



Das Rettungs- und Notarztwesen in Oberösterreich

— ein fachliches Positionspapier

ino

interessensgemeinschaft
notärