Bezeichnungen, Ausbildungsstufen (Module), Rezertifizierung und Fortbildung regelt, werden die Ausbildungsziele, didaktische Konzepte bis hin zu Studentafeln in der Ausbildungsverordnung in über 120 Paragraphen detailliert geregelt.

Die Ausbildung umfasst derzeit das Modul I mit der Ausbildung zum Rettungssanitäter und das Modul II mit der Ausbildung zum Notfallsanitäter, wobei darauf aufbauend noch allgemeine und besondere Notkompetenzen vorgesehen sind.

Für die berufsmäßige Ausübung der Tätigkeit ist zusätzlich noch die Absolvierung des Berufsmoduls im Ausmaß von 40 Stunden erforderlich.

1.3.1 Modul I – Rettungssanitäter:in

Ausbildungsdauer: 260 Stunden (100+160) | Vorgesehenes Einsatzgebiet: Krankentransport & BLS

Zulassungsvoraussetzung: 17 Jahre, gesundheitliche Eignung, Vertrauenswürdigkeit

Derzeit erfolgt die Ausbildung zum Sanitäter in der Form von Eigenausbildungen der anerkannten Rettungsorganisationen. Dabei muss die im SanG Modul I festgeschriebene Dauer von 260 Stunden (100 Stunden Theorie, 160 Stunden Praxis) erfüllt werden, um als Rettungssanitäter tätig werden zu können. Demnach entspricht die Gesamtlänge der Ausbildung etwa 30 Arbeitstagen, wovon etwa 15 Tage auf die theoretische Ausbildung im Lehrsaal und weitere 15 Tage auf die praktische Ausbildung auf einer Dienststelle entfallen.¹⁹ Das jeweilige Stundenausmaß der einzelnen Fachgebiete ist dabei in der San-AV näher spezifiziert und umfasst die Bereiche Erste Hilfe, Hygiene, Berufsrecht, Anatomie, Sanitätshilfe, Gerätelehre, Rettungswesen, Großschaden und praktische Übungen.²⁰

1.3.2 Modul II – Notfallsanitäter:in

Ausbildungsdauer: 480 Stunden (160+40+280) | Vorgesehenes Einsatzgebiet: Notfallrettung & ärztliche Assistenz bei ALS

Zulassungsvoraussetzung: Tätigkeitsberechtigung als Rettungssanitäter:in, 160 Stunden Praxis, Eignungstest

Als zweite Modulstufe kann die Ausbildung zum Notfallsanitäter absolviert werden (160 Stunden Theorie, 40 Stunden Krankenhauspraktikum, 280 Stunden klinische sowie Sonderrettungsmittel-Praxis). Notfallsanitäter:innen haben aufbauend auf die Tätigkeit in Modul I auch die Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen sowie Betreuung und Transport, Verabreichung von Arzneimitteln (Arzneimittelliste 1), eigenverantwortliche Betreuung der Geräte, Materialien und Arzneimittel und die Mitarbeit in der Forschung zur Aufgabe. Notfallpatienten werden als Patienten definiert, die im Rahmen einer akuten Erkrankung, Vergiftung oder eines Traumes eine lebensbedrohliche Störung vitaler Funktionen erleiden, diese einzutreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist.

¹⁹ Organisationspezifisch werden zusätzlich theoretische bzw. administrative Inhalte gelehrt (Onboarding, administrative Abläufe, freiwilliges Training, Wiederholungsprüfungen etc.).

²⁰ siehe hierzu https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40044963/II_420_2003_Anlage_1.pdf.

1.3.3 Modul II – Allgemeine Notfallkompetenzen (NKA und NKV)

Ausbildungsdauer: 90 Stunden (40+10+40) | Vorgesehenes Einsatzgebiet: Notfallrettung & eigenverantwortliches ALS

Aufbauend auf Modul II können die „Allgemeinen Notfallkompetenzen Arzneimittellehre“ (40 Stunden Theorie) sowie darauf aufbauend die „Allgemeinen Notfallkompetenzen Venenzugang und Infusion“ (10 Theorie + 40 Stunden klinische Praxis) erworben werden, wodurch etwaige Arzneimittel (Arzneimittelliste 2) verabreicht werden dürfen.

1.3.4 Modul II – Besondere Notfallkompetenzen (NKI)

Ausbildungsdauer: 110 Stunden (30+80) | Vorgesehenes Einsatzgebiet: Notfallrettung & eigenverantwortliches ALS

Zulassungsvoraussetzung: Notfallsanitäter NKV, 500 Stunden Praxis

Abschließend ist es möglich, „Besondere Notfallkompetenz Intubation und Beatmung“ (30 Stunden Theorie + 80 Stunden klinische Praxis)²¹ mit der Berechtigung zur endotrachealen Intubation zu absolvieren.

Die höchste erreichbare Ausbildung umfasst somit insgesamt 940 Stunden, inklusive Berufsmodul 980 Stunden. Zwischen den einzelnen Ausbildungsstufen gibt es zusätzlich noch gesetzlich vorgeschrieben 160 bzw. 500 Stunden an vorausgesetzten Praxisstunden. Somit ergeben sich insgesamt zum Erreichen der höchsten Ausbildungsstufen zwar eine Gesamtstundenzahl von 1.640 Stunden, wobei davon lediglich 940 Stunden auf die Ausbildungszeit entfallen.

Ausbildungsstufe	Theorie	Praxis	Gesamt / Stufe	Summe	inkl. Voraussetzung
Rettungssanitäter (RS)	100 h	160 h	260 h	260 h	(260 h)
Voraussetzung: 160 Stunden im Rettungs- und Krankentransport Notfallsanitäter (NFS)	160 h	320 h	480 h	740 h	(900 h)
Allgemeine Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NKA)	40 h		40 h	780 h	(940 h)
Allgemeine Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion (NKV)	10 h	40 h	50 h	830 h	(990 h)
Voraussetzung: 500 Stunden im Notarztsystem Besondere Notfallkompetenz Intubation und Beatmung (NKI)	30 h	80 h	110 h	940 h	(1.600 h)
Berufsmodul (nur bei berufsmäßiger Ausübung der Tätigkeit als Sanitäter:in)	40 h		40 h	980 h	(1.640 h)
Maximale Ausbildungszeit für Sanitäter:innen	380 h	600 h	980 h		(1.640 h)

Tabelle 1: Übersicht der Ausbildungsmodule laut SanG, eigene Darstellung.

²¹ siehe hierzu <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002916>

An dieser Stelle muss jedoch erwähnt werden, dass die höchste Ausbildungsstufe mit den vielfach zitierten 1.640 Stunden (inkl. Berücksichtigung der erforderlichen Voraussetzungen) den wenigsten Sanitäter:innen vorbehalten ist und die erworbenen Kompetenzen zudem vielerorts nicht ausgeübt werden dürfen. So entspricht es vielmehr der Realität, dass Notfallsanitäter:innen insgesamt zwischen 740 und 830 Stunden (inkl. Voraussetzung 990) Ausbildung absolviert haben.

1.3.5 Zum aktuellen Stand der Anzahl an Sanitäter:innen in Österreich

An dieser Stelle erfolgt ein warnender Hinweis, denn seriöse Angaben zum aktuellen Stand an aktiven Sanitäter:innen und ihrer jeweiligen Ausbildungsstufe sind in der derzeitigen Struktur trotz umfangreicher Recherchen nicht möglich. Bereits bei der Frage, was ein:e aktive:r Sanitäter:in sei ergeben sich zahlreiche Schwierigkeiten. So könnten im einen Fall beispielsweise alle Mitarbeiter:innen gezählt werden, die die erforderlichen Mindestdienststunden an Diensten (vielerorts zumeist 144 pro Jahr) erfüllen. Es könnte aber auch gezählt werden, wie viele Mitarbeiter:innen über eine aufrechte Tätigkeitsberechtigung verfügen (der Stichtag der Rezertifizierung wurde noch nicht überschritten), ohne ihre Aktivität in Dienststunden zu bemessen. Wenn nicht zwischen der Art des Engagements unterschieden wird (ehrenamtlich, berufsmäßig oder Zivildienstler bzw. Soldaten, Sicherheitsorgane usw.) könnten beispielsweise Zivil- bzw. Grundwehrdienstler bei Beendigung der Tätigkeit nach 6 bzw. 9 Monaten, weitere zumeist fast 1 ½ Jahre lang als aktive Sanitäter:innen gezählt werden, ohne aktiv zu sein. Zumeist erlischt die Tätigkeitsberechtigung dann mit einer nicht durchgeführten Rezertifizierung. Allerdings ist es ebenso möglich, die gesetzlich erforderlichen Fortbildungsstunden (16 Stunden in 2 Jahren) bis zu einer Dauer von 100 Stunden (bis zu 14 Jahre) nachzuholen, bevor der endgültige Verlust der Tätigkeitsberechtigung droht. Bis zu diesem Zeitpunkt genügt nämlich rein gesetzlich ein Nachweis der erbrachten Schulungsstunden sowie eine aktuelle Rezertifizierung. Es können theoretisch also Mitarbeiter:innen viele Jahre lang als Sanitäter:innen geführt werden, ohne aktiv zu sein. Im Rahmen der Covid-19 Pandemie wurde mit §26 (4) eine de-facto Aufhebung der Fortbildungs- bzw. Rezertifizierungspflicht während Pandemien gesetzlich eingeführt (SanG, 2002).

Wir wissen nicht, wie viele aktive Sanitäter:innen welcher Ausbildungsstufen es in Österreich gibt.

Es ist auch nicht selten der Fall, dass Mitarbeiter:innen mehrfach erfasst werden, wenn sie etwa in unterschiedlichen Bundesländern und/oder verschiedenen Organisationen beruflich und/oder ehrenamtlich tätig sind. Durch das Fehlen einer nationalen Registrierungsstelle (z.B. im Gesundheitsberuferegister) ist die eindeutige Erfassung und Definition aktiver Sanitäter:innen derzeit jeweils den Organisationen überlassen.

Reisinger (2012) hat vor über 10 Jahren die bisher einzige öffentlich zugängliche Erhebung der Personalverteilung im österreichischen Rettungsdienst durchgeführt und kam dabei auf 31.750 tätige Sanitäter:innen. Dabei zeigte sich, dass weniger als jede:r sechste Sanitäter:in über eine höhere Ausbildungsstufe verfügte. Demgegenüber spricht der Chefarzt des Österreichischen Roten Kreuzes von rund 47.000 Mitarbeiter:innen, Webseiten des Roten Kreuzes von 37.000 Freiwilligen, deren Ausbildungsstufen bleiben jedoch unerwähnt. Beim Arbeiter Samariterbund werden knapp 5.000 Rettungs- und Notfallsanitäter:innen angegeben. Ebenso existieren lediglich ungenaue Angaben, wie viele Sanitäter:innen aktuell bei der Polizei, dem Bundesheer als Grundwehrdienstler sowie Sanitätsunteroffizieren und kleineren Anbietern wie dem Grünen Kreuz, Maltesern, Johanniter Unfallhilfe, Sozialmedizinischem Dienst, der Freiwilligen Feuerwehr Admont in welchen Ausbildungsstufen tätig sind.

VERTEILUNG DER AUSBILDUNGSSTUFEN IN ÖSTERREICH (GESAMT 31.750)
DATEN AUS 2012

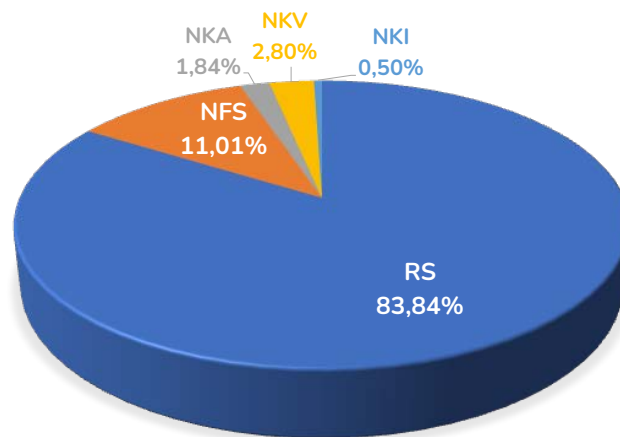


Abbildung 4: Verteilung der Ausbildungsstufen in Österreich (Gesamt 31750) Daten aus einer Erhebung aus 2012. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus Reisinger, 2012

In Tirol, dem einzigen Bundesland, welches regelmäßig Daten zum Ausbildungsstand von Sanitäter:innen öffentlich publiziert zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Mitarbeiter:innen aus Rettungsanitäter:innen besteht (77 % von gesamt 3.165 Mitarbeiter:innen). Mit Stand 2021 verfügten 701 Mitarbeiter:innen über eine weiterführende Ausbildung NFS und höher, davon lediglich 14 Mitarbeiter:innen über die besondere Notfallkompetenz Intubation (Schinnerl, 2021, S. 21). Eine entsprechende Anwendung dieser Kompetenz ist ihnen mangels chefärztlicher Einzelfreigabe jedoch nicht möglich. Ab 2023 existiert eine verbindliche Vorgabe, dass hauptamtliche Mitarbeiter:innen am RTW ausschließlich die Stufe Notfallsanitäter:innen vorweisen müssen. Mangels verfügbarer Daten kann die Verteilung der 437.720 Vorhaltestunden nicht berechnet werden.

Aus einer Anfragenbeantwortung an die öö. Gesundheitslandesrätin geht hervor, dass in Oberösterreich 2021 im Rettungsdienst insgesamt 9.509 Mitarbeiter:innen tätig waren. Diese unterteilen sich in 8.987 Rettungsanitäter:innen (95%) und 552 NFS und höher Ausgebildete (5%). Von den Rettungsanitäter:innen sind 87% freiwillig, 7% beruflich und 5% als Zivildienstler tätig, während von den NFS und höher Ausgebildeten 52% beruflich und 48% ehrenamtlich tätig sind. Bei der Detailbetrachtung der 1.383 Mio. Vorhaltestunden des Roten Kreuzes Oberösterreich zeigt sich, dass 54% freiwillig (RS+NFS), 22% hauptamtlich (RS+NFS) und 24% durch Zivildienstler besetzt wurden. Demnach leisten rund 10% beruflichen Mitarbeiter:innen zusammen mit 5% Zivildienstlern knapp die Hälfte aller Vorhaltestunden (22% +24%).

Erst durch die Analyse der Zahl der Vorhaltestunden wird ersichtlich, welche Verteilung sich zwischen den Tätigkeitsformen (ehrenamtlich, berufsmäßig, Wehr- bzw. Zivildienst usw.) ergibt.

1.3.6 Spannungsfelder in der Aus- und Fortbildung

In der Praxis zeigen sich aufgrund dieser modularisierten Ausbildungsstufen gegenwärtig mehrere Spannungsfelder. Zwar ist das Einstiegsalter für die Sanitäterausbildung gesetzlich mit 17 Jahren geregelt, allerdings werden die weiteren in §16 festgeschriebenen Voraussetzungen (u.a. Handlungsfähigkeit in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung, gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit, Fortbildungen und Rezertifizierungen) organisationsspezifisch unterschiedlich ausgelegt.

Die Ausbildung der Sanitäter:innen wird derzeit von den Rettungsorganisationen eigenverantwortlich durchgeführt, eine behördliche Überprüfung ist nur in einer sehr geringen Zahl von kommissionellen Prüfungen vorgesehen, die zudem kaum praktiziert wird.

Während Ausbildungen zum/zur Rettungssanitäter:in österreichweit regelmäßig stattfinden (bedingt u.a. durch Einrückungstermine der Zivildienstler, Freiwilligenkurse etc.), unterliegt die Ausbildung zum/zur Notfallsanitäter:in zur Gänze den organisationsinternen Strategien, denen keine einheitlich, einsehbare, überregionale und nachvollziehbare Versorgungs-

Ob Notfallsanitäter:innen ausgebildet und wie sie im Rettungsdienst eingesetzt werden, obliegt aktuell weitgehend den Organisationen selbst.

planung zugrunde liegen. Besonders bei den allgemeinen und besonderen Notfallkompetenzen ergibt sich österreichweit ein völlig heterogenes Bild, ob, wann und in welcher Form und von welcher Organisation diese Ausbildungsstufe angeboten wird.

Die überwiegende Mehrzahl der im Rettungsdienst tätigen Mitarbeiter:innen verfügt über eine Ausbildung zum/zur Rettungssanitäter:in. Notfallsanitäter:innen sind in vielen Bundesländern in der Minderheit im Rettungsdienst, insbesondere dann, wenn „Mischsysteme“ gefahren werden und es keine klare Trennung zwischen RTW und KTW gibt. Vielerorts werden Notfallsanitäter:innen dann lediglich als Lenker:innen für die Notarzt-Einsatzfahrzeuge (NEF) ausgebildet und herangezogen, um im Einsatz den Notärzt:innen assistieren zu können. Eine nochmals deutlich geringere Anzahl an Notfallsanitäter:innen verfügt über die Berechtigung zur Durchführung invasiver Maßnahmen (Allgemeine bzw. Besondere Notfallkompetenzen), die aufgrund organisationsinterner Vorgaben bzw. Rahmenbedingungen (z.B. fehlende Ausstattung) auch nicht angewendet werden können oder dürfen.

Gerade der Aufbau von besser qualifiziertem Personal nimmt selbst in der derzeitigen Ausbildungsform in der Regel ca. ein Jahr für NFS, bzw. ein halbes Jahr für die Kompetenzen NKA, NKV und NKL in Anspruch. Insbesondere wenn, wie in Tirol, Wien und Niederösterreich (RTW-C) verbindliche Vorgaben zur Besetzung von RTW existieren, müssen Mitarbeiter:innen auch langfristig tätig sein. Denn nur wenn es Organisationen schaffen, die von ihnen investierten Ausbildungsstunden auch im operativen Betrieb entsprechend zu amortisieren und einen stabilen Bestand an besser qualifiziertem Personal aufbauen, besteht ein nachhaltiger und qualitätsgesicherter Betrieb des Rettungsdienstes.

Aufgrund der hohen Fluktuation ist der nachhaltige Aufbau von besser ausgebildetem Personal eine große Herausforderung.

Demgegenüber zeigt der Entwicklungsverlauf der Mitarbeiter:innenqualifikation im Rettungsdienst Tirol über die vergangenen Jahre auf, dass ein nachhaltiger Aufbau von besser ausgebildetem Personal nicht durchgängig möglich war und erheblichen Schwankungen unterliegt. Besonders die Entwicklung der Notfallsanitäter:innen war von 2016 – 2019 stark rückläufig. Wichtig wäre außerdem zu wissen, inwiefern es gelingt, möglichst viele Rettungssanitäter:innen zu einer weiterführenden Ausbildung zu bewegen, oder ob es hierbei teils Entkoppelungseffekte gibt.

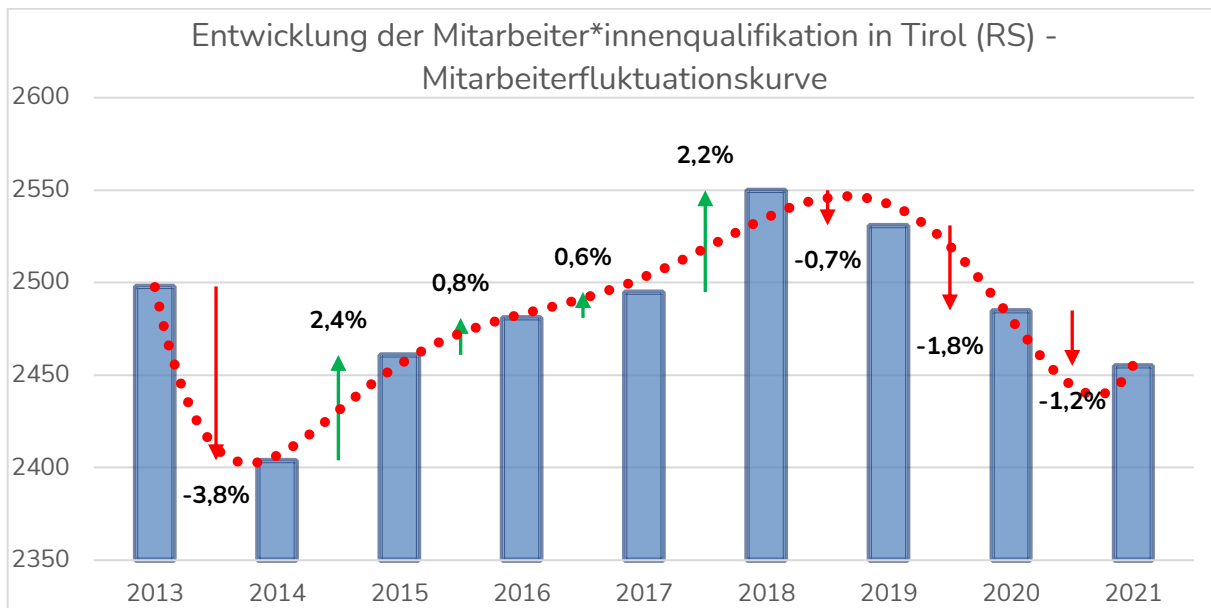


Abbildung 5: Entwicklung der Mitarbeiter:innenqualifikation von Rettungssanitäter:innen im Tiroler Rettungsdienst. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus (Schinnerl, 2021, S. 21)

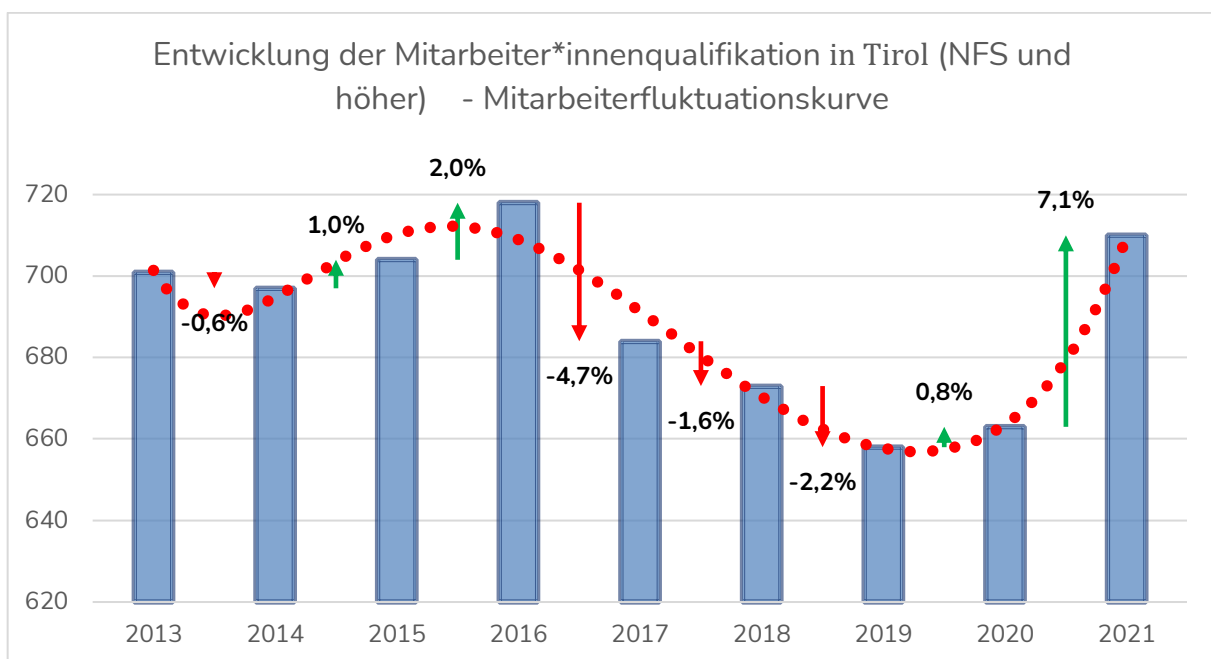


Abbildung 6: Entwicklung der Mitarbeiter:innenqualifikation von Notfallsanitäter:innen im Tiroler Rettungsdienst. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus (Schinnerl, 2021, S. 21).

In einer Erhebung in einem österreichischen Rettungsdienst zeigte sich, dass die Mitarbeiter:innenbindung zu einer großen Herausforderung wurde (Zahorka, 2022). Im Erhebungszeitraum von 6,25 Jahren hatten einzelne Stützpunkte teils eine jährliche Fluktuation von fast 50 % bei den hauptberuflichen Mitarbeiter:innen. Bei anschließenden Interviews mit ehemaligen Sanitäter:innen wurden als Gründe gegen ein längerfristiges Engagement fehlende Perspektiven bzw. Entwicklungsmöglichkeiten, ein mangelndes Berufsbild, sowie Einschränkungen durch das Freiwilligensystem genannt.

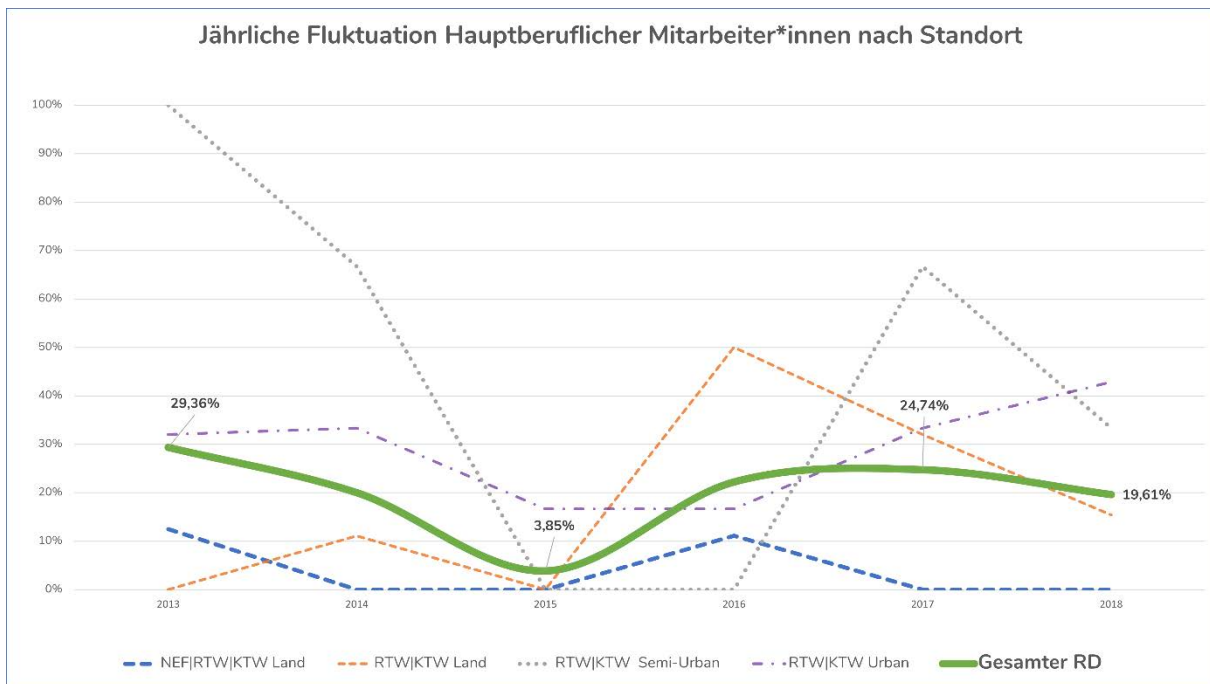


Abbildung 7 Jährliche Fluktuation der Mitarbeiter:innen in einem Rettungsdienst. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus (Zahorka, 2022)

Bei der Frage, welcher Ausbildungsstand wie viele Fortbildungsstunden absolviert, zeigen sich ebenso interessante Erkenntnisse. Ergebnisse eines Spearman Korrelationstests für das Tiroler Schulungsjahr 2017 / 2018 zeigen, dass es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen höherem Ausbildungsstand und einem mehr an geleisteten Fortbildungsstunden ($r_s(3199) = -0,970, p < 0,001$) gibt. Höher ausgebildetes Personal leistet im Durchschnitt fast 5 Stunden mehr an Fortbildung gegenüber Rettungsanitäter:innen (Schinnerl, 2018, S. 17). Diese Ergebnisse liefern einen Hinweis darauf, dass besser ausgebildetes Personal auch tatsächlich mehr Fortbildungsstunden leistet. Auch im Schulungsjahr 07/2020 – 06/2021 zeigt sich erneut ein leichtes Plus von 0,3 Stunden zugunsten von NFS und höher. Beachtenswert ist hierbei, dass die lediglich 14 Mitarbeiter:innen NKI im Schnitt mit 24 Fortbildungsstunden ein deutliches Plus gegenüber Rettungsanitätern aufweisen. Es lässt sich daraus schlussfolgern, dass besser ausgebildetes Personal auch mehr Schulungen absolviert.

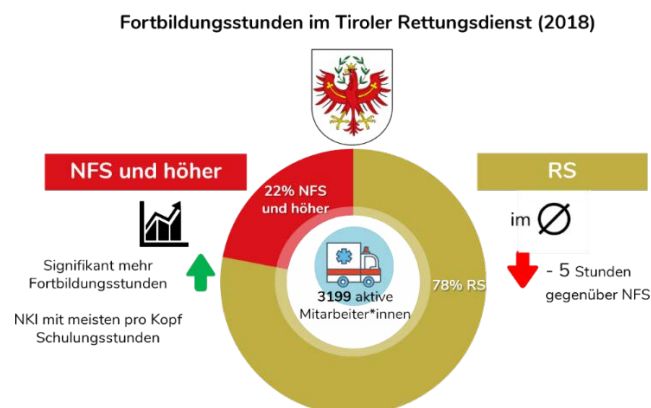


Abbildung 8: Fortbildungsstunden im Tiroler Rettungsdienst verglichen zwischen RS und NFS (und höher). Quelle: eigene Darstellung, Daten aus Schinnerl, 2018, S. 18.

Im Zusammenhang mit der Frage einer besseren Qualifizierung zeigt sich aufgrund des lediglich neun Monate dauernden Zivildienstes das starke Interesse großer Rettungsorganisationen, die Ausbildungsdauer weiterhin möglichst kurz zu halten. Der Einstieg soll möglichst niederschwellig sein, für ein etwaiges Engagement sollen weder Fortbildungsstunden noch Rezertifizierung ein Hindernis darstellen.

Werden die Stundentafeln der Sanitäterausbildungsverordnung (SanAV) näher betrachtet, so zeigt sich, dass im Unterrichtsfach Anatomie - Physiologie für Rettungsanitäter 4 Stunden sowie bei Modul 2 – Notfallsanitäter 24 Stunden vorgesehen sind.²² Mit diesem geringen Kenntnisstand werden Rettungsanitäter:innen in vielen Bundesländern eigenverantwortlich zu Notfällen entsandt, müssen vor Ort lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführen oder über die Nachforderung von Notärzt:innen entscheiden. Zum Vergleich: In der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung²³ umfasst das Unterrichtsfach Biologie-Anatomie-Physiologie 100 Stunden²⁴ und übersteigt die des Rettungsanitäters somit um ein Vielfaches.

Unterrichtsstunden Fach Anatomie Rettungsdienst mit Gehobener Dienst für Gesundheits und Krankenpflege

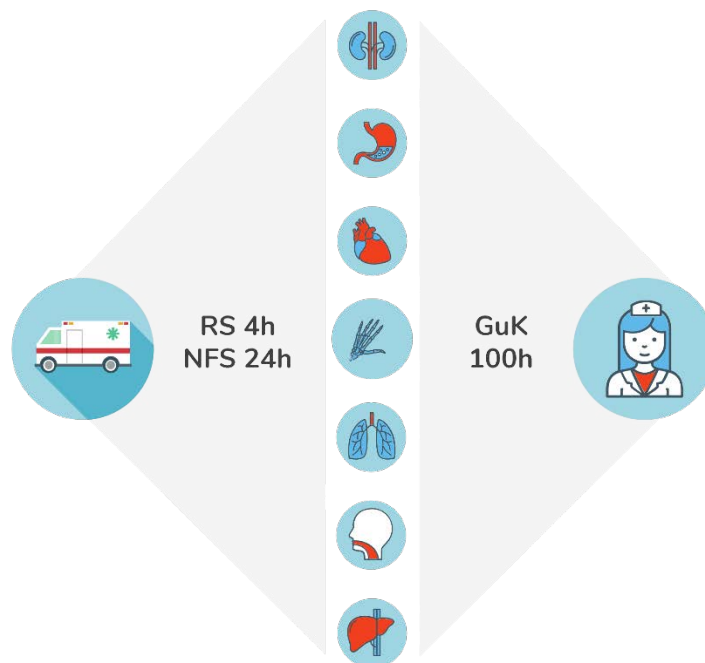


Abbildung 9 Vergleich Stunden im Fach Anatomie zwischen RS / NFS und gehobenem Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Außerdem existiert kein unabhängiges, zentrales Sanitärregister, in dem äquivalent dem Gesundheitsberuferegister Ausbildungsniveau sowie Fortbildungsstunden von Sanitäter:innen verzeichnet sind. Dies erschwert nicht nur die genaue Erfassung der Anzahl sowie des Ausbildungsstandes, es stellt auch in manchen Fällen ein Risiko für Missbrauch wie z.B. eine unerlaubte Anwendung von Kompetenzen dar.²⁵

²² siehe hierzu https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40044963/II_420_2003_Anlage_1.pdf, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40044967/II_420_2003_Anlage_5.pdf





²³ siehe hierzu https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR12143528/II_179_1999_Anlage_1.pdf.

²⁴ ein Vergleich der unterschiedlichen Berufsgruppen im Rettungsdienst findet sich hier: <https://youtu.be/Y4lp84YK2o8>.

²⁵ <https://www.krone.at/1713759>

1.4 Qualitätsdimensionen im Rettungsdienst

Eine transparente und öffentlich zugängige, hochwertige und am aktuellen Stand der Forschung orientierte Versorgung von Patient:innen ist die Kernforderung, wenn es um die Frage der Qualität im Rettungsdienst geht. Hierbei finden Begriffe wie Goldstandard, Leitliniengerechtigkeit, Eintreffzeit, Hilfsfrist, Door-to-needle, Golden Hour, Platine Minuten, Patientenorientierung, Point-of-Care-Versorgung, First Medical Contact, frühzeitige Diagnostik und Intervention, rasches Handeln, good clinical practice und vorgelagerte Intensivmedizin Verwendung. Um die verschiedenen Qualitätsaspekte zu kategorisieren, leitet Redelsteiner (2011, S. 32–39) daraus für Leitstellen und den Rettungsdienst die folgenden Kategorien als qualitative Erfordernisse ab:

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Sicherstellung• Zugänglichkeit |  | <ul style="list-style-type: none">• Zeitgerechtigkeit• regionale Verteilung |  |
| <ul style="list-style-type: none">• Betreuung• Angemessenheit |  | <ul style="list-style-type: none">• Kosteneffektivität• verbessertes Patient:innen-Outcome |  |

- Sicherstellung bedeutet, dass der Rettungsdienst sowie weitere Rettungsdienste vorhanden sein müssen.
- Zugänglichkeit umfasst die zeitgemäße Alarmierungsmöglichkeit des Rettungsdienstes (z.B. auch Textbasierte Alarmierung, Videochat etc.).
- Betreuung umfasst eine menschliche, teilnehmende und einfühlsame Kommunikation mit Patient:innen.
- Angemessenheit soll in der jeweiligen Situation die wissenschaftlich nachgewiesene angemessene Versorgung sicherstellen.
- Zeitgerechtigkeit bindet den Rettungsdienst und sein Handeln an zeitliche Vorgaben wie Hilfsfristen, Behandlungszeiten.
- Regionale Verteilung befasst sich mit dem Prinzip der Gleichheit, um sowohl in dicht besiedelten Gebieten, als auch peripheren Regionen eine gerechte Versorgung zu ermöglichen.
- Kosteneffizienz soll unterstreichen, dass Rettungsdienste nach wirtschaftlichen Prinzipien, die eingesetzten Mittel für eine bestmögliche Versorgungsleistung von Patient:innen zu nutzen.
- Verbessertes Patienten-Outcome erfordert von den involvierten Akteur:innen einen Nachweis, dass durch Ihr Handeln Leid, Tod, Schmerz für Patient:innen und deren Angehörige reduziert wurde.

Nach Donabedian (1980) können die oben genannten Aspekte in Struktur- (Sicherstellung, Zugänglichkeit, regionale Verteilung), Prozess- (Betreuung, Angemessenheit, Zeitgerechtigkeit) und Ergebnisqualität (Kosteneffektivität, verbessertes Patienten-Outcome) unterschieden werden.

Für Redelsteiner (2016c, S. 91) lässt sich Professionalität (Qualität und Professionalität bedingen einander zirkulär) im Rettungsdienst als „ausreichendes Maß an intellektueller und manueller Sicherheit in der Patientenbetreuung, inkl. permanenter Selbstreflexion und externer Qualitätssicherung“ definieren.

$$P = (A + F) \times E \times Q$$

Professionalität ist das Produkt aus **A**usbildung (formeller Grundausbildung) + **F**ortbildung (regelmäßige Wissenserweiterung) : **E**rfahrung (Frequenz an Ereignissen, die erlebt, reflektiert und bewältigt wurden) : **Q**ualitätssicherung (Sicherstellung grundlegender Standards).

1.4.1 Operationalisierung der Qualitätskriterien in Österreich

Die entsprechende Operationalisierung von Qualitätskriterien im Bereich des österreichischen Rettungsdienstes erweist sich aufgrund der regionalen bzw. strukturellen Unterschiede als äußerst schwierig. Hierbei legen nur wenige Bundesländer verbindliche Faktoren fest und evaluieren diese öffentlich nachvollziehbar.

Als Qualitätsindikatoren sind in Tirol die verbindliche Quote an Notfallsanitäter:innen in 66 % der Einsätze bzw. ab 2023 für alle hauptberuflichen Sanitäter:innen am RTW, die erhöhte Anzahl an jährlichen Fortbildungsstunden, ein Team des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst sowie die landeseigene Rettungsleitstelle vertraglich festgelegt (Schinnerl, 2018, S. 18). Mit dem verpflichtenden Modul „Crew Resource Management“ wurde 2019 flächendeckend für alle Sanitäter:innen eine Handlungsanleitung im Einsatz geschaffen. Bereits zuvor wurde mit dem ABS-Briefing eine standardisierte klinische Übergabe von Patient:innen etabliert. Zusätzlich herrscht derzeit in Westösterreich aufgrund der vielen Tourismusgebiete eine sehr hohe Dichte an Notarztthubschraubern und entsprechenden Notärzt:innen.

In Niederösterreich existiert mit 144 Notruf Niederösterreich eine international zertifizierte, überorganisationale Landesleitstelle; es wurde ein grenzüberschreitender Rettungsvertrag mit Tschechien etabliert.²⁶ Ab 2021 löst das landesfinanzierte Normkostenmodell für den Rettungsdienst die bisherige Gemeindefinanzierung ab. Fahrzeuge bzw. Ausstattung sowie Personal und dessen Ausbildung unterliegen künftig vertraglichen Kriterien zwischen Land und Rettungsorganisationen.

In Wien leistet die gemeindeeigene MA 70 Berufsrettung als ausschließlich hauptberufliche Rettungsorganisation sowohl die Versorgung von Notfallpatient:innen als auch die Disposition in der Leitstelle. Die Wiener Rettungsakademie der Berufsrettung Wien für Bedienstete bildet u.a. auch Notfallsanitäter:innen mit der besonderen Kompetenz zur Intubation aus, die diese Kompetenz auch anwenden dürfen (derzeit rund 220 Personen). Mit dem Konzept des Field Supervisors werden erfahrene, gut ausgebildete Notfallsanitäter:innen zur Unterstützung für Einsatzkräfte in Wien eingesetzt. Alle RTW sind normgerecht mit entsprechendem Monitoring und Defibrillatoren ausgestattet und es existiert eine umfassende Medikamentenliste mit Algorithmen. Hilfsorganisationen (Rotes Kreuz, Arbeiter Samariterbund, Johanniter, Malteser,

²⁶ siehe hierzu https://www.noef.gv.at/noef/Internationales-Europa/123610_Rettungsvertrag.html.

Grünes Kreuz, Sozialmedizinischer Dienst) können Rettungswagen (RTW) anmelden, unterliegen allerdings den von der MA 70 Berufsrettung festgelegten Anforderungen betreffend Ausstattung und Besetzung.

Im bodengebundenen Rettungsdienst der Städte Graz (mit der Besonderheit des Mediziner corps, wo Medizinstudent:innen als NKI im Rettungsdienst eingesetzt werden, derzeit ca. 30 aktive Rettungsmediziner:innen) und Wien, der voestalpine Betriebsrettung Linz sowie dem Arbeiter Samariterbund und den Johannitern werden Notfallsanitäter:innen mit der besonderen Kompetenz Beatmung und Intubation regelhaft eingesetzt, wo sie die Möglichkeit haben, auch präklinisch Intubationen durchzuführen.

1.4.2 Leitlinien und deren Anwendung im österreichischen Rettungsdienst

Leitlinien²⁷ sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen zur Vorgangsweise bei Gesundheitsproblemen. Leitlinien werden von Expert:innen im Konsens und unter Einbeziehung bestmöglicher Evidenz erstellt. Sie sind zwar im Gegensatz zu Richtlinien nicht verbindlich, dennoch stellen sie das anzustrebende Niveau der Versorgung dar und sind somit auch ein Qualitätsindikator.

Der Stellenwert von internationalen Leitlinien ist derzeit im österreichischen Rettungsdienst nachrangig. Wesentlich höhere Verbindlichkeit hat hierzulande die von Chefärzt:innen bzw. Schulungsabteilungen erlassene „Lehrmeinung“ der jeweiligen Einsatzorganisation, die mitunter von Überzeugungen und Haltungen einzelner Personen geprägt ist. Daraus folgt, dass dasselbe Krankheits- oder Unfallbild je nach Rettungsdienst – sogar innerhalb eines Bundeslandes – nach unterschiedlichen Vorgaben versorgt wird.

Der Stellenwert von evidenzbasierten, internationalen Leitlinien ist im Österreichischen Rettungsdienst nachrangig.

Die nun folgenden Leitlinien werden aufgrund ihrer Relevanz für den Rettungsdienst im Allgemeinen und unter Berücksichtigung des spezifischen Kontexts in Österreich exemplarisch diskutiert.

1.4.2.1 Leitlinie zur Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI)

Die evidenzbasierte Leitlinie zur weltweit häufigsten Todesursache, Myokardinfarkt, beschreibt die Vorgangsweise in der Behandlung und Therapie beim akuten Herzinfarkt. Im Jahr 2018 wurde in Österreich bei 5,4 ‰ (Inzidenz 4527 Personen) aller Todesfälle die Todesursache Akuter Myokardinfarkt (I21–I22) gestellt (Statistik Austria, 2018). Die leitliniengerechte Notfallversorgung umfasst die Stellung der Arbeitsdiagnose STEMI (= Anlage und Interpretation eines 12-Kanal-EKGs innerhalb von max. 10 Minuten vom ersten medizinischen Kontakt), Blutentnahme, Verabreichung von Sauerstoff ($SpO_2 < 90\%$), bedarfsmäßige Gabe von Medikamenten (Analgesie, Sedierung, Heparin, Betablocker, Thrombozytenaggregationshemmer) sowie Auswahl und Aviso eines geeigneten Krankenhauses zur perkutanen koronaren Intervention (PCI) – Reperfusionstherapie (Ibanez et al., 2018, S. 11–18). Insbesondere der zeitliche Faktor stellt bei der PCI-vermittelten Reperfusion eine wesentliche Determinante dar (60 min Zielzeit, max. 90 min). Abbildung 1 zeigt die empfohlene Vorgangsweise anhand der STEMI-Pocket-Leitlinie 2017 sowie mögliche Interventionen des Rettungsdienstes.

²⁷ Hierzu wird auf die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. verwiesen, welche etwa 180 medizinische Fachgesellschaften vertritt und die Entwicklung von Standards, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen innehat (<https://www.awmf.org/leitlinien.html>).

Behandlung des akuten Myokardinfarkts inkl. Aufgaben und Potentiale des Rettungsdienstes

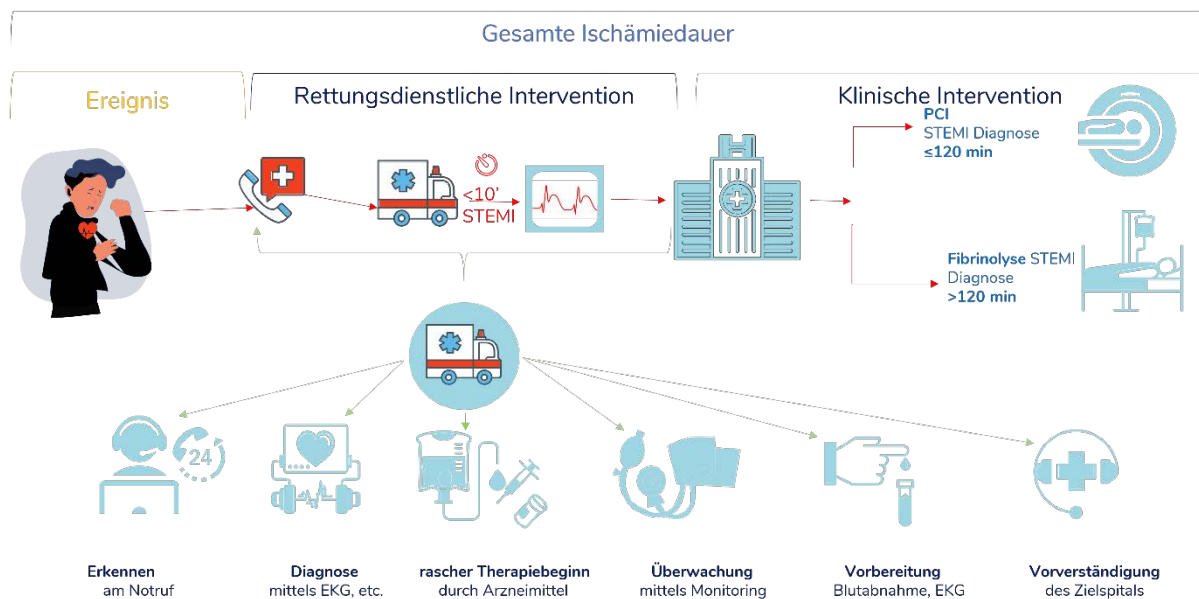


Abbildung 10: Vorgangsweise STEMI-Pocket-Leitlinie 2017. Quelle: eigene Darstellung, erstellt in Anlehnung an Ibanez et al. (2018, S. 17).

Im Hinblick auf die Situation in Österreich lässt sich feststellen, dass zwar manche Notrufleitstellen (u.a. Wien, Niederösterreich) international zertifizierte, standardisierte Abfrageschemata einsetzen, dies allerdings nicht flächendeckend der Fall ist. Die Disponierung von Einsatzmitteln kann demnach je nach Bundesland, Tageszeit oder diensthabendem Personal unterschiedlich ausfallen (RTW + NEF, RTW allein, First Responder + RTW + NEF, Rettungshubschrauber RTH, NEF, Einsatzleiter etc.). Neben der Frage der Verwendung von standardisierter Notrufbearbeitung ist auch die Disponierungsstrategie von Relevanz, also ob das nächste verfügbare Einsatzmittel oder das nächste qualifizierte Einsatzmittel entsandt wird. In einigen Regionen bzw. Bundesländern wird standardmäßig kein mobiles Elektrokardiogramm (EKG) auf einem RTW mitgeführt, ebenso ist entsprechend ausgebildetes Personal nicht flächendeckend verfügbar, um neben der Diagnostik die notwendige Akuttherapie einzuleiten und ein entsprechendes Aviso durchzuführen. Letztlich ist es vielerorts gelebte Praxis, dass erst nach Eintreffen des NEF sämtliche dieser Tätigkeiten Notärzt:innen, oder im Fall von Fehlinterpretationen erst dem Krankenhaus zukommen.

Kommt es außerklinisch als Folge eines STEMI zu einem Herz-Kreislaufstillstand, ist schnelle und kompetente Hilfe (sowohl Laienhilfe, angeleitete Telefonreanimation, schnelle Verfügbarkeit von Defibrillatoren, rasches Eintreffen von professionellen Rettungskräften mit Möglichkeit erweiterter Maßnahmen) erforderlich. In der EuReCa-TWO-Studie (Gräsner et al., 2020) zeigt sich, dass in Österreich (Daten aus 7 Notarztregionen) im Vergleich zu anderen Ländern eine schlechte Überlebensrate erreicht wird. Weniger als 10 % der Patient:innen, bei denen eine CPR gestartet wurde überleben (Platz 15 von 22) Weniger als 20 % der Patient:innen, die schockbar waren und deren Herz-Kreislaufstillstand beobachtet wurde überleben (Platz 16 von 23). Verglichen mit der EuReCa-ONE-Studie aus dem Jahr 2014 zeigt sich eine Verschlechterung hinsichtlich der Überlebensrate (Gräsner et al., 2016, S. 192).

European Registry of Cardiac Arrest Two

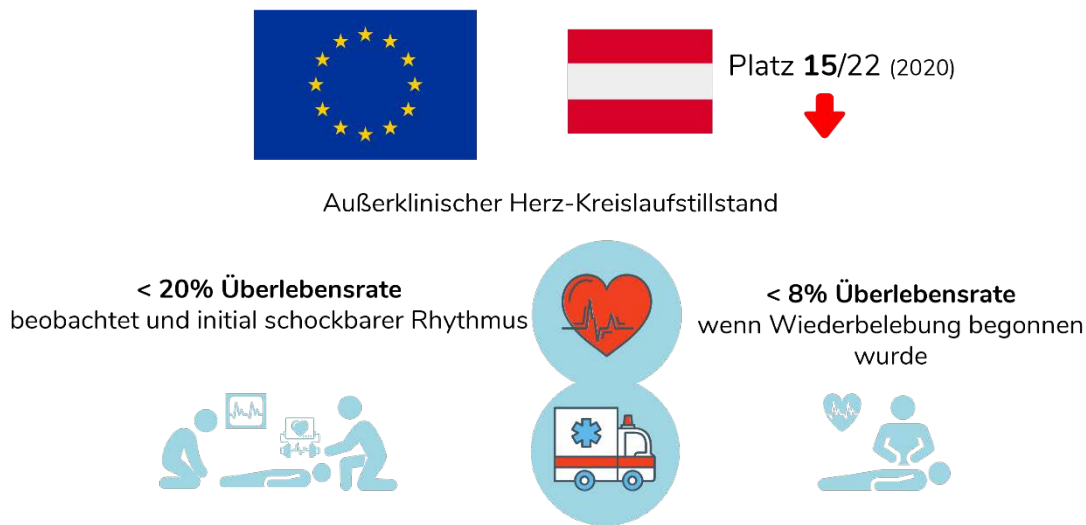


Abbildung 11: Überlebensrate Ausserklinischer Herz-Kreislaufstillstand EuReCa One und EuReCa-TWO. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus (Gräsner et al., 2020)

1.4.2.2 S3 – Infarktbedingter kardiogener Schock – Diagnose, Monitoring und Therapie

Der infarkt-bedingte kardiogene Schock (IKS) etabliert sich als Folge eines linksventrikulären Pumpversagens und stellt mit einer Letalität von 50-80% ein unmittelbar zu behandelndes Krankheitsbild dar (Werdan et al., 2019). Die laut Leitlinien wesentlichen Behandlungskomponenten umfassen eine adäquate Reperfusionstherapie und Kreislaufstabilisierung, Gewährleistung einer Oxygenierung und ausreichenden Perfusion vitaler Organe, Behandlung des Multiorgandysfunktions-Syndroms, sowie eine Nachsorge und Weiterbehandlung auf Intensivstationen. In den Empfehlungen wird unter dem Punkt „Rasches Handeln“ gefordert, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen unverzüglich und simultan durchgeführt werden. Außerdem soll die Diagnosestellung auf Basis von klinischen Symptomen und nicht-invasiven hämodynamischen Messungen gestellt werden. Das präklinische Monitoring im Rahmen von „Good Clinical Practice“ umfasst ähnlich zur Leitlinie zur Therapie des akuten Herzinfarkts bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI) dargestellt eine körperliche Untersuchung und Anamneseerhebung, Kardiovaskuläres Monitoring mit Blutdruck, Herzfrequenz und EKG, Respiratorisches Monitoring mittels Pulsoxymetrie, Atemfrequenz und Atemmuster, 12-Kanal-EKG (telemetrischer Übertragung führt nachweislich zur Senkung des Letalitätsrisikos), Kapnographie bei Intubation und Blutzuckerbestimmung.

Sanitäter:innen haben die Aufgabe einen infarktbedingten Kardiogenen Schock rechtzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu setzen. Mangels verbindlicher Vorgaben zu Aus- und Fortbildung, Besatzung, Equipment sowie durch Fehlen entsprechender Behandlungsalgorithmen ist gegenwärtig die Alarmierung eines Notarztes die hauptsächliche Interventionsstrategie bei Auftreten dieses Krankheitsbildes.

1.4.2.3 S3 – Schlaganfall

Die auf der höchsten Evidenzstufe basierende Leitlinie Schlaganfall beschreibt die Vorgangsweise zur Versorgung von Schlaganfallpatient:innen bzw. Patient:innen mit einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA). Weltweit ist diese Erkrankung die zweithäufigste Todesursache und eine Hauptursache von Behinderung im Erwachsenenalter (Busch & Kuhner, 2017; Mader & Schwenke, 2020, S. 12). Im Jahr 2018 sind in Österreich 5,4 % (Inzidenz 4.569 Personen) der Todesfälle auf die Diagnose zerebrovaskulärer Krankheiten (I60–I69) zurückzuführen (Statistik Austria, 2018). Die Inzidenz eines ischämischen Schlaganfalls (I63) lag im Jahr 2014 bei rund 20.200 Personen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017, S. 29).

Richtiges Erkennen, adäquate Versorgung bzw. Stabilisierung und der Transport in ein geeignetes Zielhospital sind relevante Parameter in der prähospitalen Phase. Dazu gehören eine standardisierte Untersuchung nach ABCDE sowie den Einsatz eines neurologischen Untersuchungsalgorithmus (FAST), einen venösen Zugang zur vorsorglichen Absicherung, bedarfsmäßige Verabreichung von Sauerstoff ($SpO_2 < 95\%$), routinemäßige Blutzuckermessung (DD Hypoglykämie), Blutdruckmanagement (< 120 mmHG mit Kristalloider Infusionslösung, > 220 mmHG Senkung um 15 %), Erhebung des Symptombeginns sowie relevanter anamnestischer Daten und Kontaktpersonen und ein Aviso des Zielkrankenhauses (Mader & Schwenke, 2020, S. 57–61). In Österreich existieren über 30 Stroke Units und über 10 interventionelle Zentren,²⁸ wobei die interventionelle Therapie der medikamentösen Therapie überlegen scheint (Meyne et al., 2015, S. 558). Der Faktor Zeit ist bei beiden Behandlungsvarianten eine entscheidende Erfolgsdeterminante (interventionell < 90 min, medikamentös $< 4,5$ h).

Sanitäter:innen sollen entsprechende Assessmenttools zur schnellen Erkennung des Schlaganfalls (FAST, FAST+ Austrian Prehospital Stroke Scale – APSS) kompetent einsetzen können. Sie müssen über Monitoring und entsprechende Interventionelle Maßnahmen (Arzneimittel) verfügen, aber auch in der Lage sein Stroke mimics (Bewusstseinsstörungen, die nicht durch einen Schlaganfall ausgelöst werden) von Schlaganfällen bestmöglich zu unterscheiden (Moulin & Leys, 2019). Die regionale klinische Versorgungsstruktur zur Behandlung soll bekannt sein.

Gerade das Stellen einer nicht adäquaten Verdachtsdiagnose (z.B. Schwindel, reduzierter Allgemeinzustand, Bewusstseinsstrübung durch Intoxikation usw.) und ein Transport in ein womöglich nicht adäquat ausgestattetes Zielkrankenhaus lassen wertvolle Zeit verloren verstreichen. Ein weiteres Problem ergibt sich in der Praxis durch nachträgliches Hinzuziehen eines Sonderrettungsmittels (NEF) bei einem stabilen Schlaganfallpatienten, gerade wenn sich Sanitäter:innen unsicher sind oder organisationsinterne Vorgaben dies verlangen. Dabei entsteht nicht nur in der Versorgung eine Verzögerung, sondern es wird auch ein Sonderrettungsmittel fehlbeansprucht.

Reiner-Deitemeyer et al. (2011, S. 1298) konnten für Österreich eine signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit (OR 1,28, 1,01–1,62 95 % CI, $p = 0,043$) zur Thrombolyse zeigen, wenn diese von einem RTW verglichen mit RTW + NEF bzw. RTH versorgt wurden. Außerdem betrug die Zeit vom Onset zur Aufnahme im Median 120 Minuten, während sie bei einem Notarztthubschrauber 90 Minuten bzw. bei einem NEF 85 Minuten betrug. Anhand der Ergebnisse zeigt sich, dass beim Transport durch einen RTW Zeit verloren geht. Daraus abzuleiten, dass zu jedem Schlaganfall besser ein:e Notärzt:in entsandt werden sollte ist insofern unrichtig, als dass sich dies oft nicht direkt aus einem Telefonat ergibt. Außerdem bedürfte

²⁸ siehe hierzu <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/schlaganfall/therapie> bzw. https://www.bkkommunikation.com/uploads/media/Neurologische_Versorgung_in_O_-FINAL.pdf.

es alleine schon durch die Vielzahl an möglichen Symptomen im Spektrum des Schlaganfalls einer zigfachen Anzahl an zusätzlichen Notarztmitteln.

**Vergleich der Schlaganfallversorgung per RTW, RTW + NEF und RTH in Österreich
Zeit im Median vom Ereignis bis zur medikamentösen Versorgung**

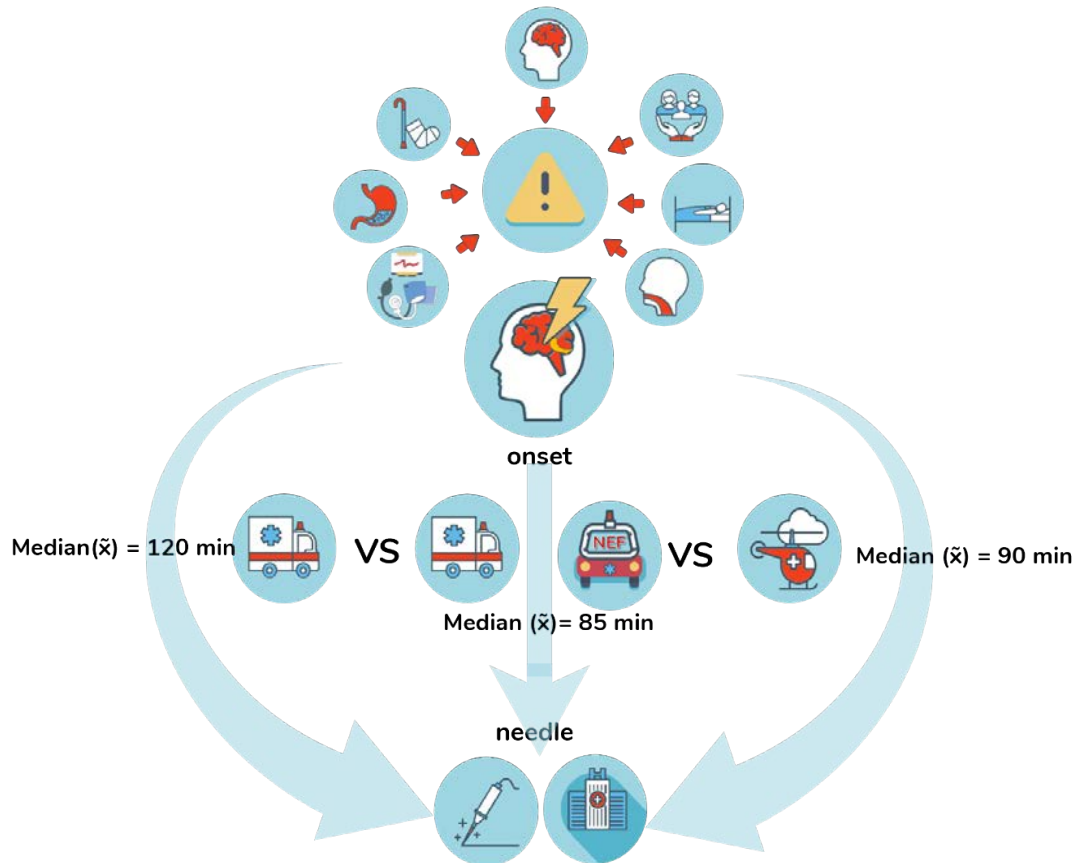


Abbildung 12 Vergleich der Versorgung durch RTW, RTW mit NEF und Helikopter

1.4.2.4 S1 – Oberschenkelchaftfraktur

In der Leitlinie zur Oberschenkelchaftfraktur (durch Unfälle, Stürze, Sportverletzungen etc.), mit einer Inzidenz von 0,2 Fällen auf 1000 Einwohner/Jahr, werden im Bereich Notfallmaßnahmen neben der fachgerechten Lagerung und Versorgung bedarfsmäßig eine Volumengabe bzw. Analgesie sowie ein zügiger Transport in ein Versorgungszentrum empfohlen (Pieske et al., 2018, S. 6–9).

Es zeigt sich, dass in der Praxis die bedarfsmäßige Analgesie durch ein hinzugezogenes NEF häufig zur Anwendung kommt, weil Sanitäter:innen etwaige weniger invasive Maßnahmen (Lagerung, Schienung, Kühlung, Verbände etc.) nicht ausreichend beherrschen und sich im Umgang mit Schmerzmechanismen überfordert fühlen. Prause (2020, S. 739) zählt die bedarfsmäßige Analgesie zu den Maßnahmen, die nicht unbedingt die Anwesenheit eines Notarztes erfordern, der aber den „Ersatz für fehlende Infrastrukturen (Hausärztemangel) bzw. Ausbildungsdefizite“ darstellt. Sanitäter:innen fühlen sich im Umgang mit Patient:innen unter Schmerzen unsicher, ein entsprechendes Arzneimittel (bspw. inhalativ) ist nicht freigegeben (Arzneimittellisten). Die Nachforderung eines NEF bedeutet zusätzliche Zeit am Einsatzort und bindet dieses Sonderrettungsmittel.

1.4.2.5 S1 – Prähospitales Atemwegsmanagement

Die Leitlinie zum prähospitalen Atemwegsmanagement thematisiert angesichts der Invasivität der Maßnahme und des erhöhten Schwierigkeitsgrades (Situation, Kontext) die generell kritische Überprüfung der extrahospitalen Indikationsstellung bei der endotrachealen Intubation. Für die sichere Durchführung soll eine vorherige Anwendung an mindestens 100 Patient:innen unter Anleitung stattfinden, dazu jährlich mindestens 10 Wiederholungen (Timmermann, 2019, S. 4). Gefordert wird, dass Rettungsdienstpersonal und Notärzt:innen bestmöglich für diesen Fall ausgebildet und ausgerüstet sind (Timmermann, 2019, S. 6). Im Rahmen des Atem-Kreislaufstillstands ist laut Leitlinie eine *sofortige bzw. unmittelbare* Atemwegssicherung unabdinglich, während bei einem gefährdeten Atemweg eine *dringende* Atemwegssicherung zu erfolgen hat.

In Österreich finden sich wie beschrieben lediglich in Graz und Wien eine größere Anzahl von Notfallsanitäter:innen mit der Besonderen Notfallkompetenz Intubation und Beatmung, welche auch chefärztlich freigegeben wurden und somit in der Praxis auch angewendet werden dürfen (Prause et al., 2017). Die definitive Sicherung des Atemwegs mittels Endotrachealer Intubation fällt derzeit fast überall Notärzt:innen zu. Die für alle Sanitäter:innen freigegebene extraglottische Atemwegssicherung mittels Larynx-tubus wird seit vielen Jahren kontrovers diskutiert (Trimmel et al., 2019). Das einzusetzende Device und die Handlungsabläufe werden in den Lehrmeinungen der jeweiligen Rettungsorganisationen vorgegeben und teilweise unterschiedlich ausgelegt. Internationale Entwicklungen finden kaum Berücksichtigung (Einführung von I-Gel, Larynxmasken, Videolaryngoskopie und anderer Devices). Die in der Praxis äußert geringe Anzahl an Reanimationen für den/die einzelnen Sanitäter:in führt zu deutlichen Unsicherheiten in der Handhabung und lässt daher eine sehr hohe Komplikationsrate vermuten. Auch hierbei fehlt ein Monitoringsystem, was die korrekte Anwendung von Atemwegs-devices betrifft.

1.4.2.6 S1 – Die intraossäre Infusion in der Notfallmedizin

Die intraossäre Infusion stellt eine sichere, effektive und rasch anzuwendende Alternative zur Medikamentengabe beim verzögerten bzw. misslungenen intravenösen Punktionsversuch dar (Helm & Eselsberg, 2017, S. 8). Ihre Anwendung findet diese Methode im Rahmen der Reanimation, bei kritisch Kranken oder Verletzten (Schock, schlechter Venenstatus, Kleinkinder) sowie insbesondere bei Kindern und Säuglingen. Unterricht in der Anwendung sowie regelmäßiges Training für das Personal müssen erfolgen (Helm & Eselsberg, 2017, S. 18).

In Österreich bleibt diese Tätigkeit derzeit den Notärzt:innen vorbehalten. Eine im Anlassfall (z.B. laufende Reanimation) ärztlich delegierte, und sichere Anwendung des intraossären Zugangs im Anlassfall kann mangels Ausbildung nicht grundsätzlich gewährleistet werden. Notfallsanitäter:innen mit allgemeinen Kompetenzen (NKV) ist es lediglich erlaubt, eine periphere Venenpunktion mittels Venenverweilkanüle durchzuführen. Selbst hierbei ist die Zahl der Anwendungen regional stark unterschiedlich.

1.4.2.7 S2k – Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung

Die konsensbasierte S2 Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung sieht eine zeitnahe Intervention nach traumatisierenden Ereignissen, die Beachtung des psychischen Befunds sowie die Erhebung von Risikofaktoren und Ressourcen vor. Bei Auftreten von Symptomen einer akuten Belastungsreaktion, Selbst- bzw.

Fremdgefährdungstendenzen sind entsprechende Screenings vorgesehen. Insbesondere in der Frühphase wird von den Helfer:innen eine entsprechende Grundhaltung aus Akzeptanz, Wertschätzung und Empathie sowie die Weitergabe leicht verständlicher Informationen, die Kenntnis der Verweisungsmöglichkeiten und die Einbeziehung nahestehender Angehöriger gefordert (Bengel et al., 2019, S. 4–5).

Durch aktuelle Änderungen im Gewaltschutzgesetz wurde die Tätigkeit der Sanitäter:innen, insbesondere durch den Umstand der Anzeigepflicht hinsichtlich Erkennens und Vorgehens bei Gewalt, erweitert (Halmich, 2020, S. 1). Eine entsprechend breit aufgestellte Sensibilisierung zum Thema Traumatisierung und Gewalt in Form einer Erweiterung des Stundenausmaßes in der Ausbildung von Sanitäter:innen fand dabei nicht statt. Der fundierte Umgang mit Folgen psychischer Traumatisierung spielt trotz der Einführung von Peer und Stressverarbeitungssystemen kaum eine Rolle in der Aus- und Fortbildung.

Sanitäter:innen selbst zählen zu einer Hochrisikogruppe, wenn es um die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsreaktion geht (Berger et al., 2012, S. 1007; Griesbeck, 2016, S. 460). Es liegen allerdings aus Österreich keine umfangreichen empirischen Studien zur Häufigkeit der Inanspruchnahme, zur Wirksamkeit in der Reduktion von PTBS-Symptomen und zu Veränderungen seit der Einführung dieser Unterstützungsmöglichkeiten vor.

1.4.2.8 S1 – Periprothetische Frakturen

Die Leitlinie zur periprothetischen Fraktur (Verletzungen des um eine Hüft- oder Kniegelenksprothese liegenden Knochens; Inzidenz Hüftgelenk: 0,23–11 %, Kniegelenk: 0,3–38 %) umfasst im Bereich Notfallmaßnahmen die fachgerechte Lagerung und Versorgung, sowie Analgesie empfohlen (Josten et al., 2019, S. 10–12, 21). Erneut ergibt sich hierbei der Umstand, dass entsprechend oft ein Sonderrettungsmittel (NEF) zur Schmerztherapie nachgefordert wird und somit für längere Zeit gebunden bleibt.

1.4.2.9 S1 – Handlungsempfehlung zur prähospitalen Notfallnarkose beim Erwachsenen

Die Leitlinie zur Notfallnarkose zum primären Zweck der Atemwegssicherung, welche etwa in 3–5 % der notärztlichen Einsätze ihre Anwendung findet, erfordert neben der kritischen Überprüfung der Indikationsstellung eine entsprechende Präoxygenierung, die standardisierte Vorbereitung, ein Standardmonitoring sowie die Anlage zweier peripher-venöser Verweilkanülen (Bernhard et al., 2015, S. 3–12). Aufgabe gut ausgebildeter Sanitäter:innen ist es in diesem Zusammenhang, den reibungslosen Ablauf der Narkose sicherzustellen. In der Praxis stellt neben Platzmangel und fehlender Ausrüstung am Rettungswagen (beides widerspricht der dzt. gültigen DIN-EN1789) auch gering qualifiziertes und unerfahrenes Personal ein erhebliches Risiko bzw. einen Unsicherheitsfaktor dar.

1.4.3 Spannungsfeld Qualität im österreichischen Rettungsdienst

Angesichts der angeführten Kriterien stellt sich für Österreich die Frage, inwiefern eine flächendeckende schnellere Hilfe mittels weniger gut ausgebildeten Personals einer differenzierten und möglicherweise langsameren Hilfe durch besser

ausgebildetes Personal überlegen ist.²⁹ Die zugrundeliegende Fehlannahme ist, dass kritische Patient:innen bereits am Notruf bzw. von den ersteintreffenden Sanitäter:innen eindeutig als solche identifiziert werden. Vielerorts fehlt es in den Leitstellen an standardisierten Abfrage-Schemata, Sanitäter:innen verfügen nicht über die erforderliche Ausbildung und Erfahrung und/oder das geeignete Equipment wird nicht mitgeführt. Zusätzlich stellt sich aufgrund der beschriebenen Veränderungen im Aufgabengebiet des Rettungsdienstes insbesondere die Differenzierung zwischen kritischen und nicht-kritischen Patient:innen als ein viel komplexeres Unterfangen dar, welches nicht ausschließlich telefonisch durchgeführt werden kann.

Im ländlichen Raum zeigt die derzeitige rettungsdienstliche Versorgungsstruktur eine Häufung von erfahrenerem, besser ausgebildetem Personal auf Sonderrettungsmitteln, während sich weniger gut ausgebildete Sanitäter:innen auf RTW finden. Diese haben nicht nur die Verantwortung, einzuschätzen, ob im Akutfall ein Sonderrettungsmittel nachzufordern ist, sondern auch die verstreichende Zeit bis zum Eintreffen durch das Setzen geeigneter Maßnahmen zu überbrücken. Dabei können sie derzeit aufgrund ihrer Ausbildung und Ausstattung oftmals lediglich Basismaßnahmen anwenden.

Österreichweit existiert keine einheitliche Vorgabe zum flächendeckenden Einsatz von Notfallsanitäter:innen, weshalb sich regional starke Schwankungen ergeben. In vielen Bundesländern werden weiterführende Ausbildungen (Notfallsanitäter:in, Notfallkompetenz) entweder nicht angeboten oder Ausbildungsstufen limitiert bzw. die Besondere Notfallkompetenz Intubation nicht freigegeben. Eine Studie von Prause (2017) zeigt, dass das Modell der abgestuften präklinischen Notfallversorgung in Graz, wo Studierende der Humanmedizin 3160 Ausbildungsstunden absolvieren, dazu führt, dass verglichen mit dem NEF-Standort Wiener Neustadt statistisch signifikant weniger Stornierungen, Todesfeststellungen, Infusionstherapien und Analgosedierungen für das NEF anfielen. Das dortige Notarztmittel wird also sparsamer und medizinisch indizierter eingesetzt.

Wie bereits beschrieben, ist der Zugang zu den weiterführenden Ausbildungen (Modul 2 NFS, NKA, NKV, NKI) und die Anwendung von Notfallkompetenzen (Arzneimittel, Infusion und Venenzugang, Intubation und Beatmung) regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Zusätzlich existieren beispielsweise organisationsspezifische Arzneimittellisten und Handlungsanweisungen. Voraussetzung für die Anwendung der Arzneimittelliste 1 ist die Ausbildungsstufe Notfallsanitäter:in.

Ziel des nachfolgenden Beispiels in Tirol und Oberösterreich auf Basis öffentlich verfügbarer Daten ist eine Abbildung eines aktuellen Status Quo. Mangels Aktualität und vor der Verfügbarkeit von öffentlichen Daten aus anderen Bundesländern, kann die dortige Situation lediglich anhand von Erfahrungsberichten dargelegt werden.

In Tirol werden knapp 80% der Vorhaltestunden von Notfallsanitäter:innen (lt. Vertrag mind. 66% und ab 2023 100% bei den Hauptberuflichen) versorgt. Was die Ausstattung betrifft, so wird im gesamten Bundesland auf denselben Fahrzeugtyp samt Defibrillator & Monitoring (Corpuls 3) und medikamentöse Ausstattung gesetzt. Eine verbindliche Qualitätssicherung erfolgt durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst. Die dortige Leitstelle Tirol ist im Eigentum des Landes Tirol. Demgegenüber existiert in Oberösterreich keine vertraglich verbindliche NFS Quote und die Ausstattung des Fahrzeugtyps SEW entspricht nicht den in der DIN-EN 1789 festgelegten Standards für einen Rettungswagen, wenngleich dieser im Rettungsdienst zur Anwendung kommt. Außerdem existieren organisationsabhängig zwei gravierend unterschiedliche Arzneimittellisten.

²⁹ siehe dazu: <https://www.rotekreuz.at/site/wie-gut-ist-das-rettungssystem-in-oesterreich/> – Mag. Gerry Foitik im Interview.



15% Vorhaltestunden durch NFS (2021 RKOÖ)
Keine verpflichtende NFS Quote
Keine flächendeckende Ausstattung
mit Defibrillator & Monitoring
Algorithmus Anaphylaxie organisationsabhängig



79% der Vorhaltestunden durch NFS (2021)
Defibrillator & Monitoring auf jedem RTW
Medikamente lt. AML auf jedem RTW
Algorithmus Anaphylaxie
Seit 2016 Evaluation der Epinephrin
Autoinjektor Anwendungen durch ärztlichen
Leiter RD (2021 n=47, 2020 n=72)

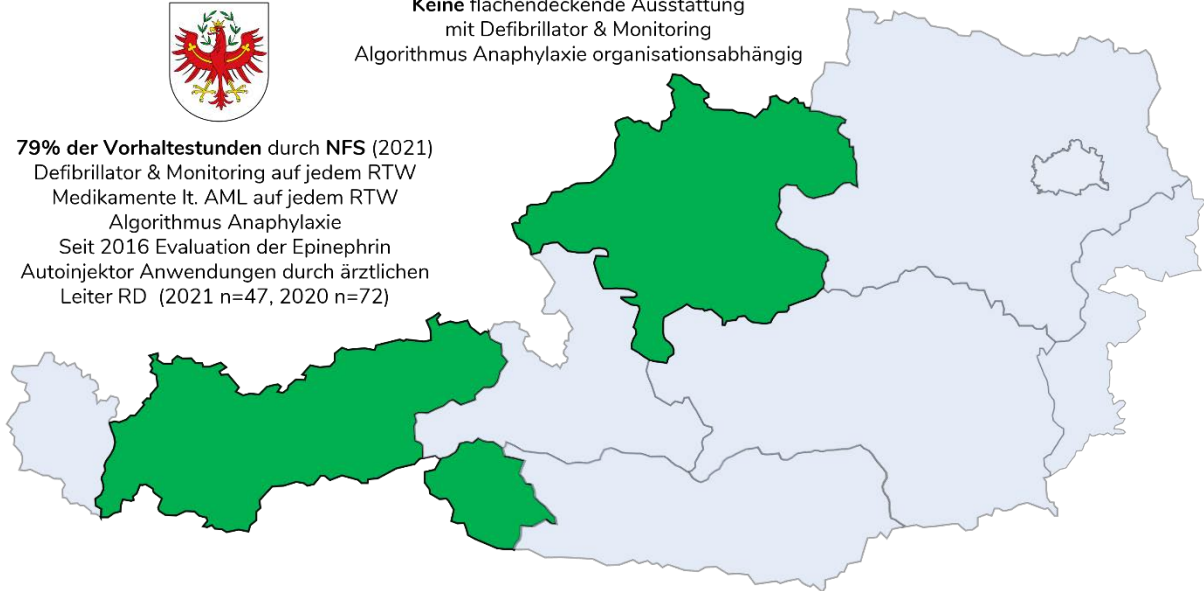
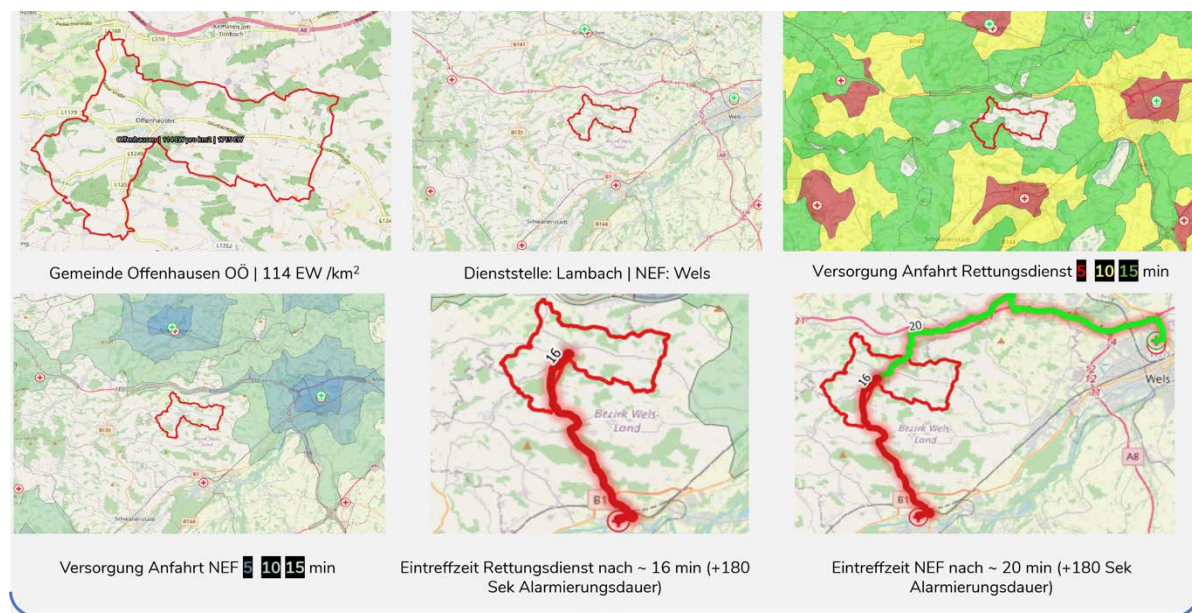


Abbildung 13: Vergleich Rettungsdienst Tirol mit Oberösterreich beim Krankheitsbild Schwere Allergische Reaktion (Anaphylaxie). Quelle: eigene Darstellung, Daten aus mündlicher Referenz Arzneimittellisten und Schinnerl (2021)

Findet nun ein Ereignis mit einer potentiell lebensbedrohlichen allergischen Reaktion in der Gemeinde Offenhausen in Oberösterreich statt, so rückt bei Verfügbarkeit der Sanitätseinsatzwagen (SEW) von der nächstgelegenen Dienststelle Lambach aus und trifft etwa 16 Minuten später am Notfallort ein. Vor Ort stehen den Sanitäter:innen mit Ausbildungsstand Rettungssanitäter als Basismaßnahmen u.a. die Sauerstoffgabe, Kühlen möglicher Schwellungen bzw. eine psychische Betreuung zur Verfügung. Sollte anhand der Notrufmeldung ein NEF noch nicht unmittelbar entsandt worden sein, so wird die Verständigung bei richtigem Erkennen der potentiell lebensgefährlichen Symptome unmittelbar vor Ort durchgeführt. Bis zum Eintreffen und Setzen erweiterter Maßnahmen (intramuskuläre, intravenöse bzw. inhalative Therapie durch Verabreichung von Epinephrin, Antihistaminika, Glucocorticoide, β_2 Sympathomimetika, Kristalloider Flüssigkeitslösung) vergehen nun weitere zumindest 20 Minuten (+180 Sekunden Ausrückzeit). Demgegenüber kam es laut Tätigkeitsbericht des ärztlichen Leiters Rettungsdienst 2021 zu 47 Anwendung eines Epinephrin Autoinjektors durch Notfallsanitäter:innen (2020 72), die Ausrückzeit betrug im Median aller NEFs 100 Sekunden (Schinnerl, 2021, S. 27–29). Es zeigt sich also eine deutliche Schlechterstellung unabhängig von NEF- oder RTH-Dichte im Vergleich beider Bundesländer.

Beispiel für Eintreffzeiten eines fiktiven Einsatzes in Offenhausen (OÖ) mit dem Bedarf an erweiterten Maßnahmen



Der eingesetzte Sanitätseinsatzwagen (SEW) ist kein Rettungswagen bzw. Notfallkranwagen gemäß DIN EN 1798 (Typ B, Typ C), Besatzung standardmäßig mit 2 Rettungssanitäter*innen, Anfahrt Sanitätseinsatzwagen ~ 16 min (+180 Sek. Alarmerungsdauer.), NEF ~ 20 min (+180 Sek. Alarmerungsdauer)

Daraus ergibt sich ein mögliches Intervall ohne erweiterte Maßnahmen: mind. ~ 40 min, Vergleichbare Situation in Kärnten, Steiermark, Salzburg, Burgenland

Abbildung 14: Eintreffzeiten Rettungsdienst (BLS) und NEF (ALS) am Beispiel Offenhausen in Oberösterreich. Quelle: eigene Darstellung per QGIS, Routing per ORS Tools, validiert per Google Maps (Abweichung <5%), Alarmerungsdauer von 180 Sekunden anhand Anfragebeantwortung NEOS OÖ Landtag Beilage 11091/2022

Ein vielfach diskutiertes Spannungsfeld ergibt sich bei der Anwendung der besonderen Notfallkompetenz zur Intubation und Beatmung, wo lediglich in Ostösterreich eine Anwendung durch Sanitäter:innen praktiziert wird. In Tirol lediglich ein verschwindend geringer Teil der aktiv tätigen Sanitäter:innen (14 von 3.199) (Schinnerl, 2018, S. 17), wobei die Anwendung chefürzlich nicht freigegeben wird. Dieser Umstand ist bis auf Ausnahmen in Wien (ca. 220 NKI), beim Mediziner-corps Graz (~30-40 Rettungsmediziner:innen), dem Arbeiter Samariterbund Oberösterreich, Niederösterreich und Wien wo die regelhafte Anwendung als etabliert gilt, österreichweite Normalität. Demgegenüber in Österreich generell keine Freigabe NKI für Mitarbeiter:innen des Roten Kreuzes, auch wenn diese die Ausbildung absolviert haben oder in Ihrer Tätigkeit in einer anderen Organisation anwenden.

Werden die eingesetzten Fahrzeugmodelle betrachtet so zeigt sich, dass in der Steiermark, dem Burgenland, Kärnten, Salzburg und Oberösterreich Fahrzeugmodelle mit der Bezeichnung „Sanitätseinsatzwagen“ regelhaft für Rettungseinsätze herangezogen werden, die die geltende Euro Norm DIN EN 1789 Typ B, C sowohl in Größe als auch Ausstattung nicht erfüllen (ausreichendes Platzangebot im RTW, entsprechendes Monitoring, verfügbare Arzneimittel). Dieser Umstand macht es für besser ausgebildete Sanitäter:innen unmöglich, ihre Kompetenzen entsprechend anzuwenden, da Geräte oder Arzneimittel fehlen oder mangelndes Platzangebot die Versorgung erschweren.

Zusammenfassend zeigt dieser Einblick, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patient:innen derzeit österreichweit und organisationsabhängig hohen Schwankungen unterliegt. Das Heranziehen der raschen Verfügbarkeit von Einsatzkräften als alleiniges Qualitätskriterium hält den Anforderungen einer modernen Patient:innenversorgung nicht stand und muss dringend adaptiert werden.

Vergleich ausgewählter Qualitätsparameter im Österreichischen Rettungsdienst

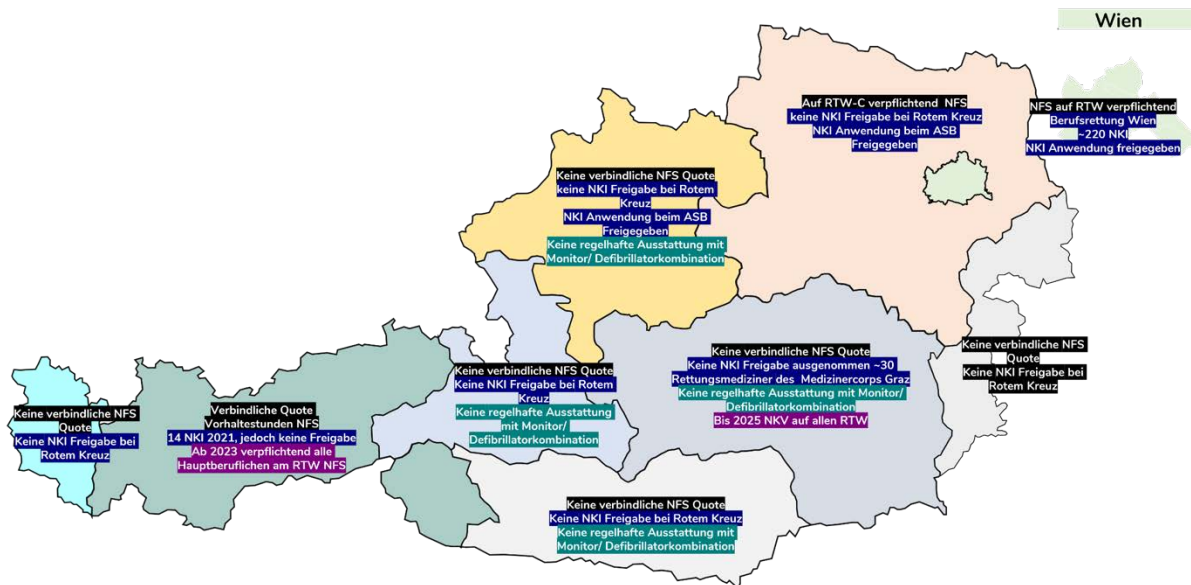


Abbildung 15: Überblick über ausgewählte Qualitätsparameter und deren Vergleich innerhalb Österreichs. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus (Schinnerl, 2021), Mündliche Korrespondenz, Anfragebeantwortung Beilage 11091/2022 OÖ, Videos und Beiträge zu Berufsrettung Wien, Mediziner corps Graz, Rotes Kreuz Österreich und Arbeiter Samariterbund Österreich

1.4.4 Qualität im Rettungsdienst – ein Return of Investment?

Gesundheitliche Einschränkungen bringen oft psychisches und physisches Leid, nachhaltige Veränderungen im Sozialleben sowie direkte (Behandlungskosten) und indirekte (Wegfall der Arbeitskraft) ökonomische Auswirkungen mit sich. Ein systematischer Review von Schmid (2015) liefert für Deutschland einen Überblick über die direkten Behandlungskosten von kardiovaskulären Erkrankungen. Diese lagen beim akuten Myokardinfarkt in der Akutphase zwischen 3.622 € und 8.918 € und im ersten Jahr zwischen 13.838 € und 14.792 € pro Patient:in. Über alle Arten des Schlaganfalls gerechnet, lagen die direkten Behandlungskosten im ersten Jahr bei 13.273 € pro Patient:in. Im Fall des ischämischen Schlaganfalls gibt die 2006 erschienene Studie von Kolominski-Rabas et al. (2006, S. 1181–1182) Kosten von 18.517 € im ersten Jahr und lebenslange Kosten von 43.129 € an. Eine dänische Studie zeigt, dass das erste Jahr der Behandlung das kostenintensivste ist (Ghatnekar et al., 2014, S. 7).

Behandlungskosten bei Myokardinfarkt und Schlaganfall in Deutschland

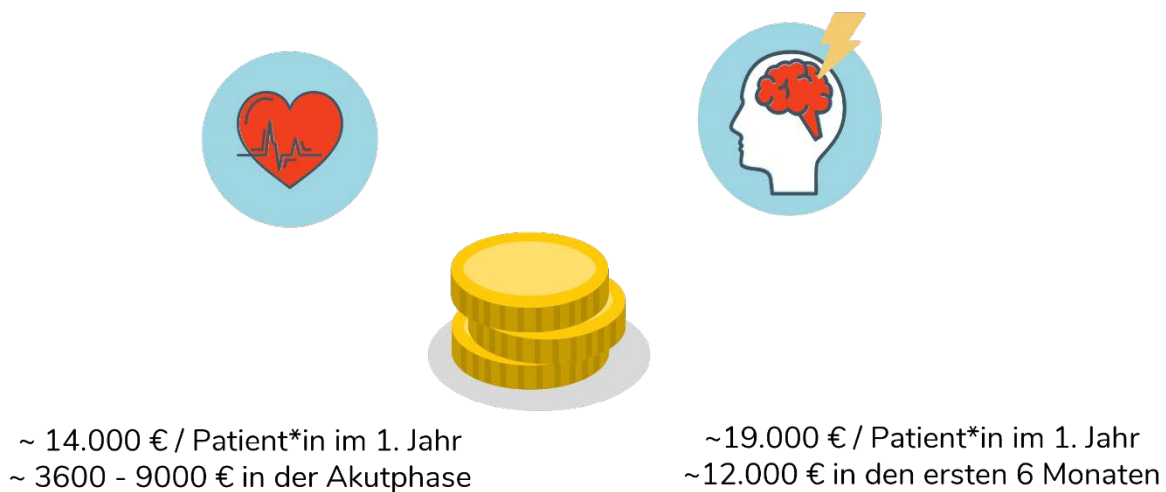


Abbildung 16 Behandlungskosten bei Myokardinfarkt und Schlaganfall in Deutschland Quelle: eigene Darstellung Daten aus (Schmid, 2015)

Die rasche und adäquate (=evidenzbasierte) rettungsdienstliche Versorgung bei akut auftretenden Erkrankungen, führt nachweislich zu einer Verbesserung des Behandlungsverlaufs und damit zu einer Kostenreduktion. Der positive Beitrag der gut ausgebildeten Sanitäter:innen im Falle von lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen, leisten, gilt schon seit längerem als evident (Cone, 2000; Sieber et al., 2020). Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass vor allem der Ausbildungsgrad eine entscheidende Rolle für die Qualität der Versorgung spielt. Im Krankheitsbild der außerklinischen Herzkreislaufstillstände erhöht sich durch die schnelle Anwesenheit von „Basic Life Support“ (BLS) leistenden Sanitäter:innen die Chance, bei Patient:innen einen Spontankreislauf zu erreichen. Allerdings erhöht lediglich die Verfügbarkeit von gut ausgebildeten Sanitäter:innen, die „Advanced Life Support“ (ALS) durchführen, die sekundäre Überlebensrate signifikant (Chocron et al., 2019, S. 1265). Und angesichts der weiterhin zu erwartenden Fahrtensteigerung ergibt sich mittelfristig die Notwendigkeit einer Triage bzw. eines Clearings, in der Sanitäter:innen eine wesentliche Rolle spielen werden. Doch da derzeit in Österreich die Ausstattung und Kompetenzstufen vieler Rettungsdienste dem Niveau „Basic Life Support“ entsprechen und „Advanced Life Support“ erst den NEFs und RTHs zukommt, passieren im Sinne einer Absicherungslogik oftmals unnötige Transporte von Patient:innen in den stationären Bereich.

Mit dem Projekt des Gemeindenotfallsanitäters, einer speziell ausgebildeten rettungsdienstlichen Fachkraft (3 Jahre NFS + 3 Monate Ausbildung) konnte in Deutschland gezeigt werden, dass nach dessen Visite fast 60% der Patient:innen keinen Rettungstransport mehr benötigten und folglich auch keine Notaufnahmen aufsuchen mussten (Seeger et al., 2020). Ähnliche Modelle existieren in Großbritannien mit den sogenannten Community Paramedics. Auch das österreichische Projekt der Acute Community Nurses in Niederösterreich konnte zeigen, dass bei vielen Patient:innen keine Transportnotwendigkeit nach einer Vor Ort Intervention bestand.

Einsätze durch den Gemeinde Notfallsanitäter Oldenburg

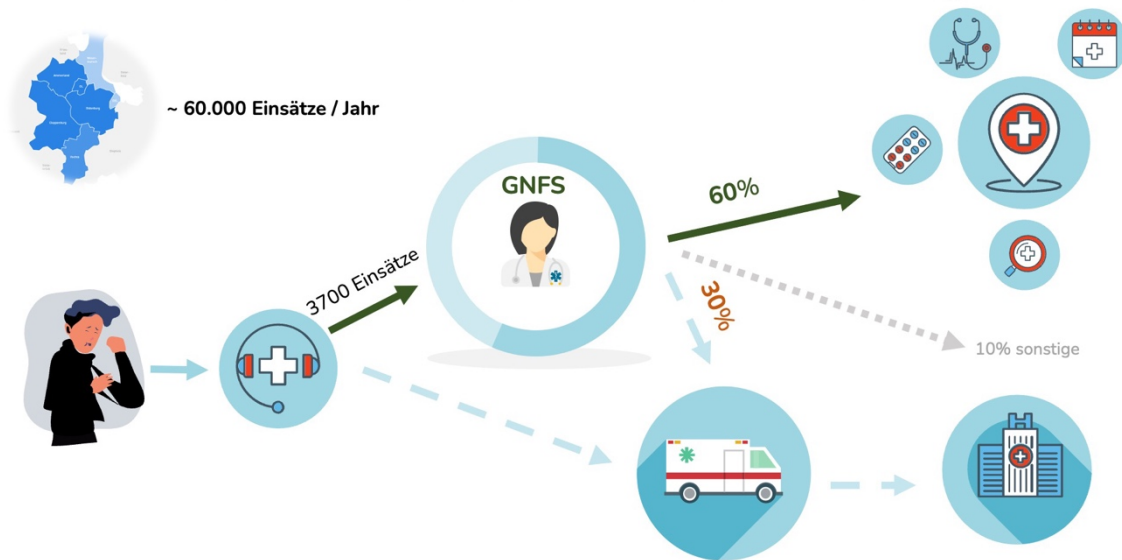


Abbildung 17 Einsätze durch den Gemeinde Notfallsanitäter Oldenburg und deren Verlauf, Quelle: eigene Darstellung, Daten aus (Flake et al., 2018; Seeger et al., 2020, 2021)

Zusammenfassend zeigen diese Beispiele auch ein ökonomisches Potential, wenn es zu einer besseren Ausbildung von Sanitäter:innen kommt. Es ergibt sich die Notwendigkeit einer weiterführenden Auseinandersetzung, insbesondere darum, welche Maßnahmen durch welches Personal im Rettungsdienst gesetzt werden muss, um auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene ein besseres Outcome zu erreichen.

1.4.5 Vorschlag zur einheitlichen Definition von Qualitätsindikatoren im Rettungsdienst

Der Bundesverband Rettungsdienst spricht sich angesichts der heterogenen Datenlage für eine Vereinheitlichung und klare Definition von Qualitätsindikatoren im Rettungsdienst aus. Die sollen sich unter anderem an folgenden Parametern orientieren:³⁰

- Aktive Sanitäter:innen zum Stichtag 31.12. des abgelaufenen Jahres
- Anzahl der Sanitäter:innen in der jeweiligen Ausbildungsstufe (RS, NFS, NKA, NKV, NKI)
- Anzahl und Ausstattung der eingesetzten Rettungsmittel
- Anzahl der Ausstattung von Rettungsmitteln nach DIN EN 1789
- Vorhalteplanung RTW/KTW/NEF/RTW pro 100.000 Einwohner:innen und Einwohnerdichteklassen
- Vorhaltestunden nach Rettungsmittel (einheitlich definiert über alle Rettungsdienstanbieter)
- Fortbildungsstunden gesamt und je Kompetenzstufe
- Zahl der Anwendungen der Not- bzw. künftigen Regelkompetenzen (Arzneimittel)
- Einführung eines Tracerdiagnosenregisters³¹ bei Schlaganfall, Herzinfarkt, Trauma Kollektiv, Sepsis, Reanimation und Verfolgung der Interventionen und des Outcomes (z.B. Utstein usw.)
- Einsatzdaten je Tracerdiagnose (spartenspezifisch Rettungsdienst / qualifizierter Krankentransport / Krankentransport anhand standardisierter Abfrageschemata)
- Hilfsfrist je standardisiertem Abfrageschema bzw. Tracerdiagnose
- Durchschnittliche Auslastung relativ zur Dienstzeit / Stützpunktregion und Tageszeit
- Fluktuation der Mitarbeiter:innen im Jahresmittel nach Qualifikation
- Anzahl der Krankenstandstage sowie anfallende Überstunden
- Anzahl der Fehleinsätze (NEF/RTW), Stornos und Belassungen durch Sanitäter:innen

³⁰ Siehe auch z.B. Benchmark Bericht des Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Tirol oder Qualitätsberichte z.B. aus Bayern, Baden Württemberg etc.

³¹ Bei einer „Tracerdiagnose“ handelt es sich um Krankheitsbilder oder Verletzungsmuster, deren präklinische und klinische Versorgung anhand bestimmter personeller und technischer Ressourcen in einem bestimmten Zeitrahmen erfolgen sollen.

1.5 Europaweite Entwicklungen im Rettungsdienst

In Europa findet sich eine Vielzahl von Systemen im Bereich des Rettungsdienstes. Eine erste Unterscheidung kann dabei in notarztbasierte und nicht notarztbasierte Systeme (sog. Paramedic-Systeme), nach eingesetzten Berufsgruppen (Pflege, Sanitäter:innen), aber auch nach Versorgungsstrategien vorgenommen werden. Exemplarisch werden nachfolgend für Österreich relevante Rettungsdienste dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die höchstmögliche Ausbildungsstufe durchwegs mit einer Ausbildungsdauer von zumindest drei Jahren einhergeht.

1.5.1 Deutschland – vom Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter



Ausbildungsdauer: 3 Jahre | Ausbildungsform: staatlich anerkannte Rettungsschulen

Am 1. Jänner 2014 trat in Deutschland mit dem Notfallsanitätergesetz eine dreijährige Ausbildung für den Rettungsdienst in Kraft, die jene für den Rettungsassistenten ablöste (Marung et al., 2020). Dies entspricht einer maßgeblichen quantitativen (Verlängerung der Ausbildungsdauer, Etablierung von Rettungsschulen, finanzielle Vergütungen) und qualitativen (Professionalisierung, Möglichkeiten des Studiums, Etablierung als Gesundheitsberuf, innovative Projekte) Aufwertung des Rettungsdienstes. Das Standardwerk zur Ausbildung der Notfallsanitäter in Deutschland widmet sich in Kapitel 2 der Berufsbildung der Deutschen Sanitäter, insbesondere auch den künftigen Möglichkeiten durch Studium und Weiterbildung (Luxem et al., 2016).

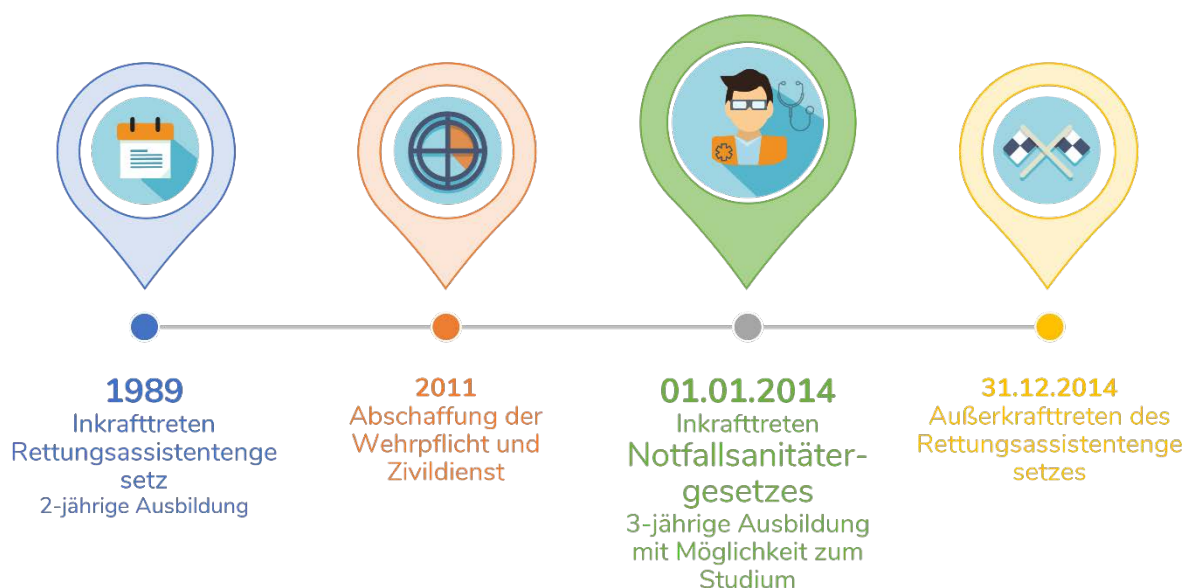


Abbildung 18: Verlauf von der Einführung des Rettungsassistenten bis zum Notfallsanitäter in Deutschland. Quelle: eigene Darstellung

Anhand des deutschen Beispiels lassen sich keine Hinweise und zeitlichen Assoziationen für eine Aufwertung des Berufsbildes Sanitäter:in und der hierzulande oft befürchteten Abschaffung der Freiwilligkeit finden.

Der sogenannte Pyramidenprozess definiert auf Initiative des Deutschen Berufsverbandes Rettungsdienst (DBRD) und des Bundesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Mindestanforderungen an Ausbildungsinhalten. Ziel ist es mittels eines Katalogs den gleichmäßigen Anwendungsstandard von rettungsdienstlichen Maßnahmen zu gewährleisten. In den sogenannten Musteralgorithmen stellt der DBRD ein Instrumentarium mit klar definierten Handlungsanweisungen zur Verfügung³².

1.5.2 Diplomierter Rettungsanitäter | Transportsanitäter:in in der Schweiz



Ausbildungsdauer: 3 Jahre | Ausbildungsform: Höhere Fachschule

Im Nachbarland Schweiz werden diplomierte Rettungsanitäter schon seit längerem auf Höheren Fachschulen drei Jahre lang ausgebildet. Sie übernehmen weitreichende, invasive Aufgabengebiete im Rahmen des Advanced Life Support. Rund 100 Rettungsdienste von Spitälern über öffentliche Einrichtungen bzw. Stiftungen bzw. privaten Anbietern übernehmen aktuell die Versorgung in der Schweiz (Stanley, 2022). Der Rettungsdienst in der Schweiz wird ohne ehrenamtliche durchgeführt. Während Diplomierte Rettungsanitäter:innen gesamt 5400 Stunden über drei Jahre hinweg ausgebildet werden, existiert zusätzlich die Möglichkeit mittels Anästhesiepflege Nachdiplomstudium tätig zu werden. Die einjährige Ausbildung (1800 Stunden) zum/zur Transportsanitäter:in wurde für den eigenständigen Transport von nicht kritisch kranken Patienten und als Assistenz für Dipl. RS geschaffen.

1.5.3 Rettungsoffizier:in | Notfallsanitäter:in in Ungarn



Ausbildungsdauer: 4 Jahre | Ausbildungsform: Universität

Die universitäre Ausbildung „Rettungsoffizier“ dauert insgesamt vier Jahre und umfasst ebenfalls weitreichende, invasive Aufgabengebiete im Rahmen des Advanced Life Supports. Ungarns Rettungsdienst verfügt über rund 8500 ausschließlich berufliche Mitarbeiter:innen, wovon 930 als Rettungsoffiziere, der Rest als zweijährige Notfallsanitäter:innen (~2400 Stunden) ausgebildet sind (Stanley, 2022)

1.5.4 Paramedics | Rettungspfleger:innen in Tschechien, Slowenien und der Slowakei



Ausbildungsdauer: 3 Jahre | Ausbildungsform: Universität

In Tschechien, Slowenien und der Slowakei arbeiten ausschließlich hauptberufliche Einsatzkräfte. Die dortigen Berufsgruppen bestehen aus Einsatzlenker:innen, Rettungspfleger:innen, Paramedics und Notärzt:innen. Die Ausbildung Bachelor in Paramedic Practice dauert angelehnt an das US-amerikanische Paramedic Modell zumeist 3 Jahre

³²<https://www.dbrd.de/images/aktuelles/2015/AlgorithmenNotSanDBRD2015V1.1.pdf>,
https://www.dbrd.de/images/algorithmen/DBRGAlgo1221_Web1.pdf

1.5.5 Rettungsfachkraft in den Niederlanden



Ausbildungsdauer: mind. 4 Jahre | Ausbildungsform: Universität

In den Niederlanden verlief der klassische Werdegang über eine Berufsausbildung oder Bachelorstudium Krankenpflege, deren Dauer jeweils mit vier Jahren festgelegt waren. Seit 2014 wurde ein eigener Studiengang „Medizinische Versorgung“ als vierjähriges Studium für Akut und Intensivmedizin geschaffen, worauf ein neunmonatiges Traineeship folgt. Aufbauend darauf können Studiengänge (Master of Advanced Nursing Practice oder Physician Assistant) absolviert werden (Stanley, 2022). Durch ein System der funktionellen Selbstbefugnis ist es Rettungsfachkräften erlaubt, weitreichende Maßnahmen wie Intubationen, Narkosen, Defibrillation, Katheterisierung, Punktieren, intraossäre Zugänge, transkutanes Pacing, beispielsweise aber auch Verabreichung von Opioiden. Die hohe Entscheidungsbefugnis umfasst auch die Belassung, Hospitalisierung oder eigenständige Behandlung.

1.5.6 Paramedics in Großbritannien



Ausbildungsdauer: 3 Jahre | Ausbildungsform: Universität

Das durch den staatlichen National Health Service (NHS) finanzierte Gesundheitssystem stellt Rettungsfachpersonal an, welche somit im öffentlichen Dienst tätig sind. Die wesentlichste Berufsgruppe im Rettungsdienst sind Paramedics. Sie verfügen über ein dreijähriges universitäres Bachelorstudium und übernehmen als Transportführer:innen eigenverantwortlich Einsätze. Advanced Paramedic Practitioners Urgent Care bzw. Critical Care sind weiterführende universitäre Ausbildungsmodelle. Notärzt:innen sind grundsätzlich nicht vorgesehen, kommen aber vor allem in der Flugrettung zum Einsatz. (Stanley, 2022)

1.5.7 Krankenpfleger:in bei SMUR in Frankreich



Ausbildungsdauer: 3 Jahre | Ausbildungsform: Universität

Die Services mobile d'urgences et de reanimation (SMUR) bezeichnet Krankenhausabteilungen, die für die Notfallversorgung in Frankreich zuständig sind. Die Versorgung von Notfallpatient:innen wird regelhaft von Krankenpfleger:innen mit entweder dreijähriger Ausbildung oder zusätzlich zweijähriger Sonderausbildung (Anästhesie) gemeinsam mit Notärzt:innen durchgeführt. Ambulancier verfügen über eine 20 – wöchige Ausbildung und fahren die Krankenwagen, ohne medizinische Maßnahmen durchzuführen (Dussap et al., 2018, S. 33).

1.5.8 Unterschiedliche Rettungssysteme, Österreich als Ausbildungsschlusslicht

Das in den verschiedenen europäischen Ländern eingesetzte Personal im Rettungsdienst erscheint sehr inhomogen betreffend Ausbildungsdauer und Zusammensetzung.³³

Es gibt derzeit kein anderes Land in Europa, in dem sowohl die niedrigste als auch die höchste Ausbildungsstufe für Sanitäter:innen derart kurz ist, wie in Österreich. Personal mit vergleichbar kurzen Ausbildungszeiten wie in Österreich wird andernorts lediglich für spezifische Aufgaben außerhalb der Notfallrettung eingesetzt (First Responder, Ambulanzdienst, Katastrophendienst, Basic Life Support, Krankentransport etc.). Notfallpatient:innen werden von wesentlich länger und fundierter ausgebildeten Sanitäter:innen versorgt. Dabei spielt es keine Rolle, ob zusätzlich Notärzt:innen zur Verfügung stehen (Redelsteiner, 2009). Es ist anzumerken, dass die oft kolportierte Ausbildungsdauer von 1.640 Stunden angesichts von weniger als 0,5% Notfallsanitäter:innen mit Besonderer Kompetenz Intubation und Beatmung nicht repräsentativ ist. Darin enthalten sind zudem 660 vorausgesetzte Praxisstunden, die streng genommen nicht als Teil der Ausbildungszeit gezählt werden dürfen.

Ausbildungsdauer der höchsten Ausbildungsstufe im Rettungsdienst in Europa



Abbildung 19: Dauer der höchstmöglichen Ausbildung im Rettungsdienst in österreichischen Nachbarländern. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus Dussap et al., 2018; Gorove et al., 2022; Stanley, 2022

Bei den 1.640 Stunden in Österreich sind Voraussetzungen inkludiert, die tatsächliche Ausbildungszeit beträgt 980 Stunden (siehe Tabelle 1)

³³ siehe hierzu auch <https://youtu.be/Y4lp84YK2o8>.

1.6 Rettungsdienst und Rettungswissenschaften

Die Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften versteht den Begriff Rettungswissenschaften bzw. Paramedizin:

„[...]als Berufswissenschaft für die Tätigkeit von Notfallsanitäter:innen. Sie ist eine Symbiose aus (Notfall- bzw. extraklinischer) Medizin, Gesundheitswissenschaften und öffentlicher Sicherheit. Sie beinhaltet aber auch rettungsdienstspezifische Erkenntnisse aus anderen Fachgebieten wie beispielsweise Psychologie, Soziologie, Technik, Einsatztaktik, Erwachsenenbildung, Kommunikation oder Versorgungsforschung. Weiterhin sind die Retter:innen nicht nur Subjekt sondern auch Objekt der Rettungswissenschaften.“ -(Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften, 2020)

Systematische Erhebungen, Monitoring und eine darauf aufbauende transparente, wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Rettungsdienst finden in Österreich durchaus in manchen Regionen statt. Dabei finden allerdings Themen der Versorgungsforschung und -sicherheit, der Qualitätssicherung und -entwicklung sowie der patient:innenorientierten Gesundheitsversorgung politisch und gesellschaftlich kaum Beachtung.³⁴ Zu nennen sind hierbei Initiativen wie die Einführung von Field Supervisors³⁵ bzw. Einsatzleitern in einigen Bundesländern, die als Unterstützung für das Rettungsdienstpersonal zu Einsätzen entsandt werden.

Am Beispiel des Bundeslands Tirol wird ersichtlich, dass die institutionelle Verankerung eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst mit einem dezidierten Auftrag zur Forschung auch Innovation begünstigt und zu einer entsprechenden Anzahl umgesetzter Projekte, wie das Crew Resource Management, Critical Incident Reporting System, ABS Briefing zur Patientenübergabe, Simulationstrainings und Gesundheitsmanagement, führt (Neumayr et al., 2018).

Der Bundesverband Rettungsdienst sammelt seit einigen Jahren einschlägige Forschungsarbeiten und stellt sie auf der Webseite www.bvrd.at/forschung zur Verfügung. Mit der Transparenzdatenbank www.bvrd.at/was-wir-ueber-den-rettungsdienst-in-oesterreich-wissen-daten-zahlen-fakten existiert eine österreichweit einzigartige Sammlung von der Gesamtzahl an Sanitäter:innen, Rettungsmitteln, Einsatzgebieten, Arzneimittellisten, Gesetzgebungen, Finanzen aus dem Rettungsdienst. Mit dem Projekt „Versorgungskarte Rettungsdienst Österreich“ wird auf Basis eines Geoinformationssystems eine kartographische Darstellung zu vielfältigen Aspekten des österreichischen Rettungsdienstes gewährleistet.

Es bleibt jedoch festzuhalten, dass es in Österreich keine dezidierten Forschungsmittel, -einrichtungen bzw. -aufträge für Forschung in den Rettungswissenschaften gibt. Arbeiten zur Versorgungsplanung werden beinahe nie öffentlich nachvollziehbar publiziert. Wenn Forschung stattfindet, passiert diese im Kontext der präklinischen Notfallmedizin bzw. weiteren akademischen Disziplinen³⁶ aufgrund von persönlichen Initiativen und Interessen. Die daraus resultierende Zusammenarbeit der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck bzw. der Fachhochschule St. Pölten mit den jeweiligen Rettungsorganisationen zeigt, dass Forschungsfelder initiiert werden können.

³⁴ Institutionen bzw. Organisationen, die sich im Rettungsdienst wissenschaftlich engagieren, sind bspw. in Niederösterreich, Wien, Graz und Tirol verortet: Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin – AGN Kongress, Ärztlicher Leiter Tirol – Tiroler Rettungsdienst-Tage, Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Katastrophen und Notfallmedizin – ÖGERN Symposium, Fachhochschule St. Pölten – Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung, Universitätsklinik für Notfallmedizin der MedUni Wien, Klinische Abteilung für Allgemeine Anästhesiologie, Notfall- und Intensivmedizin.

³⁵ Feldsupervisoren finden sich in Oberösterreich beim Samariterbund Linz, in Wien bei der Berufsrettung MA 70 sowie in geänderter Form auch in Niederösterreich.

³⁶ siehe hierzu bspw. <https://www.meduniwien.ac.at/hp/notfall/>

1.7 Gesellschaftlicher Status und Erwartungen

Die Frage nach dem gesellschaftlichen Status bzw. der Anerkennung von Sanitäter:innen in Österreich stellt sich als vielschichtig dar. Humanität, Vertrauenswürdigkeit und Authentizität werden bei Rettungsorganisationen vielfach als Werte

Das Ehrenamt im Rettungsdienst hat in Österreich gesellschaftlich einen besonders hohen Stellenwert, was eine Geringschätzung des Berufs mit sich bringt.

festgeschrieben und auch nach außen transportiert. Zusätzlich hat ehrenamtliches Engagement insbesondere in Österreich traditionell einen hohen Stellenwert. Die Mitarbeit in Rettungsorganisationen wird hochgeschätzt und gesellschaftlich anerkannt, allerdings stellt das österreichische Modell aus Zivildienern, ehrenamtlichen und hauptberuflichen Mitarbeiter:innen unter dem Dach einer Organisation einen europaweiten Sonderfall dar, der eine Reihe negativer Konsequenzen mit sich bringt.

Werden nämlich Ausbildungsdauer, Berufsschutz, Entwicklungsmöglichkeiten und insbesondere Entlohnung als Indikatoren herangezogen, so lässt sich daraus eine eher geringe Anerkennung ableiten.

Mit der Entscheidung des Obersten Gerichtshofes (OGH) hinsichtlich eines seit 1990 tätigen Rettungsdienstmitarbeiters, der seine Berufsunfähigkeitspension in einer außerordentlichen Revision erwirken wollte, zeigte sich im März 2022 eine deutliche Folge der mangelnden Anerkennung der Berufsgruppe. In den Ausführungen des OGH wird unter Punkt 6 festgehalten, dass dieser „ungelernte Arbeitertätigkeiten verrichtet habe, sodass er auf den gesamten Arbeitsmarkt verweisbar und somit nicht berufsunfähig sei.“ Weiter wird unter Punkt 7 festgehalten:

„[...] dass die Ausbildung zum Notfallsanitäter vom Umfang der vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten her nicht an einen Lehrberuf mit durchschnittlich dreijähriger Lehrzeit heranreiche. Dieser Umstand werde auch durch die Verpflichtung des Sanitäters, alle zwei Jahre Fortbildungen in der Dauer von mindestens 16 Stunden zu besuchen, nicht aufgewogen.“

Notfallsanitäter werden laut OGH nicht als Angestelltentätigkeit in Form der Verrichtung höherer, nicht kaufmännischer Dienste angesehen, da

„nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs eine größere Selbständigkeit und Denkfähigkeit, höhere Intelligenz, Genauigkeit und Verlässlichkeit sowie die Fähigkeit der Beurteilung der Arbeiten anderer, Aufsichtsbefugnis sowie überwiegend nichtmanuelle Arbeiten und gewisse Einsicht in den Produktionsprozess (Arbeitsablauf) gefordert, wobei diese Kriterien Indizien sind und keineswegs zur Gänze im Einzelfall vorliegen müssen“.
(Außerordentliche Revision, 2022)

Demgegenüber werden seitens der Bevölkerung durchaus hohe Erwartungen an die im Rettungsdienst tätigen Mitarbeiter:innen gestellt. Hierbei sind qualitativ vor allem Freundlichkeit, Empathie und professionelles Auftreten und Handeln zu nennen und quantitativ eine rasche und hohe Verfügbarkeit.

Abseits der in den Jahresberichten der Rettungsorganisationen genannten hohen Anzahl an geleisteten Kilometern und dem Dank an die vielen Freiwilligen wird oft wenig über die tatsächliche Versorgung in Einsätzen öffentlich berichtet. Es fehlen Daten zu Überlebensraten, SOP Anwendungen, Fehlern, usw. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an den Rettungsdienst seit vielen Jahren und erfordern eine jederzeitige, wohnortnahe Verfügbarkeit sowie eine rasche Erreichbarkeit von Einsatzorten. Bei kritischen Notfallpatient:innen, aber auch im Fall von komplexen medizinischen, psychischen oder sozialen Problemlagen fehlt gut ausgebildetes und erfahrenes Personal. Somit kommt es in der derzeitigen Situation

zu Fehlversorgungen, Fehlallokationen und Fehlalarmierungen von Notärzt:innen und zu nicht adäquaten Hospitalisierungen, ein Zustand, der in dieser Form nicht langfristig fortzuführen sein wird (Albrecht & Zich, 2016; Prause et al., 2020; Redelsteiner, 2018a). Wie beschrieben ist ein empathischer Umgang zwar für viele Patient:innen eine wesentliche Voraussetzung für die Zufriedenheit mit der vom Rettungsdienst erbrachten Leistung, allerdings kann er nicht als einziges Merkmal einer professionellen Versorgung dienen, denn *“jeder im Rettungsdienst – sei es freiwillig, beruflich oder als Zivildienstler – entscheidet sich dafür, PatientInnen in Notlagen zu betreuen. Diese Verantwortung muss jedem auch in vollem Umfang bewusst sein“* (Reisinger, 2012, S. 143).

2 SANITÄTER:IN – EIN ZUKUNFTSBERUF

Es ist höchste Zeit für Sanitäter:innen, den Entwicklungsschritt von der fremdbestimmten Hilfskraft zu eigenständigen Berufsgruppe zu vollziehen.

Ein neues Berufsbild für Sanitäter:innen, erstellt von Sanitäter:innen, anerkennt ihre täglichen Leistungen, wird ihrer Verantwortung gegenüber Patient:innen gerecht und hebt sie in die Gruppe der gehobenen Gesundheitsberufe.

Die obenstehende Aussage soll hier keinesfalls einem Selbstzweck dienen. Die Aufgabe von Sanitäter:innen heute und in der Zukunft ist die Versorgung kranker und verletzter Menschen und all jener, die medizinischer Hilfe bedürfen. Die Patient:innen mit ihren Bedürfnissen und Anforderungen haben konsequent im Mittelpunkt aller Bemühungen einer Professionalisierung zu stehen.



Das internationale Symbol für den Rettungsdienst, der „Star of Life“, liefert eine Leitlinie, indem er die sechs Kernfunktionen des Rettungsdienstes beschreibt. Diese umfassen das Erkennen von Notfällen, die Alarmierung geeigneter Kräfte, die Reaktion auf ein Ereignis, die Versorgung vor Ort, während des Transports und den Transfer in eine geeignete Einrichtung zur Weiterversorgung. In einem Modell des Sanitätergesetzes der Zukunft gilt es, diese Funktionen konsequent und professionell umzusetzen.

Abbildung 20: Star of Life mit den sechs Funktionen. Quelle: Abbildung aus Power User CC BY-SA.

In den folgenden Kapiteln werden wesentliche Eckpunkte des Rettungsdienstes in Österreich und sich daraus ergebende Spannungs- und Kritikfelder beschrieben.

- Kapitel 2.1 zeigt das Format, in dem die vorliegenden Forderungen formuliert sind, und spricht sich klar für eine stärkere Beteiligung von Sanitäter:innen an der Entwicklung ihres Berufsbildes aus.
- Kapitel 2.2 zeigt verschiedene erweiterte Ausbildungsmodelle, die bereits für den österreichischen Kontext angedacht werden.
- Kapitel 2.3 zeigt auf, welche Erwartungen und Anforderungen von Seiten der Notärzt:innen an Sanitäter:innen gestellt werden
- Kapitel 2.4 befasst sich mit Qualitätsaspekten, die in Zukunft gewährleistet werden müssen.
- Kapitel 2.5 legt dar, wie die künftige Berufsgruppe der Sanitäter:innen auch als Gesundheitsberuf anerkannt werden soll und welche Aufwertung eine Durchlässigkeit hin zu anderen Gesundheitsbereichen bringt.
- Kapitel 2.6 zeigt die Notwendigkeit eines breiter gefassten Verständnisses von Gesundheit und Krankheit
- Kapitel 2.7 zeigt auf, wie Ehrenamtliche künftig im Rettungsdienst in Österreich eingebunden werden können.

2.1 Partizipative Veränderung des Rettungsdienstes

Dass Sanitäter:innen selbst für Veränderungen ihres Berufsbildes eintreten, gilt in diesem Bereich eher als ungewöhnlich. Gleichzeitig ist die Forderung nach mehr und besserer Ausbildung bei Befragungen und Veranstaltungen des Bundesverbandes Rettungsdienst stets das größte Anliegen der Teilnehmer:innen.

Wo siehst du den größten Handlungsbedarf?

Mentimeter



178

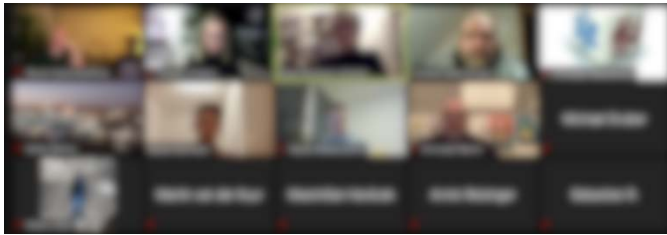
Abbildung 21 Handlungsbedarf in der Ausbildung, Quelle: Veranstaltung 20 Jahre Sanitätergesetz – Höchste Zeit für Veränderung, Mentimeter, 176 Teilnehmer:innen

Deshalb ist es in einem Zukunftsberuf Sanitäter:in umso wesentlicher herauszustreichen, dass aktiv Partizipationsmöglichkeiten geschaffen werden müssen. Die nachfolgenden Beispiele zeigen diesbezüglich Möglichkeiten auf.

2.1.1 Forum Zukunft Rettungsdienst – Austausch und Partizipation

Das „Forum Zukunft Rettungsdienst“ ist eine kollaborative Plattform zur Vernetzung und zum Austausch von Sanitäter:innen. Die Initiative startete als Online-Vernetzungstreffen im Februar 2020 und wurde vom Beginn an vom Bundesverband Rettungsdienst (BVRD.at) unterstützt. Gemeinsam mit politischen Vertreter:innen, aber auch mit Personen aus der Gesundheits- und Krankenpflege, Notärzten, lokalen und internationalen Sanitäter:innen wurde über mögliche Anknüpfungspunkte und Ideen eines Berufsbildes diskutiert. An den Treffen nahmen regelmäßig zwischen 8 und 20 Personen teil. Zudem findet auf einem Messenger-Kanal ein reger Austausch zu aktuellen Themen des Rettungsdienstes statt. Die Diskussionen stellen die Grundlage des nun vorliegenden Positionspapieres dar.

Eine wesentliche Erkenntnis dieses Prozesses ist es, dass Beteiligungsverfahren im Bereich des Rettungsdienstes dringend notwendig und ausbaufähig sind. Gegenwärtige Führungsstile verhindern durch mangelhafte Partizipation Innovation, klassische hierarchische Aufbauorganisationen legitimieren Macht über Position und Funktion. Insbesondere an der Vielzahl geschaffener Distinktionen, Funktionsgruppen und dieser Umstand soll mit dem neuen Berufsbild für Sanitäter:innen jedenfalls geändert werden. Es braucht mehr Beteiligung von Sanitäter:innen auf allen Ebenen, um einen Wandel hin zu einer aktiven Mitgestaltung zu ermöglichen.



Psychosoziale Interventionen im Kontext der präklinischen Versorgung

Forum Zukunft RD - 24.06.2021
Philipp Kapferer

Paramedic Ausbildung in Ungarn

László Gorvay

Telemedizinereinsätze bis 20.04.2022

- Es gab bisher **28** bei CorpulsMission registrierte Realeinsätze (zwischen 25.09.2021 und 20.04.2022)
 - Diese wurden nach folgenden Gesichtspunkten analysiert:
 - Einsatzgrund
 - EKG Abklärungen
 - Einsatzverlauf
 - Erfordernis eines NEFs
 - Technische Probleme



Verbandsgebiet ZRF Traunstein

3.748 km² Gesamtfläche
(Länge ca. 100 KM Nord/Süd, breiteste Stelle ca. 50 KM in Ost/West-Ausrichtung)

ca. 502.000 gemeldete Einwohner
(Urlaubsregion mit ca. 1,5 Mio. Übernachtungen jährlich)

Bezogen auf die Fläche und Einwohnerzahlen ist die ILS Traunstein die **fünft größte** der 26 ILS' in Bayern.



Vorstellung Ausbildungskonzept NEU

Sanitätler:innen Ausbildung NEU	Ausbildung Common Track / BOS Basisabgang	Ausbildung Rettungsassistent:in	Ausbildung Diplom - Notfallassistent:in	Übergangspfad für die Ausbildung Diplom - Notfallassistent:in
1. ...	1. ...	1. ...	1. ...	1. ...
2. ...	2. ...	2. ...	2. ...	2. ...
3. ...	3. ...	3. ...	3. ...	3. ...
4. ...	4. ...	4. ...	4. ...	4. ...

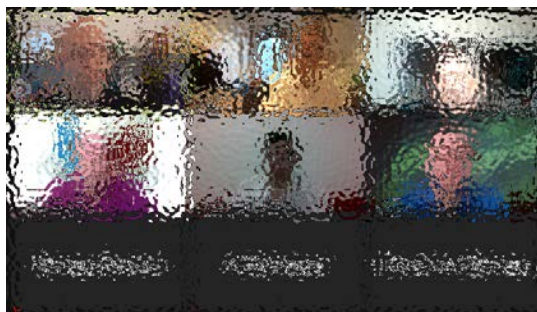


Abbildung 22: Screenshot Forum Zukunft Rettungsdienst Arbeitstreffen. Quelle: Diverse Screenshots erstellt von Februar 2020 – Jänner 2023

2.1.2 Initiative Zukunft Rettungsdienst

Die Initiative Zukunft Rettungsdienst veranstaltete zum Anlass des 20-jährigen Bestehens des Sanitätärgesetzes am 22.06.2022 ein Symposium im ÖGB in Wien. Unter dem Titel „20 Jahre Sanitätärgesetz – Höchste Zeit für Veränderung!“ wurde intensiv über ein künftiges Berufsbild diskutiert. Der Einladung des Bundesverband Rettungsdienst, der Gewerkschaften, des Österreichischer Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfallmedizin, der Fachhochschule St. Pölten folgten hunderte Interessierte Personen. Besonders erfreulich war in diesem Zusammenhang auch die Zusage von Bundesminister Johannes Rauch „[...] dieser Prozess wird eingeleitet im Herbst, mit ihnen allen mit allen Stakeholdern, die damit befasst sind. [...] mir ist klar und uns ist klar im Ministerium, da ist Handlungsbedarf. Was ich ihnen zusagen kann [...], wir werden alle mit einbeziehen.“ Im Rahmen weiterer Termine wurden dem Bundesminister bereits Eckpunkte und Positionspapiere überreicht.



Abbildung 23: Veranstaltung 20 Jahre Sanitätärgesetz Initiative Zukunft Rettungsdienst am 22. Juni 2022 in Wien. Quelle: BVRD.at



Abbildung 24: Treffen der Initiative Zukunft Rettungsdienst mit dem Bundesminister zur Überreichung des Eckpunktepapiers am 20.09.2022

2.1.3 Rettungsdienst im Brennpunkt

Unter dem Titel „Rettungsdienst Tirol im Brennpunkt – Damit Patient:innensicherheit in Tirol Zukunft hat!“ fand am 14.09.2022 eine Podiumsdiskussion in Innsbruck statt. Initiiert wurde die Veranstaltung von den Betriebsräten der Freiwilligen Rettung Innsbruck, die im Vorfeld der Landtagswahlen im Herbst 2022 öffentlich auf die prekäre Situation des Tiroler Rettungsdienstes aufmerksam gemacht hatten. Gemeinsam durchgeführt mit dem Bundesverband Rettungsdienst (BVRD.at) stand die Veranstaltung ganz im Zeichen notwendiger und anzugehender Veränderungen im Tiroler aber auch österreichweiten Rettungsdienst.



Abbildung 25: Rettungsdienst im Brennpunkt. Damit Patient:innen sicherheit in Tirol Zukunft hat. Podiumsdiskussion am 14.09.2022 in Innsbruck

2.2 Ausbildungsmodelle von Sanitäter:innen

Das vorliegende Papier orientiert sich an den zahlreichen bereits bestehenden Konzepten zur Professionalisierung der Ausbildung zum/zur Sanitäter:in. Insbesondere finden hierbei die umfassende Berufsfeldstudie von Müller und Huber (1995) sowie das Konzeptpapier Ausbildungsstruktur des Österreichischen Rettungswesens Neu des FGV (ÖGB ARGE Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe, 2017) Beachtung.

Das Rettungswesen erfährt eine Professionalisierung durch gut ausgebildete und qualifizierte Sanitäter:innen, die gemäß ihrer Qualifikation im Rettungs- und Krankentransportdienst eingesetzt werden. Die beiden nachfolgenden Modelle zeigen Möglichkeiten des Ausbildungsverlaufes.

2.2.1 Medizinercorps

1890 wurde in Graz mit dem Medizinercorps eine einzigartige Ausbildung zum/zur Rettungsmediziner:in geschaffen. Studierende der Humanmedizin absolvieren im Rahmen der Ausbildung sämtliche Notfallkompetenzen (allgemeine, besondere), profitieren von Inhalten Ihres Grundstudiums, und werden durch praktisches Training und den Einsatz Rettungswagen ausgebildet. (Prause et al., 2013)

2.2.2 Präklinische Versorgung und Pflege

An der Fachhochschule St. Pölten wurde mit dem Akademischen Lehrgang Präklinische Versorgung und Pflege eine sieben Semester dauernde Ausbildung geschaffen. Studierende erwerben sowohl die allgemeinen Notfallkompetenzen, als auch einen Abschluss in Gesundheits- und Krankenpflege.

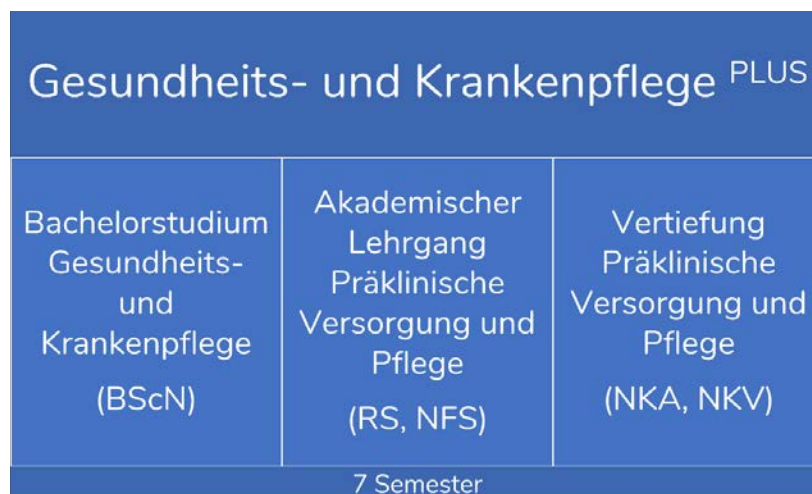


Abbildung 26 Gesundheits- und Krankenpflege PLUS Fachhochschule St. Pölten. Quelle: eigene Darstellung, Daten aus <https://www.fhstp.ac.at/de/studium/gesundheit/gesundheits-und-krankenpflege>

2.2.3 DiplomierteR NotfallsanitäterIn – ÖGB

Vom ÖGB wurde bereits 2017 ein Ausbildungsmodell zur/zum Diplomierten NotfallsanitäterIn-NKI vorgeschlagen. Das Modell stellt aus Sicht der damaligen Entwicklungsgruppe eine auf die Stufe NKI aufbauende dreijährige Ausbildung dar. Diese Ausbildung soll zu umfangreichen Kompetenzen der Sanitäter:innen im Rahmen der Versorgung von Notfallpatient:innen führen. Darin finden sich wichtige Überlegungen, die im Rahmen einer weiterführenden Auseinandersetzung vertieft werden können.

Diplomlehrgang „DiplomierterR NotfallsanitäterIn-NKI“		
Theoretische Ausbildung	1600 Stunden	Geblockt bzw. Vollzeit
Praktische Ausbildung	500 Stunden	Innerklinische Sonderbereiche
Anerkennungsjahr	Einjähriges Zeitintervall	Unter Anleitung/ Supervision eines qualifizierten Praxisanleiters
Ausbildungsabschluss	Wissenschaftliche Abschlussarbeit / ergänzende fachliche Abschlussprüfung	Umfang der Arbeit mind. 30 Seiten
Gesamt	3700 Ausbildungsstunden (Theorie, Praxis und Anerkennungsjahr)	

Tabelle 2 Neue Ausbildungsstufe "DiplomierterR NotfallsanitäterIn – ÖGB. Quelle: (ÖGB ARGE Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe, 2017)

2.2.4 Ein Blick in die Vergangenheit – Diplomierter Rettungsassistent 1993

Bereits einige Jahre vor Inkrafttreten des SanG von 2002 wurde in einer umfangreichen, mehrjährigen Studie der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen (ÖAGW) von Müller et al. (1995) ein wesentlich umfassenderes Ausbildungsmodell gefordert. Die höchste Ausbildungsstufe zum Diplomierten Rettungsassistenten sah eine Dauer von drei Jahren (siehe Tabelle 2). Der Einstieg in den Rettungsdienst sollte mit der einjährigen Ausbildung zum/zur Rettungsanitäter:in im Ausmaß von 1060 Ausbildungsstunden erfolgen. Auch ein dreijähriges Ausbildungsmodell im Rahmen einer Berufs- bzw. Pflichtschule war damals vorgesehen. Die gesamte Ausbildungsdauer wurde mit 4.400 Stunden festgelegt.

	Theorie	Krankenhauspraktikum	Rettungspraktikum	Abschluss
Diplomierter Rettungsassistent III. Abschnitt	12 Monate			Prüfung + Diplomarbeit
Intensivlehrgang II. Abschnitt	1120 Stunden	560 Stunden		Zwischenprüfung
Rettungsanitäter I. Abschnitt	320 Stunden	240 Stunden	480 Stunden	Staatliche Abschlussprüfung

Tabelle 3: Das Integrierte Ausbildungsmodell zur Sanitätsfachkraft. Quelle: Müller & Huber, 1995, S. 405–435.

Im Modell wurde bereits damals schon eine notwendige Nachschulung der bestehenden Sanitätsgehilfen berücksichtigt, um für diese Gruppe eine berufliche Einbindung sicherzustellen (siehe Abbildung 5).

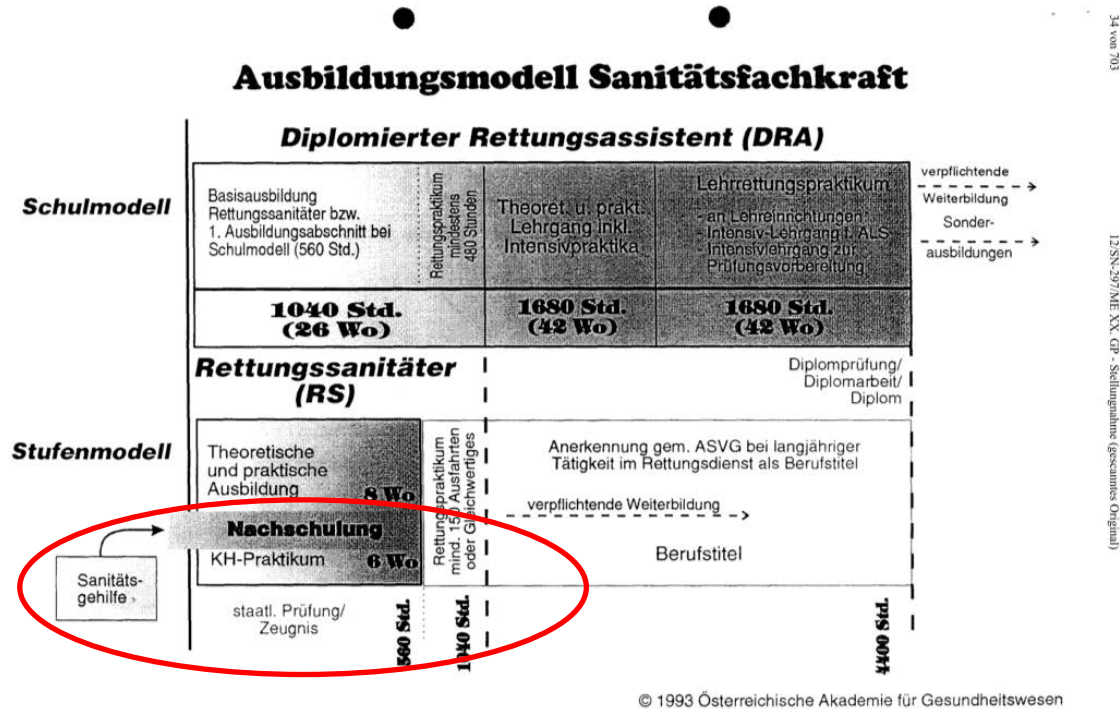


Abbildung 27: Ausbildungsmodell Sanitätsfachkraft 1993. Quelle: Abbildung entnommen aus Müller & Huber (1995)

2.2.5 Ausbildungsbedarf von Sanitäter:innen

Um den tatsächlich notwendigen Umfang einer Grundausbildung für Sanitäter:innen erfassen zu können, muss festgelegt werden, welches Wissen und Können dafür nötig ist. Dazu sollten die oben genannten bereits vorhandenen bzw. entworfenen Modelle herangezogen werden, denn diese Decken liefern bereits wesentliche Erkenntnisse für das Anforderungsprofil. Zusätzlich muss für ein attraktives Berufsbild insbesondere auch der Faktor der Anrechenbarkeit, Durchlässigkeit bzw. Durchgängigkeit in andere Gesundheitsberufe als Anlehnung gelten.

Schober (2020, S. 477) erweitert die Sichtweise auf den Ausbildungsbedarf im Rahmen seiner Dissertation „Kompetenzorientierte Anforderungsprofile im österreichischen Rettungsdienst“ und stellt 51 Kompetenzanforderungen an Sanitäter:innen Ausbildungsstufe Notfallsanitäter:in NKI dar. Diese werden in Meta-, Schlüssel-, Querschnittskompetenzen sowie einen erweiterten Kompetenzatlas und Querschnittskompetenzen unterteilt. Die angeführten Kompetenzen wurden von Expert:innen im Rahmen von Workshops als notwendig für die Versorgung von Notfallpatient:innen im Berufsbild NKI erachtet. Daraus abgeleitet ergibt sich ein Ausbildungskonzept, welches nicht nur fachliche Kompetenz vermitteln soll. Sanitäter:innen brauchen ein viel breiteres Spektrum an Kompetenzen, entsprechend muss sich auch die Ausbildung nicht nur am Erlernen technischer Fertigkeiten, sondern vielmehr am reflektierten Einsatz dieser orientieren.

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 Lese- und Schreibkompetenz	Delegieren	P	Hilfsbereitschaft	P	
Fremdsprachliche Kompetenz	Lernbereitschaft	P	Disziplin	P	
Mathematische Kompetenz (NAWI, IT, Technik)	Ganzheitliches Denken	P	Mobilität	A	
Digitale Kompetenz	Zuverlässigkeit	P	Ausführungsbereitschaft	A	
Persönliche- Soziale und Lernkompetenz	Entscheidungsfähigkeit	A	Initiative	A	
Bürgerkompetenz	Belastbarkeit	A	Ergebnisorientiertes Handeln	A	
Unternehmerische Kompetenz	Teamfähigkeit	S	Zielorientiertes Führen	A	
Kulturbewusstsein und kulturelle Ausdrucksfähigkeit	Problemlösungsfähigkeit	S	Konsequenz	A	
	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 28: Kompetenzorientiertes Anforderungsprofil Notfallsanitäter:in (NKI) – 51 Kompetenzen. Quelle: Schober, 2020, S. 480, mit freundlicher Genehmigung des Autors

2.3 Zusammenarbeit mit und Erwartung von Notärzt:innen

Eine enge Zusammenarbeit mit und der gezielte Einsatz von Notärzt:innen fördert die Weiterentwicklung des Rettungsdienstes. Im Positionspapier der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (ÖGARI) wird im Hinblick auf eine künftige Ausbildung von Sanitäter:innen unter anderem gefordert (vgl. Baubin et al., 2022):

- Schaffung gesetzlicher Grundlagen und Finanzierung einer quantitativ und qualitativ verbesserten Ausbildung der Rettungs- und Notfallsanitäter:innen sowie des Leitstellenpersonals
- Verbindliche Präsenz von Notfallsanitäter:innen während der Versorgung und des Transportes von Notfallpatient:innen, Festschreibung entsprechender Verfahrensanweisungen durch die Rettungsdienstbetreiber
- Implementierung einer abgestuften und qualifizierten prähospitalen Versorgungsstruktur durch mobile Dienste, ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie Rettungs- und Notarztdienst nach bundeseinheitlicher Vorgabe unter Zusammenarbeit aller Stakeholder des Gesundheitswesens

In einer öffentlichen Veranstaltung der Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin Diskussionen zur Weiterentwicklung des Rettungsdienstes erwähnt Univ.-Prof. Dr. Helmut Trimmel von der ÖGARI, dass die 260-stündige Ausbildung „den heutigen Ansprüchen [...] nicht mehr genügend“ ist. Sanitäter:innen bräuchten „klinische Erfahrung [...] sie müssen lernen, wie ein kranker Mensch aussieht, und das nicht nur im Rettungswagen. Sie müssen lernen, wie man mit so einem Patienten umgeht“. Gerade die Einbindung in Notaufnahmen würde sich seiner Ansicht nach für das Erlernen dieser Kompetenzen gut anbieten. Anstatt über einen Notarztmangel zu diskutieren, schlägt Trimmel vor, über einen adäquaten Einsatz von Notärzt:innen zu diskutieren, denn gerade Stornos und NACA < IV Alarmierungen könnten von kompetentem Personal ebenso versorgt werden (Trimmel, 2022).

In Österreich existieren bereits einige Umsetzungsbeispiele für die enge Verzahnung Sanitäter:innen und ärztlichem Personal. In Tirol ist der Ärztliche Leiter Rettungsdienst für Qualitätssicherung im dortigen Rettungsdienst verantwortlich, wobei dieses Modell in vielen Deutschen Bundesländern gelebte Praxis ist. Die MA70 setzt durch den gezielten Einsatz von Notärzt:innen ein umfassendes Anforderungsspektrum an Sanitäter:innen. Ober- bzw. Chefärzt:innen sorgen für Qualitätssicherung bzw. führen medizinische Innovationen in den Rettungsdienst mit ein. Und in Niederösterreich wurde für die Acute Community Nurse (ACN) ein umfassendes Spektrum an Handlungsanweisungen (SOPs) freigegebenen.

Gerade mit der kürzlich novellierten Neuausrichtung der Notarzteausbildung wurde seitens des Gesetzgebers die Möglichkeit geschaffen, eine qualitative Verbesserung (u.a. die Implementierung eines Skills Katalogs, Erweiterung der Ausbildungsinhalte, Schaffung bestimmter Voraussetzungen und Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen) und ein langfristigeres Engagement unter Notärzt:innen zu bewirken.

2.4 Qualität im Rettungsdienst

Redelsteiner (2016c, S. 91) zufolge ist „[...] ein ausreichendes Maß an intellektueller und manueller Sicherheit in der Patientenbetreuung, inkl. permanenter Selbstreflexion und externer Qualitätssicherung“ notwendig, um entsprechend hochwertige Qualität in der Versorgung von Patient:innen leisten zu können.

Dies bedeutet, dass die künftige Ausbildung von Sanitäter:innen auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und angelehnt an ein internationales Niveau passiert. Neben der quantitativen Anhebung der Ausbildungsdauer ist vor allem inhaltlich eine starke Fokussierung auf Berufsbildung, Selbstreflexion und soziale Kompetenzen von wesentlicher Bedeutung. Dieser Umstand sollte künftig auch der wesentliche Unterschied zwischen dem derzeitigen „Handwerk“ Sanitäter:in und einer Berufsgruppe/Profession Sanitäter:in sein.³⁷

Die Einbindung digitaler Technologien, insbesondere telemedizinischer Anwendungen, erlaubt zusätzliche Sicherheit und erhöht das Patient:innen-Outcome maßgeblich. Ein externes Monitoring erlaubt Qualitätssicherung.

Forschung und Wissenschaft im Bereich des Rettungsdienstes soll künftig neben der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Profession auch Qualität sicherstellen und zu einer Attraktivierung des Bereichs führen.

2.5 Durchlässigkeit und Aufnahme in die Gesundheitsberufe

Zentral ist in einem durchlässigen System der Zukunft, dass Sanitäter:innen auch in innerklinischen Bereichen wie Krankenhäusern (z.B. in der Notfallaufnahme), Gemeinden (z.B. als Gemeindenotfallsanitäter:in) oder Arztpraxen/Primärversorgungszentren tätig werden können. Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Vernetzung der Gesundheitsprofessionen. Andererseits steigt durch die Durchlässigkeit zwischen den Gesundheitsberufen die Attraktivität eines neuen Berufsbilds des/der Sanitäter:in. In Regionen, die durch eine geringe Einsatzrate gekennzeichnet sind, kann durch den vielseitigen Einsatz im Gesundheitsbereich ein adäquates professionelles Niveau gehalten werden. Eine weitere Möglichkeit ergibt sich im Rahmen innovativer Laufbahnmodelle, wenn Sanitäter:innen nach vielen Jahren im Rettungsdienst die Möglichkeit haben, einer Tätigkeit im innerklinischen Bereich (z.B. in Notaufnahmen, Anästhesie und Intensivstation)

³⁷ In den USA unterscheidet man zwischen Emergency Medical Technicians (jene, die das Handwerk der Notfallversorgung beherrschen) und Paramedics (jene, die selbstverantwortlich die Betreuung, Versorgung und Behandlung von Notfallpatient:innen übernehmen).

nachzugehen und dort als gleichwertige Berufsgruppe gelten. Insbesondere angesichts des bevorstehenden Mangels an Pflegekräften besteht hier die Möglichkeit einer innovativen Form der Personalakquise.

2.6 Biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Angesichts der beschriebenen veränderten Einsatzlagen gilt es für den Rettungsdienst ein wesentlich umfassenderes biopsychosoziales Gesundheitsverständnis zu entwickeln. Demnach sind Gesundheit und Krankheit als dynamisches Kontinuum zu betrachten und psychische sowie soziale Faktoren als wesentliche Determinanten davon (Egger, 2005). Es geht um die Schaffung von Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten für und gemeinsam mit Patient:innen. Es gilt auch Konzepte wie Salutogenese und Resilienz im Verständnis für das Handeln der Patient:innen zu erlernen und auch ein Verständnis für schwierige, vorerst unlösbare Situationen zu entwickeln (Kolar, 2011; Mittelmark et al., 2017). Dabei sollen Hospitalisierung bzw. Belassung zwei von unzähligen weiteren zu schaffenden Optionen für Patient:innen darstellen, wie dies bereits heute in unterschiedlichen Projekten weltweit (z.B. Community Response Teams) umgesetzt wird (Zahorka, 2018). Professionelle Sanitäter:innen zeichnen sich dadurch aus, dass sie in der Lage sind, auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Informationen fundierte Entscheidungen zu treffen. Sie sind daran interessiert, Wissen zu erweitern und durch Aus- und Weiterbildung, sowie kontinuierliches Feedback Kompetenzen auszubauen. Erst dadurch entstehen innovative Handlungsansätze wie mit den gegenwärtigen Herausforderungen umgegangen werden kann.

2.7 Eine Zukunft für das Ehrenamt im Rettungsdienst

Die bestehenden Diskussionen zur Frage der Einbindung von Ehrenamtlichen sind sehr oft von Ängsten und Sorgen um die Weiterführung einer gesellschaftlich anerkannten Tätigkeit getragen. So lassen sich selten Diskussionen sachlich führen. In Zukunft soll den vielen freiwillig tätigen Mitarbeiter:innen weiterhin Entwicklungsmöglichkeiten im Bereich des Rettungsdienstes gegeben sein. Sie sollen allerdings verstärkt auf die Bereiche Krankentransport, Katastrophen- und Großschadensbewältigung, Pandemiebekämpfung bzw. Basic-Life-Support bzw. First Responder sowie assistierende Tätigkeiten im Rettungsdienst fokussiert werden. Ähnliche Modelle finden sich in Dänemark, einigen deutschen Bundesländern und auch in den USA. Für das erbrachte Engagement soll eine entsprechende berufliche Anerkennung gewährt und auch eine Anrechnungsmöglichkeit für Ausbildungen ermöglicht werden.

Es gilt, ein adäquates Maß an Mindeststunden (bzw. Einsätzen und/oder Simulationen) zur Sicherstellung der Routine festzulegen. Zusätzlich bedarf es jedoch auch einer Regelung in Bezug auf die Einhaltung von Ruhezeiten für freiwillige Mitarbeiter:innen im Rettungsdienst.

Insgesamt gilt es für die Hilfsorganisation, innovative Modelle zu entwickeln, wie freiwillige Mitarbeiter:innen das erworbene Wissen auch für ihren persönlichen, beruflichen Kontext einsetzen können. Beispielsweise könnten künftig Spezialisierungen in den Bereichen Krankentransport, Katastrophenhilfsdienst, Pandemiedienst, First Responderdienst, Assistenz im Rettungsdienst etc. angeboten werden. Diese Modelle sollen inhaltlich so gestaltet sein, dass eine Durchlässigkeit aus der freiwilligen Tätigkeit in den professionellen Rettungsdienst möglich ist.

3 FORDERUNGEN

Der Rettungsdienst der Zukunft braucht ein klares Berufsbild und die Etablierung als Gesundheitsdienstleistung im Rahmen der bevölkerungsnahen Primärversorgung. Die nachfolgenden Forderungen sind einerseits das Ergebnis der in diesem Papier behandelten Aspekte und bilden den Konsens des Forums Zukunft Rettungsdienst ab.

- Schaffung einer **mehrjährigen Ausbildung** zum/zur Sanitäter:in
- Ausbildung der Dipl. NFS in **organisationsunabhängigen Ausbildungsinstitutionen**
- **duale Ausbildung** bestehend aus theoretischem Fachwissen, klinischer Praxis und Rettungspraxis auf Basis des Nationalen Qualifikationsrahmens
- Ausbildung auf Basis **evidenzbasierter Standards** nach **internationalem Vorbild**
- Anwendung **innovativer didaktischer Methoden, wie Simulationstrainings, Blended-Learning, Kompetenzfeldentwicklung, Professionelle Entwicklung**
- **Innovative, interdisziplinäre Ausbildungskonzepte**
- Möglichkeit für **bestehende Sanitäter:innen**, im Rahmen einer **Übergangsregelung** das erforderliche Ausbildungsniveau zu erlangen
- Anerkennung von Sanitäter:innen als Gesundheitsberuf und Aufnahme in das **Gesundheitsberuferegister**
- **Durchlässigkeit** hin zu anderen **Gesundheitsberufen** und Arbeitsbereichen (innerklinisch sowie in der Primärversorgung)
- Schaffung von **Berufspfaden** und **Entwicklungsmöglichkeiten** als Sanitäter:in
- Entwicklung eines **Berufsbildes Leitstellenmitarbeiter:in**
- Gezielter Einsatz von **Ehrenamtlichen** in den Bereichen First-Responder, Ambulanzdienst, Katastrophendienst sowie Krankentransport und assistierende Tätigkeiten im Rettungsdienst
- Forschung und Entwicklung im Bereich der **Rettungswissenschaften**
- **Einsatz des Rettungsdienstpersonals adäquat zur Ausbildung**, einhergehend mit einer klaren Trennung zwischen First Respondern, KTW, RTW und weiteren Spezialbereichen

Darüber hinaus braucht es in der strukturellen Umsetzung österreichweit einheitlich:

- Erstellung eines **klar definierten Anforderungsprofils** zu den Aufgaben und Tätigkeitsbereichen des Rettungsdienstes
- eine klare **Trennung zwischen einfachem Krankentransport** (Krankenfahrt), **qualifiziertem Krankentransport** und **Rettungstransport** in der Disponierung und Vorhaltung
- **bundeseinheitliche, regelmäßige Erhebung von Qualitätsindikatoren**
- **Verknüpfung von rettungsdienstlichen und innerklinischen Daten** zur Qualitätssicherung und Verbesserung
- Bereitstellung von Mitteln zur **Forschung** in den Bereichen Versorgung, Qualität und Weiterentwicklung im Rettungsdienst
- Etablierung einer **Fachvertretung** für alle Sanitäter:innen

Die gestellten Forderungen sollen gewährleisten, dass sich junge Menschen in Zukunft für den attraktiven Beruf des Sanitäters/der Sanitäterin entscheiden, um professionell unter geeigneten Rahmenbedingungen tätig zu werden.

Das Ziel aller gegenwärtiger Bestrebungen muss sein, dass Menschen in Not eine bedarfsgerechte, professionelle und internationalen Standards entsprechende Versorgung erhalten. Dabei darf keinen Unterschied machen, wann, wo in Österreich und wie diese den Rettungsdienst kontaktieren.

4 DIPLOMIERTE:R SANITÄTER:IN AUSBILDUNG NEU

4.1 Sanitäter:innenausbildung NEU

Durch die Implementierung der Sanitäter:innenausbildung Neu werden alle wichtigen Säulen der österreichischen Rettungslandschaft mit an Bord geholt. Ein modular aufbauendes System ermöglicht Bürgern:innen – egal welchen Bildungsgrades – einen niederschweligen Eintritt in den Rettungsdienst. Von einem einheitlichen Basislehrgang für alle Mitarbeiter:innen der Behörden und Organisationen für öffentliche Sicherheit mit Schwerpunkt auf Zivilschutz, über die Ausbildung zum/r Rettungssanitäter:in – einer Fachkraft für den qualifizierten Krankentransport und lebensrettende Sofortmaßnahmen – führt der Weg bis hin zum/zur Diplom Notfallsanitäter:in, Expert:innen im Kontext der Rettungsdienstlichen primären Notfallversorgung in einem ganzheitlichen Ansatz der Versorgung von Notfallpatient:innen.

4.2 Diplom-Notfallsanitäter:in (Dipl.-NFS)

In einem 180 ECTS (davon 15 ECTS als Rettungssanitäter:in) umfassenden Lehrgang werden die Anwärter:innen in medizinischen Grundlagenfächern und fachspezifischen Spezialfächern geschult und durchlaufen sowohl vertiefende rettungsdienstliche Praktika als auch Praktikumsaufenthalte im intra- und extramuralen Bereich. Nach absolvierter Prüfung sowie verteidigter Diplomarbeit werden die Diplom-Notfallsanitäter:innen als eigenständig arbeitende Transportführer:innen auf Rettungstransportwägen (RTW) zur ganzheitlichen Versorgung und Behandlung akut lebensbedrohter Patient:innen eingesetzt. Neben ihrer Rolle als Transportführer:innen auf RTWs begleiten sie weiterhin Notärzt:innen auf Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF), führen selbstständig Interhospital- und Hochinfektionstransporte mit und ohne Arztbegleitung durch oder werden auch intramural in Notfallambulanzen oder Schockräumen tätig. Des Weiteren ermöglicht die Ausbildung die Mitarbeit z.B. in Primärversorgungszentren oder als Betriebsnotfallsanitäter:innen. Der Abschluss und somit das Erreichen von insgesamt 180 ECTS ermöglichen nach der UG-Novelle 2021 auch ohne Reifeprüfung zusätzlich den Zugang zu Fachhochschul- und Universitätslehrgängen. So können weiterführende Spezialausbildungen wie etwa eine Flugretter-Ausbildung, eine DIVI-Zertifizierung oder ein Didaktik- und Pädagogik Lehrgang, über Masterstudiengänge im Bereich der Rettungsdienst-Wissenschaften bis hin zum Diplomstudium der Humanmedizin aufbauend auf den Dipl.-NFS erfolgen. Weiters unterstützt die starke Anlehnung des Curriculums an das der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung eine Durchlässigkeit der Absolvent:innen in beide Richtungen und gewährt so eine reibungslose Anrechnung der bereits absolvierten Lehrgangsabschnitte.

4.3 Rettungssanitäter:in (RS)

Aufbauend auf einen optionalen BOS-Basislehrgang wird die Ausbildung zum/r Rettungssanitäter:in begonnen. In dem 15 ECTS umfassenden Kurs mit inkludiertem rettungsdienstlichem Praktikum wird das Hauptaufgabenfeld des/r Rettungssanitäter:in geschult. Dies umfasst neben dem qualifizierten Krankentransport mittels Krankentransportwagen (KTW) auch die Durchführung von Ambulanzdiensten bei Großveranstaltungen, den Einsatz als „First Responder“ in weniger gut erschlossenen Gebieten und die Mitwirkung bei der sanitätsdienstlichen Versorgung im Großschadens- oder Katastrophenfall. Darüber hinaus können Rettungssanitäter:innen auch in unterstützenden Tätigkeiten (z.B. als Lerker:in

eines Rettungstransportfahrzeuges (RTW)) eingesetzt werden. Neu im Curriculum finden sich grundlegende pflegerische Tätigkeiten wie die Unterstützung der Patient:innen bei Tätigkeiten des alltäglichen Lebens und grundlegende Pharmakologie. Weiters wird auch das Notfallmedizinische Tätigkeitsspektrum des/r Rettungsanitäter:in aufgewertet. Einfach zu applizierende Medikamente wie orale Analgetika der Stufe 1, Autoinjektoren oder inhalativer Sauerstoff dürfen nach Absolvierung der Ausbildung dem/r Patient:in eigenständig verabreicht werden. Zur Aufrechterhaltung wird ein Fortbildungspunktesystem ähnlich dem DFP-Punktesystem für Ärzte implementiert. Absolvierte Fortbildungen werden jährlich bei der Registrierungsstelle eingereicht und dementsprechend angerechnet.

4.4 Optionaler BOS-Basislehrgang

Der Einstieg in die weiterführende Ausbildung beginnt für alle Mitarbeiter:innen von Behörden und Organisationen für öffentliche Sicherheit (BOS) gleich. In einem 2 ECTS umfassenden Grundkurs werden Anwärter:innen für Rettungsdienste (Wasserrettung, Bergrettung, Höhlen- und Tiefenrettung und Regelrettungsdienst), Feuerwehren, Exekutive und Österreichisches Bundesheer auf einen einheitlichen Status Quo gebracht. Dies erleichtert vor allem die Zusammenarbeit organisationsübergreifend. Neben dem Kennenlernen grundlegender Strukturen der rettungsdienstlichen Versorgung und dem Umgang mit Rettungs- und Bergegeräten, Funkdisziplin, Gefahrenlehre und Basisfertigkeiten der Hygiene wird auch auf eine Erste Hilfe Ausbildung sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung Wert gelegt. Ein Überblick über aufgabenspezifische rechtliche Grundlagen, Demokratie und die Zivilgesellschaft sowie die CRM-Grundätze komplettieren das Curriculum. Ziel ist es, eine breit gestreute Basisausbildung zu implementieren, um die Absolvent:innen im Katastrophenfall als bereits geschulte Kräfte im Zivilschutz sofort der Bevölkerung als Unterstützung zur Verfügung stellen zu können. Die Schirmherrschaft über den BOS-Basislehrgang könnte hier der Österreichische Zivilschutzverband übernehmen. Diesem käme damit die Aufgabe zu, die Lehrgänge zu koordinieren und bei der Durchführung mit bereits bestehenden Hilfsorganisationen zu kooperieren und bestehende Netzwerke zu stärken.

4.5 Conclusio

Die Sanitäter:innen-Ausbildung Neu schafft eine neue Möglichkeit, auch ohne Matura über den Weg des Rettungsdienstes aufgrund der UG-Novelle von 2021 eine Studienberechtigung zu erlangen. Durch den modularen Aufbau kann die Ausbildung vom optionalen BOS-Basislehrgang bis hin zum Diplom-Notfallsanitäter für Zivildienstleistende, Ehrenamtliche und Hauptberufliche einfach und realistisch durchführbar zur Verfügung gestellt werden. Die Aufwertung des/r Rettungsanitäter:in steigert die Attraktivität der gemeinnützigen Tätigkeit bei nur gering gestiegenem Ausbildungsaufwand. Die weiterführende Ausbildung zum/zur Diplom-Notfallsanitäter:in führt neben einer sehr fundierten Fachausbildung auch zu einer langfristigen Bindung der Mitarbeiter:innen für das Gesundheitswesen in Österreich. Einen Nebeneffekt stellt die durch die Ausbildung erlangte Studienberechtigung dar. Aufgrund umfassender Regelkompetenzen von diplomierten Notfallsanitäter:innen werden nicht indizierte Notarzteinsätze und Hospitalisierungen verringert. Dies entlastet nicht nur die Krankenhäuser, sondern folglich auch das gesamte Gesundheitssystem. Die an EU-Standards angepasste neue Ausbildungsverordnung wird von einer bundesweit einheitlich agierenden Instanz (Bundesagentur) laufend überwacht und geprüft. Diesem Organ obliegen Prüfungsmodalitäten, Rezertifizierungen und die Überführung von bereits bestehenden Notfallsanitäter:innen.

SANITÄTER:INNEN AUSBILDUNG NEU

Option auf Zusatzausbildung - Aufbaulehrgänge - Lehre - Management -
Fachhochschulen und Universitäten

DIPL. NOTFALLSANITÄTER:IN

165 ECTS + 15 ECTS

Notfallrettungsdienst - Notarztdienst - Eigenständiger Intensivtransport mit/ohne Arzt -
Primärversorgungszentren - Notfallambulanzen - Schockraummanagement - HIT -
Betriebsnotfallsanitäter

RETTUNGSSANITÄTER:IN

15 ECTS

Qualifizierter Krankentransport + Hygienetransport - First Responder -
Ambulanzdienste - Großschaden - Katastrophenfall - Lenker RTW

RETTUNGSDIENST

BOS BASISLEHRGANG (OPTIONAL)

Zivilschutz, 2 ECTS

Freiwillige Feuerwehr - Polizei - Grundwehrdienst - österreichische
Wasserrettung - Bergrettung - Höhlen- und Tiefenrettung

1 ECTS entspricht 25 Echtstunden á 60 min

3 JAHRE

Ausbildung Diplom – Notfallsanitäter:in

1

180 ECTS

- 180 ECTS =
- + 15 ECTS RS
 - + 20 ECTS Grundlagen
 - + 30 ECTS Fachteil Rettungsdienst
 - + 40 ECTS Klinisches Praktikum
 - + 20 ECTS Fachspezifische* & wissenschaftliche Vertiefung
 - + 40 ECTS Rettungsdienst Praktikum (NEF/RTW/ITW)
 - + 10 ECTS Wissenschaftliches Arbeiten & Diplomarbeit

 - + 5 ECTS Fremdsprachen

- Präsenz, Praktikum, Selbststudium
- * Wahlpflichtfächer: u.a. Pflegeheim, Auslandspraktika, Primärversorgung, Rettungswissenschaften

2

Einsatzgebiet

- Notfallrettungsdienst
- Notarztdienst
- Interhospitaltransport mit / ohne Ärzt:in
- Primärversorgungszentren
- Notfallambulanzen
- Schockraummanagement
- Hochinfektionstransport
- Betriebsnotfallsanitäter*in
- Lehre/Ausbildung von Rettungssanitätern

3

Grundlage für Aufbaulehrgang

- Intensivtransport
- Gemeindenotfallsanitäter:in / Acute Community Nurse
- Field Supervisor
- Flight Medic
- Dozent / Ausbilder (+ 60 ECTS)

4

Grundlage für Masterstudiengänge

- Humanmedizin
- Gesundheitsmanagement
- Führung im Einsatz
- Rettungsdienstwissenschaften

Ausbildung Rettungsanitäter:in

1

15 ECTS

15 ECTS =

+ 7 ECTS Theorie (davon 2 ECTS optionaler BOS Basis)

+ 8 ECTS Praxis (Rettungsdienst)

- Pflichtteil am RTW, Skillsheft, Simulationstraining Präsenz, Praktikum und Selbststudium

2

Inhalt

- SANhilfe +
 - Basisgrundlagen Pflege
 - Hygiene
 - Pharmakologie Grundlagen + Algorithmen
 - Sauerstoff, Stufe 1 Analgetika, Autoinjektoren, orale Glukose
 - Ersteintreffendes Fahrzeug im Katastrophen- & Grossschadensfall

3

Einsatzgebiet

- Qualifizierter Krankentransport + Hygienetransport
- First Responder
- Ambulanzdienste
- Großschaden, Katastrophenfall
- Lenker RTW

4

Rezertifizierung & Fortbildung

- jährliche, szenarienbasierte Rezertifizierung
- approbierte Fortbildungen mit Punktesystem

Übergangsregelung für die Anerkennung

Diplom – Notfallsanitäter:in

1

Voraussetzung

- mind. 5 Jahre Berufserfahrung als Notfallsanitäter:in im Vollzeitäquivalent
- oder mind. 10 Jahre freiwillige Tätigkeit als Notfallsanitäter:in

ODER

- mindestens 8600 Stunden als Notfallsanitäter:in

2

Anforderung

- 30 ECTS Fachteil
- 30 ECTS KH-Praktikum
- 5 ECTS Übertrittsprüfung
- 5 ECTS Abschlussarbeit

3

Übergangszeit

- Übergangszeit bis 2030 für alle bestehenden Sanitäter:innen

Ausbildung

Optionaler BOS Basislehrgang

1

2 ECTS

Präsenz- und Selbststudium +
Manuskript/Moodle

2

Inhalt

- Rechtliche Grundlagen
- Retten und Bergen Basics
- Hygiene
- Gefahrenlehre
- Erste Hilfe 16h Kurs + Common Health Care Skills (Gesundheitskompetenz)
- Demokratie und Zivilgesellschaft
- Technische Kommunikation
- Psychohygiene und Soft Skills (Peer Ausbildung, Stressverarbeitung)
- Crew Resource Management
- Fachterminologie mehrsprachig (DE/EN)
- Zivilschutz

3

Koordinierung

Gehostet vom österreichischen Zivilschutzverband, dieser koordiniert die Lehrgänge und kooperiert bei der Durchführung mit bereits bestehenden Hilfsorganisationen.

4

Angeboten für

- Alle Angehörigen von Behörden für öffentliche Sicherheit (BOS).
- Anwärter für Rettungsdienste (Wasserrettung, Bergrettung, Höhlen- und Tiefenrettung und Regelrettungsdienst), Feuerwehren, Exekutive und Österreichisches Bundesheer

DER BUNDESVERBAND RETTUNGSDIENST

Der **Bundesverband Rettungsdienst** (BVRD.at) versteht sich als organisationsübergreifende Plattform für alle im präklinischen Gesundheitsbereich Tätigen und engagiert sich für die Weiterentwicklung einer hochwertigen präklinischen Versorgung in Österreich. Er setzt Aktivitäten zur fachlichen Förderung und organisationsübergreifenden Vernetzung von Sanitäterinnen und Sanitätern sowie anderer einschlägig tätiger Berufsgruppen. Ziel ist die Bewusstseinsbildung für die Anliegen eines modernen, patient:innen-orientierten Rettungswesens. Mitglieder des gemeinnützigen Vereins sind Sanitäter:innen und Ärzt:innen aus allen Rettungsorganisationen und Bundesländern Österreichs.

UNSER LEITBILD

SO ENGAGIEREN WIR UNS

BVRD.AT



FACHLICHE FÖRDERUNG

fachliche Weiterbildung durch
evidenzbasierte, standardisierte und
international anerkannte Kursformate



VERNETZUNG

organisationsübergreifende Vernetzung aller
präklinisch Tätigen inkl.
Schnittstellenkommunikation



BEWUSSTSEINSBILDUNG

Kommunizieren der Anliegen eines
modernen, patientenorientierten
Rettungsdienstes

Kontakt

office@bvrdd.at

BVRD.at Bundesverband Rettungsdienst

Nebingerstraße 6, 4020 Linz, Oberösterreich, Österreich

ZVR: 461087057

Mail: office@bvrdd.at, Web: bvrdd.at

Facebook: facebook.com/bvrdd.at

Der BVRD.at ist Mitgründer der Initiative Zukunft Rettungsdienst
(ÖGB, AK Wien, GPA, ÖGB ARGE FGV, VIDA, YOUNION, ÖGERN, FH St. Pölten)

www.zukunft-rettungsdienst.at

LITERATUR

- Albrecht, M., & Zich, K. (2016). *Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/IGES-Bericht-Ambulantes_Potential-Teil_II-final-2016_07_19.pdf
- Ander, G. (2009). *Wiederholte Rettungsinterventionen innerhalb von 36 Stunden in Wien zum gleichen Patienten. Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science am Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen der Donau-Universität Krems*.
- Außerordentliche Revision, 100bS32/22m (2022). https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT_20220329_OGH0002_0100BS00032_22M0000_000/JJT_20220329_OGH0002_0100BS00032_22M0000_000.html
- Baubin, M., Eisenburger, P., Christoph, F., Markus, G., Hellwagner, K., Hohlrieder, M., Krebs, S., Maurer, A., Prinz, M., Prause, G., Prunbauer, M., Puchwein, P., Schinnerl, A., Schreiber, W., Trimmel, H., Voelckel, W., & Willschke, H. (2022). Indikation zum Notarzteinsatz. Ein Positionspapier der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI, Sektion Notfallmedizin), im Konsens mit Expert:innen von Notfall- und Rettungsorganisationen, Leitstellen sowie der Patienten- und Pflegeanwaltschaften. *Anästhesie Nachrichten*, 4(S1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s44179-022-00114-x>
- Baubin, M., & Schreiber, W. (2022). Entwicklung der präklinischen Notfallmedizin in Österreich: Wo steht sie heute? *Notfall + Rettungsmedizin*, 25(3), 159–161. <https://doi.org/10.1007/s10049-022-01007-x>
- Bengel, J., Albs, B., Drissen, M., Kröger, C., Schüssler, P., Waller, C., Abilgaard, P., Frommberger, U., Hillebrecht, J., Sammet, I., & Steil, R. (2019). *S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung*. AWMF. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-027l_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf
- Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., Marmar, C. R., & Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: A systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001–1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2>
- Bernhard, M., Bein, B., Böttinger, B., Bohn, A., Fischer, M., Gräsner, J., Hinelbein, J., Kill, C., Lott, C., Popp, E., Rössler, M., Schrauberg, A., Wenzel, V., & Hossfeld, B. (2015). *Handlungsempfehlung zur prähospitalen Notfallnarkose beim Erwachsenen*. AWMF. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-030l_S1_Praehospitale_Notfallnarkose_Erwachsene_2015-03-verlaengert.pdf
- Bogorin, F.-E., Feistritzer, G., Gschliffner, W., Heimgartner, A., Hörting, A., More-Hollerweger, E., Pervan-Al Soquauer, I., Schober, C., Spreitzer, H., & Wehner, T. (2019). *3. Bericht zum freiwilligen Engagement in Österreich*. <https://www.freiwilligenweb.at/wp-content/uploads/2020/06/Freiwilligenbericht-2019.pdf>

- Böhm, M., Gruber, D. G., Koren, G., Schöny, W., & Endel, F. (2011). „Wenn sich die Türe dreht ...“ Personenspezifika und Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von PsychriepatientInnen mit hoher Wiederaufnahmerate in ausgewählten Bundesländern in Österreich. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715128&version=1594031989>
- Booker, M. J., Purdy, S., Barnes, R., & Shaw, A. R. G. (2019a). Ambulance use for ‘primary care’ problems: An ethnographic study of seeking and providing help in a UK ambulance service. *BMJ Open*, 9(10), e033037. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033037>
- Booker, M. J., Purdy, S., Barnes, R., & Shaw, A. R. G. (2019b). Ambulance use for ‘primary care’ problems: An ethnographic study of seeking and providing help in a UK ambulance service. *BMJ Open*, 9(10), e033037. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033037>
- Booker, M. J., Purdy, S., & Shaw, A. R. G. (2017). Seeking ambulance treatment for „primary care“ problems: A qualitative systematic review of patient, carer and professional perspectives. *BMJ Open*, 7(8), e016832. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016832>
- Booker, M. J., Shaw, A. R. G., & Purdy, S. (2015). Why do patients with ‘primary care sensitive’ problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open*, 5(5), e007726. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007726>
- Booker, M. J., Simmonds, R. L., & Purdy, S. (2014). Patients who call emergency ambulances for primary care problems: A qualitative study of the decision-making process. *Emergency Medicine Journal*, 31(6), 448–452. <https://doi.org/10.1136/emered-2012-202124>
- Bundesgesetz über die Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz—SanG), BGBl. I. Nr. 30/2002 (2002). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001744>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, (BMASGK) (Hrsg.). (2019). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan*. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:cc75332a-e259-4077-956f-9eab1d9e433d/oesg_2017_-_textband,_stand_27.09.2019.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.). (2017). *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. <https://www.goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/gesundheitsbericht2016.pdf>
- Busch, M., & Kuhnert, R. (2017). *12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland*. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-010>
- Chocron, R., Loeb, T., Lamhaut, L., Jost, D., Adnet, F., Lecarpentier, E., Bougouin, W., Beganton, F., Juvin, P., Marijon, E., Jouven, X., Cariou, A., Dumas, F., & On behalf of Paris SDEC Investigators. (2019). Ambulance Density and Outcomes After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Insights From the Paris Sudden Death Expertise Center Registry. *Circulation*, 139(10), 1262–1271. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035113>
- Cone, D. C. (2000). Outcomes Research and Emergency Medical Services: The Time Has Come. *Academic Emergency Medicine*, 7(2), 188–191. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2000.tb00526.x>

- Cournane, S., Conway, R., Byrne, D., O’Riordan, D., Coveney, S., & Silke, B. (2017). Social Factors Determine the Emergency Medical Admission Workload. *Journal of Clinical Medicine*, 6(6), Art. 6. <https://doi.org/10.3390/jcm6060059>
- Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften (Hrsg.). (2020). *Rettungswissenschaften*. <https://www.dgre.org/ueberuns/rettungswissenschaften/>
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Dussap, A., Kassa, L., Pradier, E., & Schleich, E. (2018). *DIE MEDIZINISCHE NOTFALLVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND, FRANKREICH UND DER SCHWEIZ*. 2018, 64.
- Egger, J. W. (2005). *Das biopsychosoziale Krankheitsmodell*. 10.
- Engel, P., Wilp, T., Lukas, R. P., Harding, U., Weber, T. P., Aken, H. V., & Bohn, A. (2011). Beeinflussen soziodemografische Faktoren Notarzteinsätze? *Der Anaesthetist*, 60(10), 929. <https://doi.org/10.1007/s00101-011-1932-x>
- Flake, F., Schmitt, L., Oltmanns, W., Peter, M., Thate, S., Scheinichen, F., & Peters, O. (2018). Das Konzept Gemeindefallsanitätäer/in. *Notfall + Rettungsmedizin*, 21(5), 395–401. <https://doi.org/10.1007/s10049-018-0426-7>
- Frey, M., Lobsiger, M., & Trede, I. (2017). Rettungsdienste in der Schweiz. Strukturen, Leistungen und Fachkräfte. *Obsan Bulletin*, 1(2017), 8.
- Ghatnekar, O., Persson, U., Asplund, K., & Glader, E.-L. (2014). COSTS FOR STROKE IN SWEDEN 2009 AND DEVELOPMENTS SINCE 1997. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 30(2), 203–209. <https://doi.org/10.1017/S0266462314000075>
- Gorove, L., Debrödi, G., & Tschopp, G. (2022). Rettungsdienst in Ungarn. *Elsevier Emergency*, 5/2022, 52–56.
- Gräsner, J.-T., Lefering, R., Koster, R. W., Masterson, S., Böttiger, B. W., Herlitz, J., Wnent, J., Tjelmeland, I. B. M., Ortiz, F. R., Maurer, H., Baubin, M., Mols, P., Hadžibegović, I., Ioannides, M., Škulec, R., Wissenberg, M., Salo, A., Hubert, H., Nikolaou, N. I., ... Whittington, A. (2016). EuReCa ONE 27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*, 105, 188–195. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.06.004>
- Gräsner, J.-T., Wnent, J., Herlitz, J., Perkins, G. D., Lefering, R., Tjelmeland, I., Koster, R. W., Masterson, S., Rossell-Ortiz, F., Maurer, H., Böttiger, B. W., Moertl, M., Mols, P., Alihodžić, H., Hadžibegović, I., Ioannides, M., Truhlář, A., Wissenberg, M., Salo, A., ... Bossaert, L. (2020). Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe—Results of the EuReCa TWO study. *Resuscitation*, 148, 218–226. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.12.042>
- Griesbeck, F. (2016). Posttraumatische Belastungsstörung: Relevanz für Einsatzkräfte und Notfallmedizin. *Notfall + Rettungsmedizin*, 19(6), 460–465. <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0172-7>
- Halmich, M. (2020). *Anzeigepflichten für SanitätärInnen und NotärztlInnen*. ÖGERN. <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/%C3%96GERN-Stellungnahme-zur-Anzeigepflicht-f%C3%BCr-Sanit%C3%A4ter-und-Not%C3%A4rzte-II-J%C3%A4hner-2020.pdf>
- Helm, M., & Eselsberg, O. (2017). *Die intraossäre Infusion in der Notfallmedizin*.

- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., ... Gale, C. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, *39*(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement - Klinikum der Universität München. (2022). *Rettenngsdienstbericht Bayern 2022*. Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement - Klinikum der Universität München. <https://doi.org/10.30422/RD2022>
- Josten, C., Schopow, N., Leiter, S., Dresing, D. K., Frosch, D. K.-H., Gösling, D. T., Grossterlinden, D. L., Heitmann, D. M., Kübke, D. R., Lobenhoffer, D. P., Mahlke, D. L., Marzi, D. I., Meenen, D. N. M., Obermeyer, D. C., Schleicher, D. P., Schmidmaier, D. G., Seibert, D. F. J., & Wilde, D. P. (2019). *Periprothetische Frakturen*.
- Jungbauer-Gans, M., & Gross, C. (2009). Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Auflage, S. 470). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kolar, K. (2011). Resilience: Revisiting the Concept and its Utility for Social Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *9*(4), 421. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9329-2>
- Kolominsky-Rabas, P. L., Heuschmann, P. U., Marschall, D., Emmert, M., Baltzer, N., Neundörfer, B., Schöffski, O., & Krobot, K. J. (2006). Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: Results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen Stroke Project. *Stroke*, *37*(5), 1179–1183. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000217450.21310.90>
- Kruger, J., & Dunning, D. (1997). *Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments*. 14.
- Lohs Torsten. (2022). *Qualitätsbericht Rettungsdienst Baden-Württemberg. Berichtsjahr 2021* (Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden Württemberg, Hrsg.). https://www.sqrbw.de/fileadmin/SQRBW/Downloads/Qualitaetsberichte/SQRBW_Qualitaetsbericht_2021_web.pdf
- Luiz, T. (2008, Dezember). Der psychosoziale Notfall, in: *Notfall + Rettungsmedizin* 11; 08/Dezember 2008; S. 547-551. *Notfall + Rettungsmedizin*, *11*(8), 547–551.
- Luiz, T. (2013). Psychosoziale Notfälle—Einsatz für den Notarzt? *Notfallmedizin up2date*, *8*(03), 205–216. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1325100>
- Luiz, T., Schmitt, T. K., & Madler, C. (2002). Der Notarzt als Manager sozialer Krisen. *Notfall + Rettungsmedizin*, *5*(7), 505–511. <https://doi.org/10.1007/s10049-002-0502-9>
- Luxem, J., Runggaldier, K., Karutz, H., Flake, F., Armgart, C., Lechleuthner, A., & Kühn, D. (Hrsg.). (2016). *Notfallsanitäter heute* (6., neu konzipierte und komplett überarbeitete Auflage). Elsevier, Urban & Fischer.
- Mader, F. M., & Schwenke, R. (2020). *Schlaganfall—S3 Leitlinie*. AWMF, DEGAM. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf

- Marung, H., Lechleuthner, A., König, M. K., & Luiz, T. (2020). Sechs Jahre nach Einführung der Notfallsanitäterausbildung. *Notfall + Rettungsmedizin*, 23(5), 317–318. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00711-w>
- Meyne, J., Zimmermann, P., Rohr, A., Riedel, C., Hansen, H., Pulkowski, U., Thie, A., Holst, T., Papengut, F., Stingele, R., Schepelmann, K., Jansen, O., Deuschl, G., & Binder, A. (2015). Thrombectomy vs. Systemic Thrombolysis in Acute Embolic Stroke with High Clot Burden: A Retrospective Analysis. *RöFo - Fortschritte Auf Dem Gebiet Der Röntgenstrahlen Und Der Bildgebenden Verfahren*, 187(07), 555–560. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1399222>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Hrsg.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Moulin, S., & Leys, D. (2019). Stroke mimics and chameleons. *Current Opinion in Neurology*, 32(1), 54–59. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000620>
- Müller, C. D., & Huber, S. K. (1995). *Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst ; [Ausbildung zur Sanitätsfachkraft, emergency medical assistant, EMA] ; Forschungsbericht*. ÖAGW.
- Neumayr, A., Baubin, M., & Schinnerl, A. (Hrsg.). (2018). *Zukunftswerkstatt Rettungsdienst: Innovative Projekte im Rettungs- und Notarztwesen*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56634-3>
- ÖGB ARGE Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe (Hrsg.). (2017). *Ausbildungsstruktur des österreichischen Rettungswesens NEU*. ÖGB ARGE FGV. https://www.fgv.at/files/pdf/2017_Rettungswesen-NEU.pdf
- Olsson, M. (2001). Repeated use of the emergency department: Qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal*, 18(6), 430–434. <https://doi.org/10.1136/emj.18.6.430>
- Öö. Landtag: Beilage 11091/2022, XXIX. Gesetzgebungsperiode—Schriftliche Anfrage an Landeshauptmann Stellvertreterin Mag. Christine Haberlander betreffend Rettungsdienste in Oberösterreich. (2022).
- Pieske, O., Stürmer, K. M., Dresing, D. K., Frosch, D. K.-H., Gösling, D. T., Grossterlinden, D. L., Heitmann, D. M., Herbolt, D. M., Kübke, D. R., Mahlke, D. L., Marzi, D. I., Obermeyer, D. C., Pieske, D. O., Schleicher, D. P., Seibert, D. F. J., & Wilde, D. P. (2018). *Oberschenkelchaftfraktur*.
- Prause, G., & Kainz, J. (2014, Juli 15). Notarzt—Ein Arzt für alle Fälle? *Österreichische Ärztezeitung*, 13(14). <https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2014/oeaez-1314-15072014/originalarbeit-notarzt-paramedics-univ-prof-gerhard-prause.html>
- Prause, G., Orlob, S., Auinger, D., Eichinger, M., Zoidl, P., Rief, M., & Zajic, P. (2020). System- und Fertigkeitseinsatz in einem österreichischen Notarztssystem: Retrospektive Studie. *Der Anaesthesist*. <https://doi.org/10.1007/s00101-020-00820-8>
- Prause, G., Oswald, S., Himler, D., Wildner, G., & Gemes, G. (2013). The Medizinercorps Graz: A 120-Year-Old Institution of Emergency Medicine. *Prehospital Emergency Care*, 17(3), 416–420. <https://doi.org/10.3109/10903127.2013.785622>

- Prause, G., Wildner, G., Gemes, G., Zoidl, Ph., Zajic, P., Kainz, J., Pock, M., & Trimmel, H. (2017). Abgestufte präklinische Notfallversorgung – Modell Graz. *Notfall + Rettungsmedizin*, 20(6), 501–508. <https://doi.org/10.1007/s10049-017-0276-8>
- Prückner, S., Luiz, T., Steinbach-Nordmann, S., Nehmer, J., Danner, K., & Madler, C. (2008). Notfallmedizin – Medizin für eine alternde Gesellschaft. *Der Anaesthetist*, 57(4), 391–396. <https://doi.org/10.1007/s00101-008-1333-y>
- Redelsteiner, C. (2009). *Ein Vergleich von in der rettungsdienstlichen Versorgung eingesetzten Berufsgruppen unter den Aspekten Patientenbedürfnisse, Wirtschaftlichkeit und Scoring bei standardisierten Szenarien*. St. Elisabeth Universität für Gesundheitswesen und Sozialarbeit.
- Redelsteiner, C. (2011). Qualitätsmanagement und Dokumentation. In *Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter: Patientenbetreuung nach Leitsymptomen* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Braumüller.
- Redelsteiner, C. (2013). Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. *soziales_kapital*, 9(0). <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/256>
- Redelsteiner, C. (2016a). *Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland* [Thesis]. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2905732>
- Redelsteiner, C. (2016b). *Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich: Unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland* (1. Auflage). Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH.
- Redelsteiner, C. (2016c). Psychohygiene, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In *Notfallsanitäter Heute* (6. Auflage, S. 82–106). Urban & Fischer.
- Redelsteiner, C. (2018a). Der Rettungsdienst als Gatekeeper medizinischer und sozialer Dienste. In A. Neumayr, M. Baubin, & A. Schinnerl (Hrsg.), *Herausforderung Notfallmedizin* (S. 107–117). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56627-5_10
- Redelsteiner, C. (2018b). Rettungsdienst—Ein Türöffner im österreichischen Gesundheitswesen. Der Rettungsdienst—Ein Spezialist für präklinische Notfallmedizin oder ein allgemeines 24-Stunden-Auffangnetz? *Soziale Sicherheit*, 6/2018, 245–254.
- Redelsteiner, C., & Pfliegerl, J. (2015). Community Social Care. Ansatzpunkte für ein Konzept zur Vernetzung von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen im Rahmen der Primärversorgung im Gemeinwesen. In *Pantuček-Eisenbacher, Peter / Vyslouzil, Monika / Pfliegerl, Johannes (Hg.) (2015): Sozialpolitische Interventionen. Eine Festschrift für Tom Schmid. St. Pölten*. (S. 233–244).
- Redelsteiner, C., Pfliegerl, J., & Schmid, T. (2020). *Community Care – ein integratives Konzept zur kooperativen Versorgung im Gemeinwesen*. 03/2020, 113–122.
- Reisinger, A. (2012). *Rettungsdienst in Österreich. Herausforderungen an Ausbildung und strukturelle Entwicklung*. body&health academy GmbH.

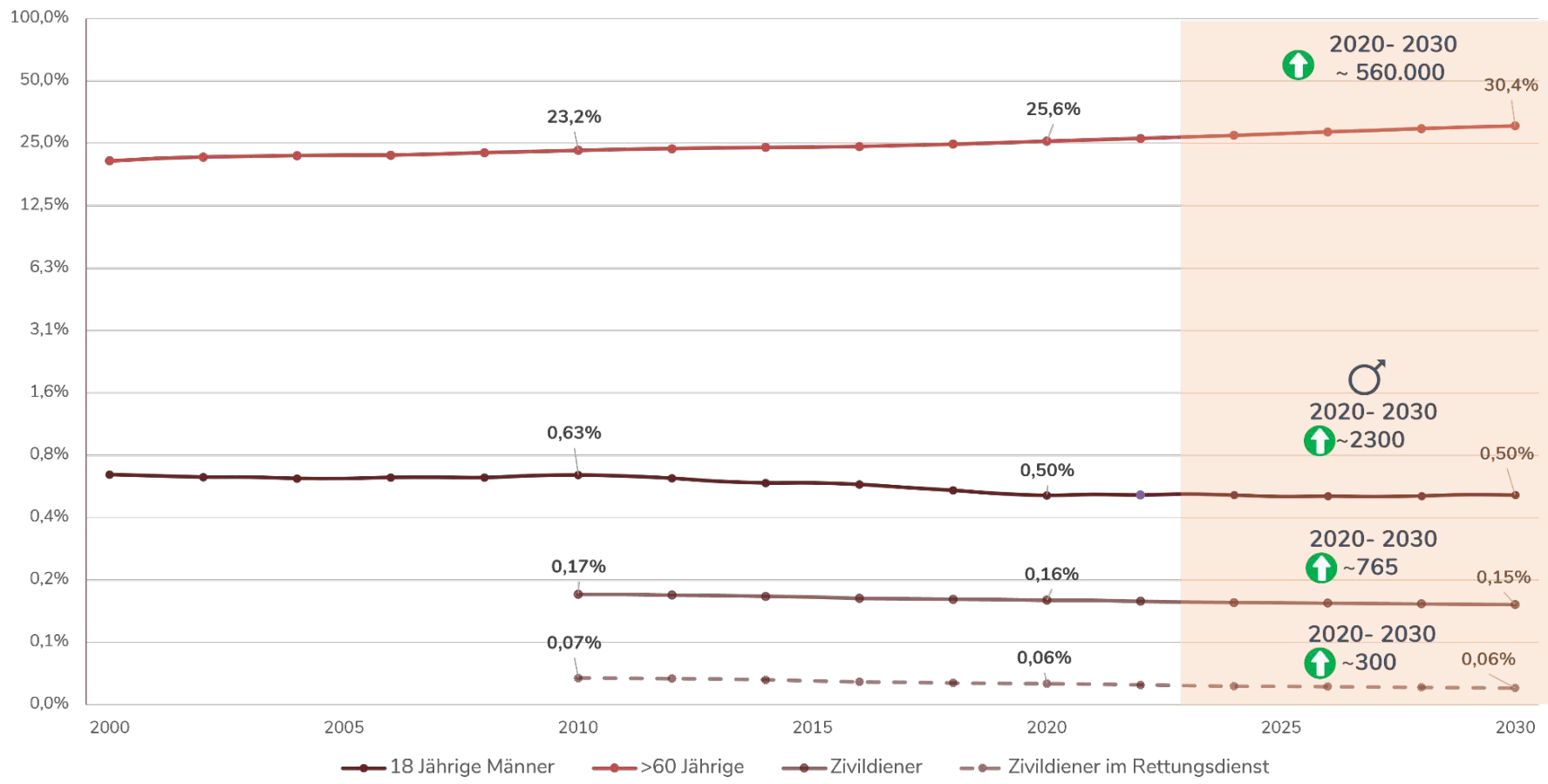
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, V., & Schmid, T. (2011). Der doppelte Ausschluss—Armut und Krankheit. Über den Zusammenhang von Armutsgefährdung und gesundheitliche Beeinträchtigung. In R. Verwiebe (Hrsg.), *Armut in Österreich. Bestandsaufnahme, Trends, Risikogruppen* (Bd. 15, S. 273–288). Braumüller Verlag.
- Schinnerl, A. (2018). *Tätigkeitsbericht 2018—Ärztlichen Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol*. https://aelrd-tirol.at/doku/A-ELRD_Taetigkeitsbericht_2018.pdf
- Schinnerl, A. (2021). *Tätigkeitsbericht 2021—Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol*. https://aelrd-tirol.at/doku/A-ELRD_Taetigkeitsbericht_2021.pdf
- Schmid, T. (2015). Costs of treating cardiovascular events in Germany: A systematic literature review. *Health Economics Review*, 5. <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0063-5>
- Schober, A. (2020). *Kompetenzorientierte Anforderungsprofile im Österreichischen Rettungsdienst* [Karl Franzen Universität Graz]. https://online.uni-graz.at/kfu_online/wbabs.showThesis?pThesisNr=65279&pOrgNr=1
- Seeger, I., Klausen, A., Thate, S., Flake, F., Peters, O., Rempe, W., Peter, M., Scheinichen, F., Günther, U., Röhrig, R., & Weyland, A. (2020). Gemeindenotfallsanitäter als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. *Notfall + Rettungsmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6>
- Seeger, I., Klausen, A., Thate, S., Flake, F., Peters, O., Rempe, W., Peter, M., Scheinichen, F., Günther, U., Röhrig, R., & Weyland, A. (2021). Gemeindenotfallsanitäter als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. *Notfall + Rettungsmedizin*, 24(3), 194–202. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6>
- Sieber, F., Kotulla, R., Urban, B., Groß, S., & Prückner, S. (2020). Entwicklung der Frequenz und des Spektrums von Rettungsdiensteinsätzen in Deutschland. *Notfall + Rettungsmedizin*, 23(7), 490–496. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00752-1>
- Stanley, M. (2022). Rettungsdienst in England. *Elsevier Emergency*, 5/2022, 34–42.
- Statistik Austria (Hrsg.). (2018). *Absolute und relative Häufigkeit der Gestorbenen sowie durchschnittliches empirisches Sterbealter nach Todesursachen und Geschlecht 2018*. https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=021987
- Statistik Austria. (2020, August 24). *Bevölkerungspyramide Österreich 1952-2100—Prognose*. https://www.statistik.at/web_de/downloads/webkarto/bev_prognose_neu/
- Timmermann, A. (2019). *Prähospitales Atemwegsmanagement*. AWMF. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-040l_S1_Praehospitales-Atemwegsmanagement_2019-03_1.pdf
- Trimmel, H. (Regisseur). (2022, November 3). *Indikation zum Norazteinsatz* [Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin]. <https://www.youtube.com/watch?v=EiQCYfkfXCQ>

- Trimmel, H., Halmich, M., & Paal, P. (2019). Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) zum Einsatz des Larynx-tubus durch Rettungs- und Notfallsanitäter. *Der Anaesthetist*, 68(6), 391–395. <https://doi.org/10.1007/s00101-019-0606-y>
- Völker, M. T., Jahn, N., Kaisers, U., Laudi, S., Knebel, L., & Bercker, S. (2016). Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst: Mitarbeiter benötigen Unterstützung im Umgang mit diesen Patienten. *ProCare*, 21(1–2), 14–23. <https://doi.org/10.1007/s00735-016-0596-9>
- Werdan, K., Ruß, M., Boeken, U., Briegel, J., Delle-Karth, G., Ferrari, M., Figulla, H., Geppert, A., Heller, A., Kelm, M., Kopp, I., Massberg, S., Michels, G., Pichler-Cetin, E., Pieske, B., Pilarczyk, K., Prondzinsky, R., Schlitt, A., Thiele H, ... Zwißler B. (2019). *Deutsch-österreichische S3 Leitlinie „Infarktbedingter kardiogener Schock—Diagnose, Monitoring und Therapie*. AWMF online. https://register.awmf.org/assets/guidelines/019-013l_S3_Infarktbedingter_kardiogener_Schock_2019-11.pdf
- Zahorka, F. (2016). *Psychosoziale Helplines Ist-Analyse zur Entwicklung von Empfehlungen einer integrierten und effizienten Adressierung von psychosozialen Problemen an Helplines unter Einbezug der präklinischen Notfallmedizin*. [Master Thesis]. Management Center Innsbruck.
- Zahorka, F. (2018). Alternative Verweisungspfade für psychosoziale Problemstellungen in der Präklinik. Erkenntnisse auf Basis eines Forschungsaufenthalts in Colorado Springs. *soziales_kapital*, 19(0), 114–122.
- Zahorka, F. (2022, April). *Florian Zahorka: Here To Stay? Occupational career of EMS staff of an Austrian EMS provider* [Vortrag am 2. Forum Rettungswissenschaft]. <https://youtu.be/clAT9-KaT6k>

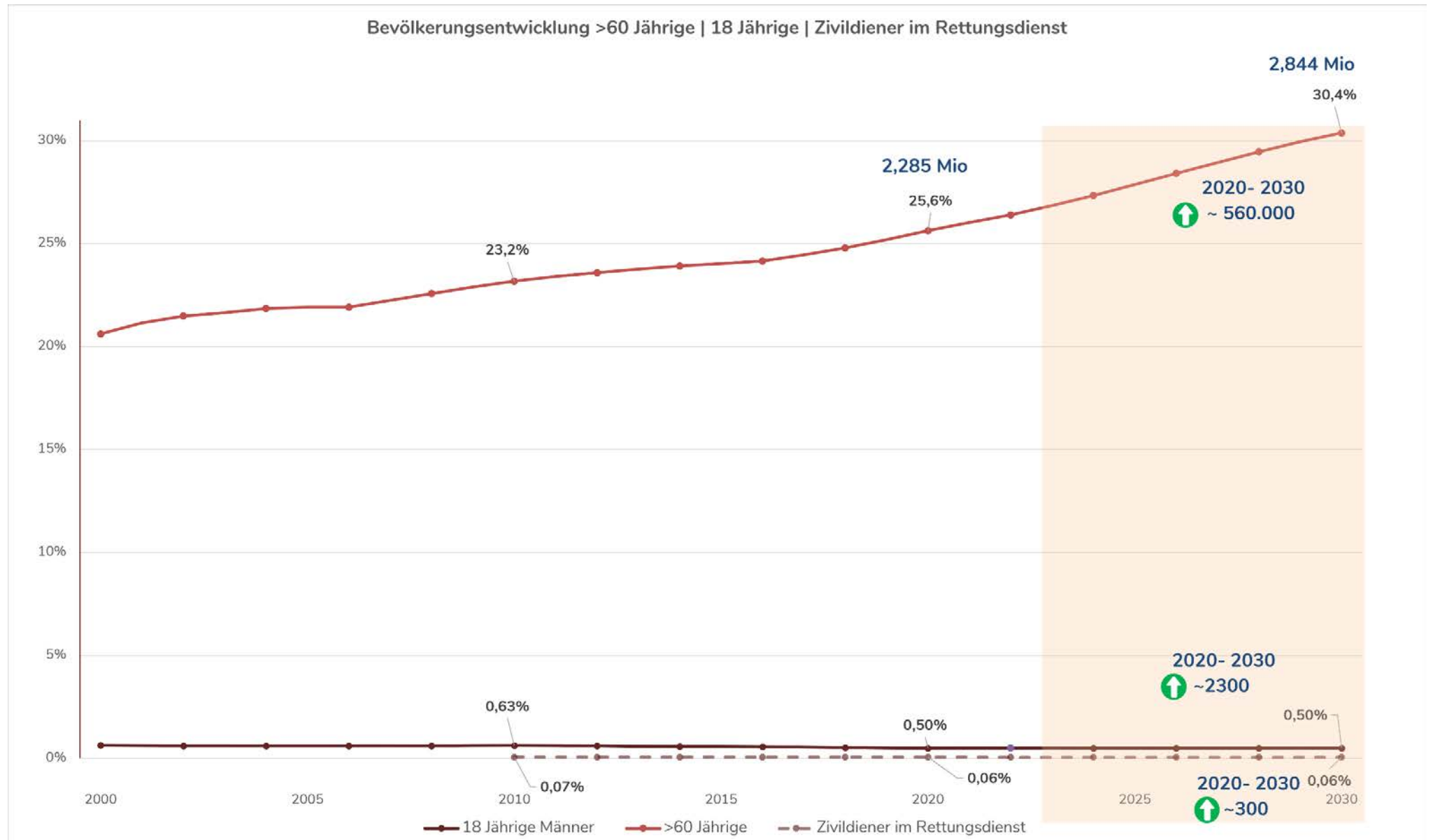
ANHANG

Demographische Entwicklung Österreichs & Zivildienst

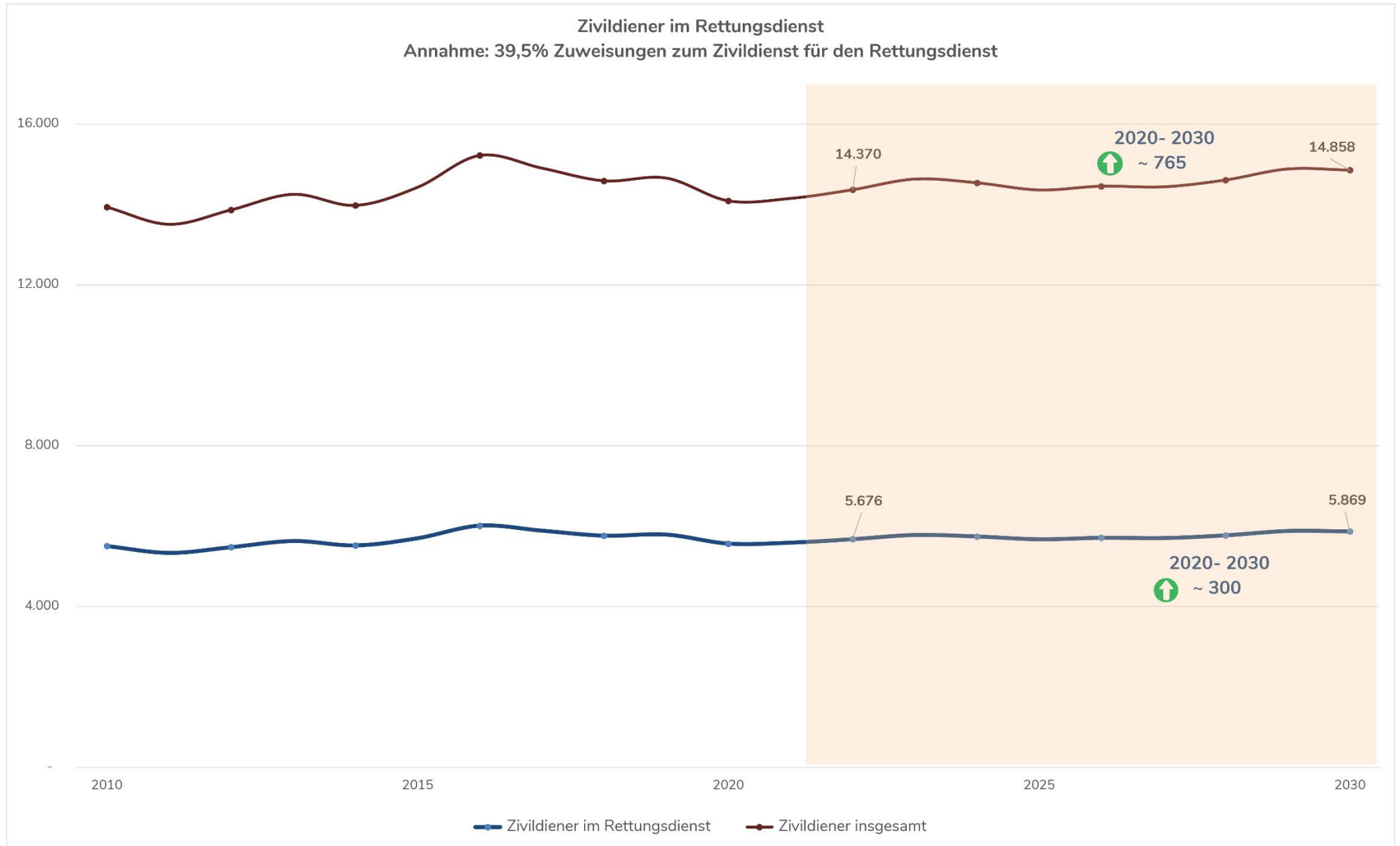
Bevölkerungsentwicklung >60 Jährige | 18 Jährige | Zivildienst | Zivildienst im Rettungsdienst



Bevölkerungsentwicklung der über 60jährigen im Vergleich zu Zivildienern im Rettungsdienst



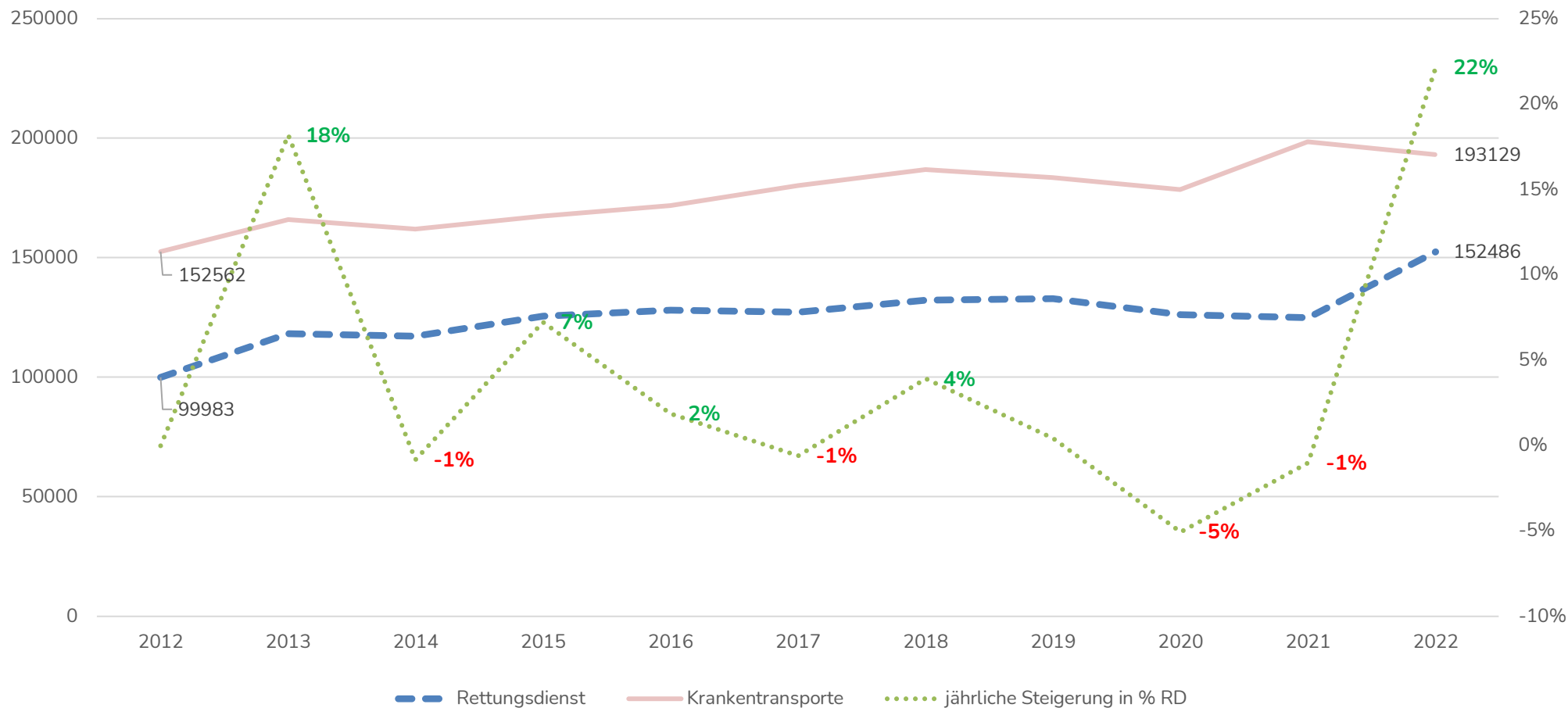
Zivildienst im Rettungsdienst



Einsatzstatistik Leitstelle Tirol

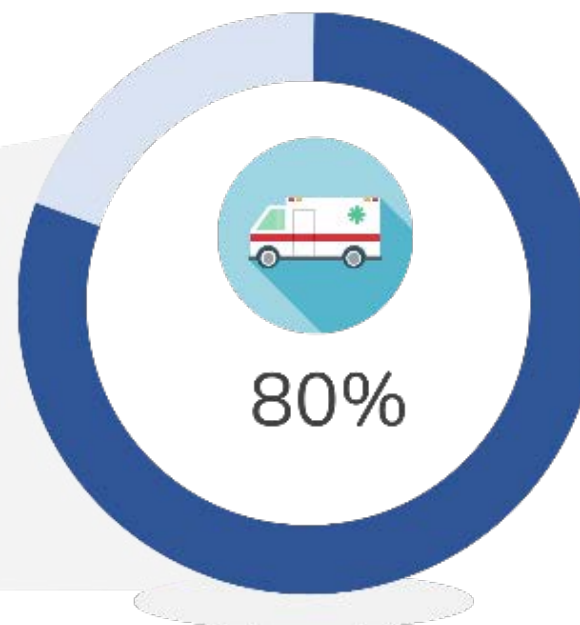
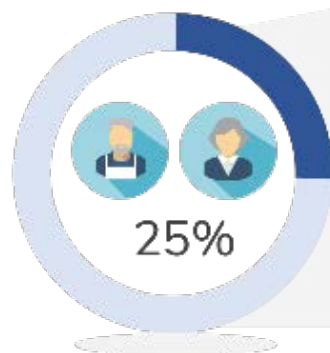
Die Fahrtenentwicklung der Leitstelle Tirol zeigt deutlich, wie seit 2012 die Einsätze kontinuierlich stiegen. Zuletzt gab es von 2021 auf 2022 nochmals eine fast 22% Steigerung der Einsätze für den Rettungsdienst trotz lediglich geringen Rückgangs der Krankentransporte.

Fahrtenentwicklung Leitstelle Tirol



Fahrten im Rettungsdienst

> 60-Jährige
an der Wohnbevölkerung



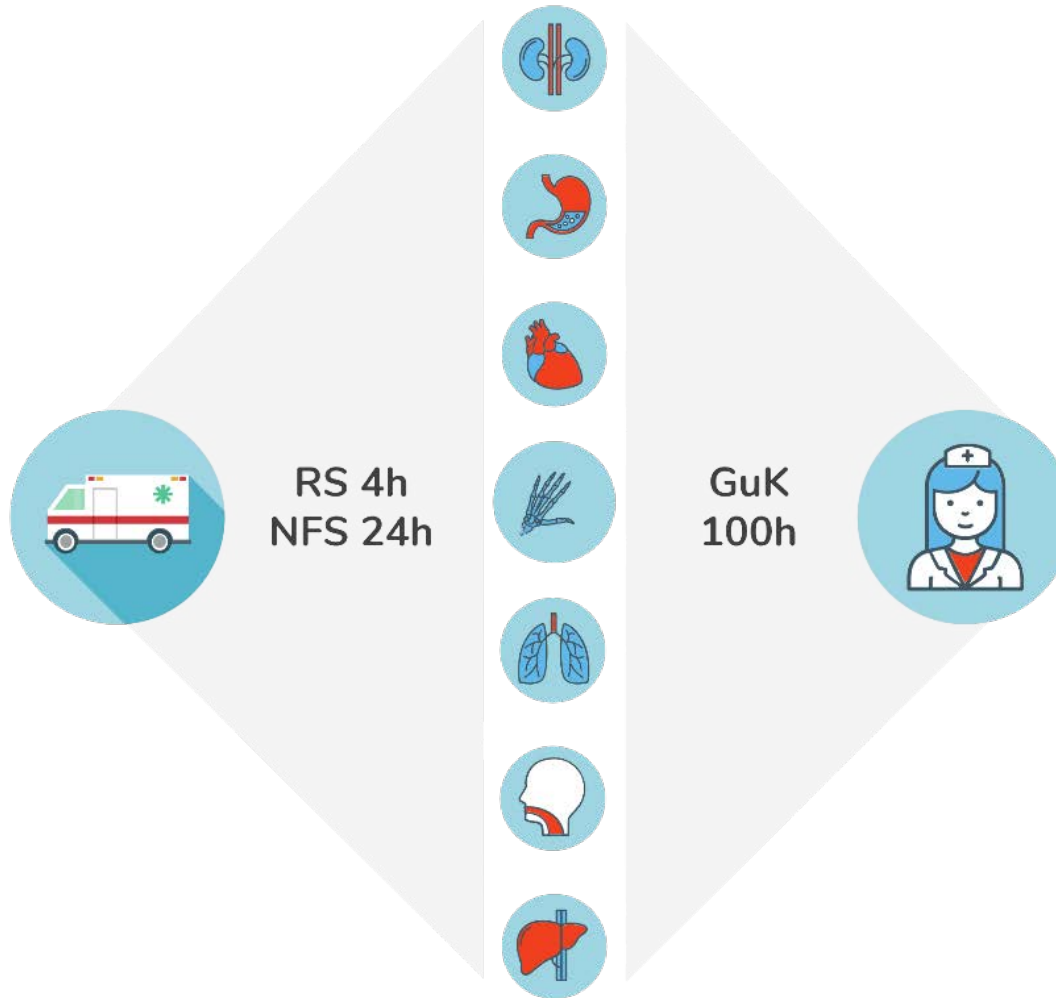
Ausbildungsmodulare laut SanG 2002

Ausbildungsstufe	Theorie	Praxis	Gesamt / Stufe	Summe	inkl. Voraussetzung
Rettungsanwärter (RS)	100 h	160 h	260 h	260 h	(260 h)
Voraussetzung: 160 Stunden im Rettungs- und Krankentransport					
Notfallsanwärter (NFS)	160 h	320 h	480 h	740 h	(900 h)
Allgemeine Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NKA)	40 h		40 h	780 h	(940 h)
Allgemeine Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion (NKV)	10 h	40 h	50 h	830 h	(990 h)
Voraussetzung: 500 Stunden im Notarztsystem					
Besondere Notfallkompetenz Intubation und Beatmung (NKI)	30 h	80 h	110 h	940 h	(1.600 h)
Berufsmodul (nur bei berufsmäßiger Ausübung der Tätigkeit als Sanitär:in)	40 h		40 h	980 h	(1.640 h)
Maximale Ausbildungszeit für Sanitär:innen	380 h	600 h	980 h		(1.640 h)

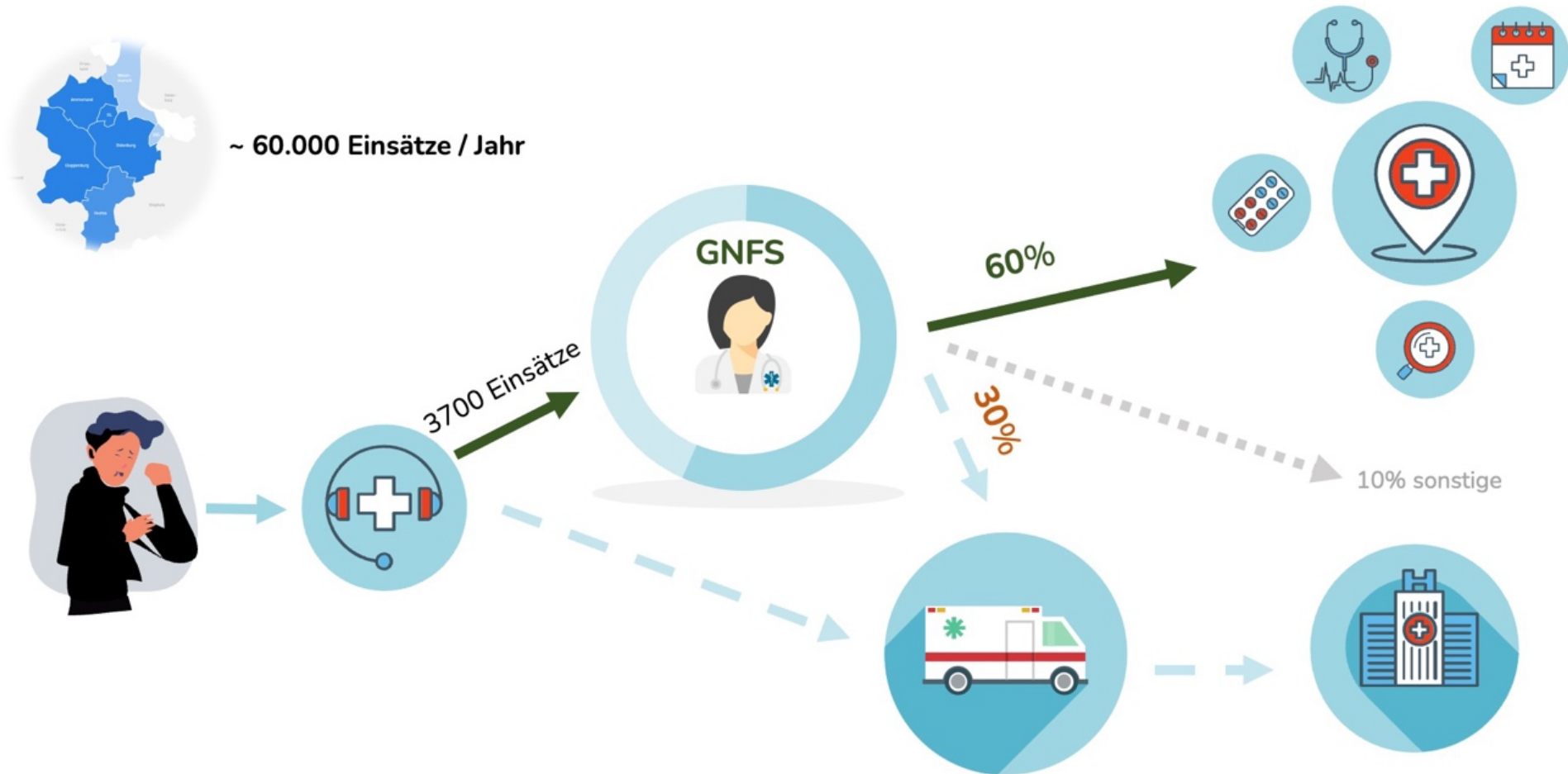
Höchste Ausbildung im Rettungsdienst in Nachbarländern



Unterrichtsstunden Fach Anatomie Rettungsdienst mit Gehobener Dienst für Gesundheits und Krankenpflege



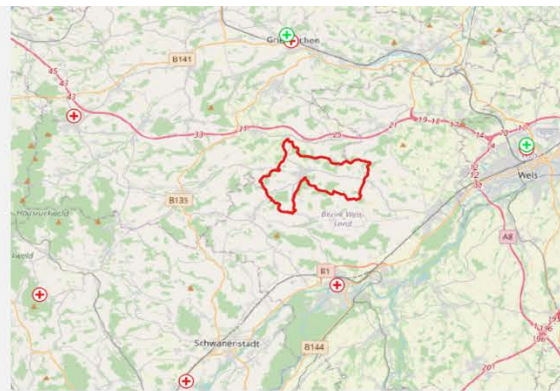
Einsätze durch den Gemeinde Notfallsanitäter Oldenburg



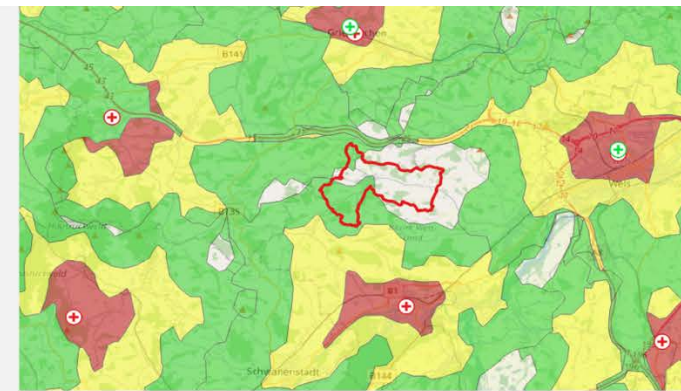
Beispiel aktuelle Eintreffzeiten in ruralem Gebiet



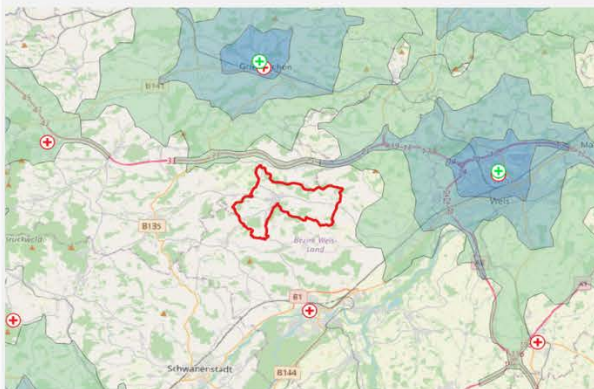
Gemeinde Offenhausen OÖ | 114 EW /km²



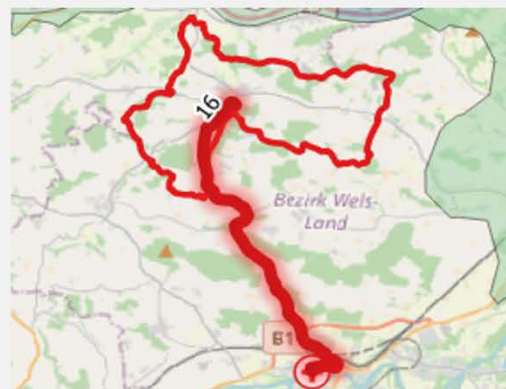
Dienststelle: Lambach | NEF: Wels



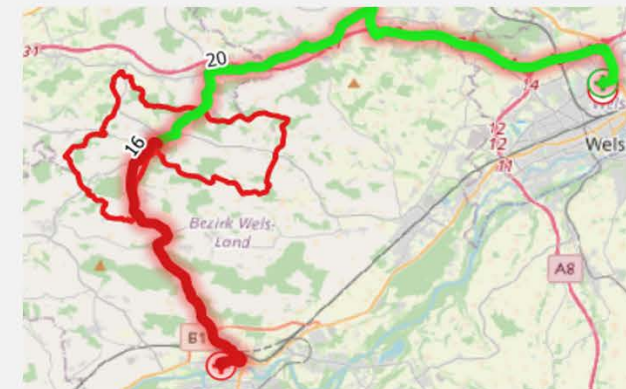
Versorgung Anfahrt Rettungsdienst **5 10 15** min



Versorgung Anfahrt NEF **5 10 15** min



Eintreffzeit Rettungsdienst nach ~ 16 min (+180 Sek Alarmierungsdauer)



Eintreffzeit NEF nach ~ 20 min (+180 Sek Alarmierungsdauer)

Der eingesetzte Sanitätseinsatzwagen (SEW) ist kein Rettungswagen bzw. Notfallkranwagen gemäß DIN EN 1798 (Typ B, Typ C) , Besatzung standardmäßig mit 2 Rettungsanwärt*innen, Anfahrt Sanitätseinsatzwagen ~ 16 min (+180 Sek. Alarmierungsdauer.), NEF ~ 20 min (+180 Sek. Alarmierungsdauer)

Daraus ergibt sich ein mögliches Intervall ohne erweiterte Maßnahmen: mind. ~ 40 min, Vergleichbare Situation in Kärnten, Steiermark, Salzburg, Burgenland

$$P = (A + F) \times E \times Q$$

Professionalität ist das Produkt aus **A**usbildung (formeller Grundausbildung) + **F**ortbildung (regelmäßige Wissenserweiterung) : **E**rfahrung (Frequenz an Ereignissen, die erlebt, reflektiert und bewältigt wurden) : **Q**ualitätssicherung (Sicherstellung grundlegender Standards).

(vgl. Redelsteiner)

 Ausfahrten (Einsätze + Krankentransport) / 100.000 EW 

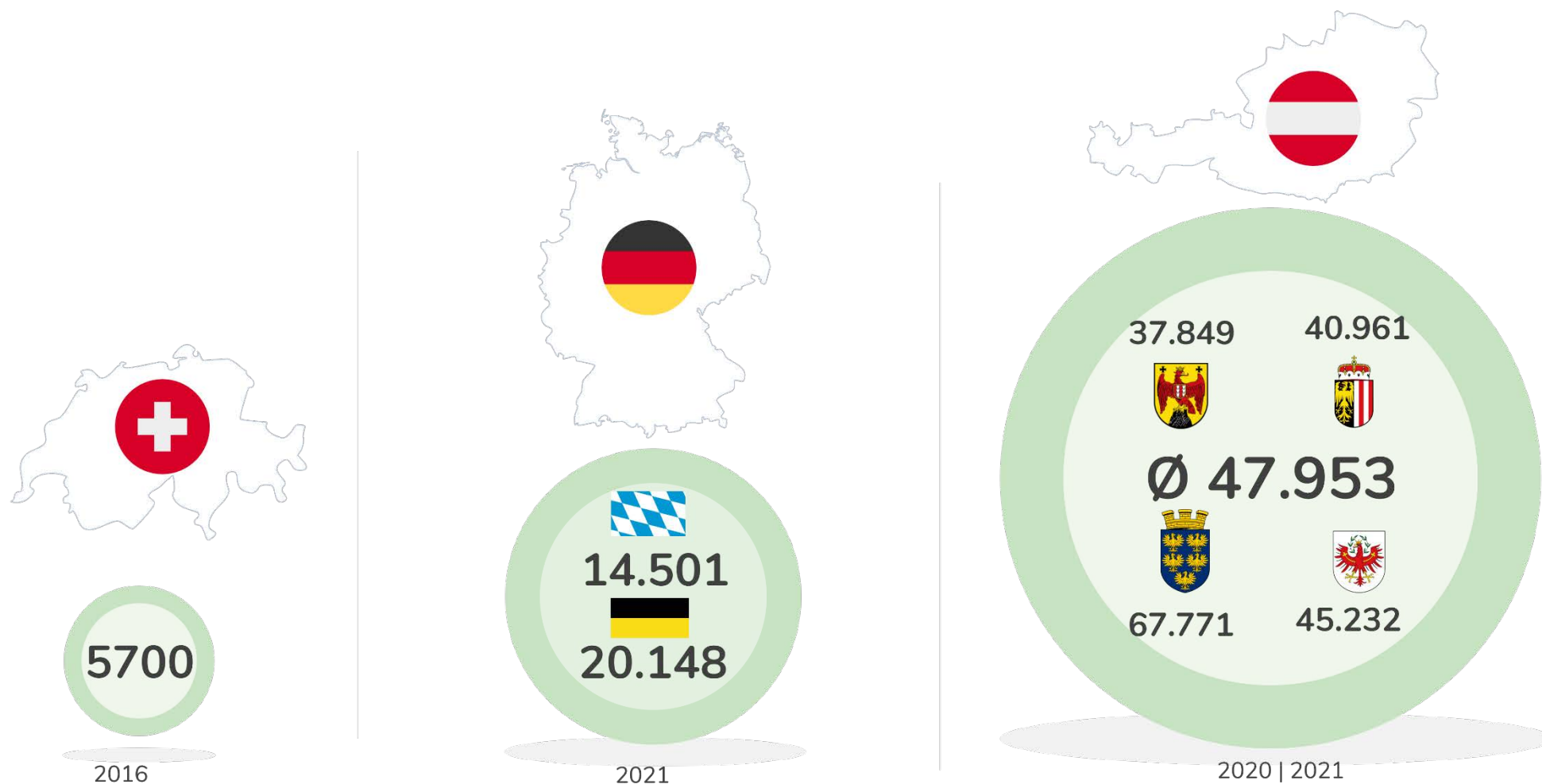


Abbildung 29 Ausfahrten (Einsätze + Krankentransporte) je 100.000 Einwohner für Schweiz (2016), Baden Württemberg und Bayern (2021) und Österreich (2020-2021)

Quelle: eigene Darstellung, Daten aus (Frey et al., 2017; Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement - Klinikum der Universität München, 2022; Lohs Torsten, 2022; Oö. Landtag: Beilage 11091/2022, XXIX. Gesetzgebungsperiode - Schriftliche Anfrage an Landeshauptmann Stellvertreterin Mag. Christine Haberlander betreffend Rettungsdienste in Oberösterreich, 2022), NotrufNOE.com, leitstelle.tirol, lsz-b.at

MEDIENARTIKEL

Der Bundesverband Rettungsdienst (BVRD.at) hat ein eigenes Pressearchiv eingerichtet. Unter <https://www.bvrd.at/pressearchiv/> findet sich ein umfassendes Repositorium an frei zugänglichen Artikeln.

Fachzeitschriften im Rettungsdienst

Deutschsprachige Fachzeitschriften im Rettungsdienst	
AINS	https://www.thieme.de/de/ains/profil-1854.htm
Der Anästhesist	https://link.springer.com/journal/101
Der Notfallsanitäter	https://luhri.de/de/3-der-notfallsanitaeter
Der Notarzt	https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/journal/10.1055/s-00000043
Die Pflege	https://econtent.hogrefe.com/loi/pfl
Der Unfallchirurg	https://link.springer.com/journal/113
Emergency	https://shop.elsevier.de/emergency
Heilberufe	https://link.springer.com/journal/58
Heilberufe Science	https://link.springer.com/journal/16024
Journal Club AINS	https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/journal/10.1055/s-00023617
Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin	https://link.springer.com/journal/63
Notfall- und Rettungsmedizin	https://link.springer.com/journal/10049
Notfallmedizin up2date	https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/journal/10.1055/s-00000139
Pflegezeitschrift	https://link.springer.com/journal/41906

Pflegewissenschaft	http://www.pflegemagazin.de/care/jahrgang.php?journal=journal_pw
Procare	https://link.springer.com/journal/735
Rettungsdienst	https://www.skverlag.de/zeitschriften/rettungsdienst.html
Rettungsmagazin	https://www.rettungsdienst.de/aktuelle-ausgabe

Englischsprachige Fachzeitschriften im Rettungsdienst

AACN Advanced Critical Care	http://acc.aacnjournals.org/content/by/year
Academic Emergency Medicine	https://onlinelibrary.wiley.com/journal/15532712
Advanced Emergency Nursing Journal	https://www.nursingcenter.com/journalissue.aspx?journal_ID=646631
American Journal of Emergency Medicine	https://www.sciencedirect.com/journal/the-american-journal-of-emergency-medicine
Annals of Emergency Medicine	https://www.sciencedirect.com/journal/annals-of-emergency-medicine
Critical Care Nursing Quarterly	https://journals.lww.com/ccnq/pages/default.aspx
Dimensions of Critical Care Nursing	https://journals.lww.com/dccjournal/pages/default.aspx
Irish Journal of Paramedicine	http://www.irishparamedicine.com/index.php/ijp
Intensive and Critical Care Nursing	https://www.sciencedirect.com/journal/intensive-and-critical-care-nursing
International Emergency Nursing	https://www.sciencedirect.com/journal/international-emergency-nursing
Journal of Emergency Nursing	https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-emergency-nursing
Nursing in Critical Care	https://onlinelibrary.wiley.com/journal/14785153
Prehospital Emergency Care	https://www.tandfonline.com/loi/ipec20
Resuscitation	https://www.sciencedirect.com/journal/resuscitation

SanG Neu Vorschlag der etablierten Rettungsorganisationen (Stand 2019)

Besonders der 2019 von den **etablierten Rettungsorganisationen** vorgelegte Entwurf ist hinsichtlich seines Inhalts, aber auch seines Zustandekommens als **kritisch zu bewerten**. So handelt es sich dabei um einen auf technische Veränderungen fokussierten Minimalkompromiss, der bis zur höchsten Ausbildungsstufe (NKI) 92 Stunden theoretische Ausbildung zusätzlich beinhalten würde, wobei davon 44 Stunden dem Modul 1 zum Rettungssanitäter gewidmet werden sollen. Von den Erstellern wurden nach unserem Kenntnisstand kaum Sichtweisen der vielen in ihren Organisationen operativ tätigen Sanitäter:innen berücksichtigt. Dabei wurde die Chance verpasst, eine breit getragene Veränderung zu ermöglichen. Tabelle 4 zeigt einen ausführlichen Vergleich des bestehenden SanG mit dem Vorschlagspapier der Rettungsorganisationen.

Wesentliche Veränderungen, die im Vorschlag enthalten sind:

- gesetzliche Verankerung des Lehrsanitäters
- geringfügige Erweiterung der Aufgaben des Rettungssanitäter
- Wegfall der ärztlichen Verständigung im Rahmen der Anwendung von Notfallkompetenzen
- Ambulanzdienste als gesetzlich verankerter Aufgabenbereich
- Erstreckung des maximal möglichen Ausbildungszeitraumes auf 24 Monate
- Simulationstrainings als Möglichkeit anstatt innerklinischer Praktika im Modul 2
- Erhöhung der Ausbildungsstunden in Modul 1 um 44 Stunden
- Möglichkeit der freiwilligen Rückstufung bei Notkompetenzen
- Zusammenfassung der allgemeinen Notfallkompetenzen NKA – NKV in NKAV, einhergehend mit einer Erhöhung der Ausbildungsstunden
- geringfügige Erhöhung in den besonderen Notfallkompetenzen um 18 Stunden
-

Der BVRD.at strebt eine umfassende Veränderung und Verbesserung des österreichischen Rettungsdienstes an. Außerdem wird kritisiert, dass bisher kein öffentlich publizierter Vorschlag für ein neues Sanitätergesetz seitens der Rettungsorganisationen vorliegt. Deshalb steht er dem nachstehenden und ähnlichen Minimalvorschlägen kritisch gegenüber.

Erst durch eine mehrjährige Ausbildung ist ein echtes Berufsbild möglich. Es braucht einen partizipativen Prozess unter Einbindung der Mitarbeiter:innen

Vergleich des bestehenden SanG mit Vorschlagspapier einiger etablierter Rettungsorganisationen, **das vom BVRD.at nicht unterstützt wird.**

	SanG Alt	SanG Vorschlag 2019	+/-	
Modul 1 – Rettungssanitäter	100 Std. Theorie 160 Std. Praktikum	144 Std. Theorie 160 Std. Praktikum	+44	Modul 1 – Rettungssanitäter
Voraussetzung 160 Std. Praxis im Rettungs- und Krankentransport				
Modul 2 – Notfallsanitäter	160 Std. Theorie 280 Std. Praktikum im Notarztsystem, bis 120 Std. davon im KH 40 Std. Praktikum im KH	160 Std. Theorie 280 Std. Praktikum im Notarztsystem, davon bis 80 Std. im KH oder Simulationstraining 40 Std. Praktikum im KH		Modul 2 – Notfallsanitäter
Allgemeine Notfallkompetenz Arzneimittellehre	40 Std. Theorie	96 Std. Theorie	+56	Allgemeine Notfallkompetenz NKAV
Allgemeine Notfallkompetenz Infusion und Venenzugang	10 Std. Theorie 40 Std. Praktikum (im KH)	40 Std. Praktikum	-10	
Voraussetzung 500 Std. Praxis im Notarztsystem				
Besondere Notfallkompetenz Intubation	30 Std. Theorie 80 Std. Praktikum (im KH)	48 Std. Theorie 80 Std. Praktikum (im KH)	+18	Besondere Notfallkompetenz Erweitertes Atemwegsmanagement
Berufsmodul (nur für Hauptberufliche)	40 Std. Theorie	24 Std. Theorie	-16	Berufsmodul
Gesamtstunden Ausbildung	380 Std. Theorie 600 Std. Praktikum 660 Std. Praxis	472 Std. Theorie 600 Std. Praktikum 660 Std. Praxis		
Gesamtdifferenz +92 Stunden Theorie SanG Vorschlag				

Fortbildungsverpflichtung Modul 1 Rettungsassistenten	16 Std. alle 2 Jahre + Rezertifizierung alle 2 Jahre	16 Std. alle 2 Jahre + Rezertifizierung alle 2 Jahre	
		facheinschlägig 4 Std. alle 2 Jahre	Fortbildungsverpflichtung Modul 2 Notfallsanitäter
		Facheinschlägig 8 Std. alle 2 Jahre	Fortbildungsverpflichtung Allgemeine NKAV
		Facheinschlägig 8 Std. alle 2 Jahre	Fortbildungsverpflichtung Besondere Kompetenz Erweitertes Atemwegsma- nagement

Tabelle 4: Vergleich des bestehenden SanG mit Vorschlagspapier einiger etablierter Rettungsorganisationen.
Quelle: eigene Darstellung auf Basis San G und Vorschlagspapier Rettungsorganisationen zum San G Neu, 2019.

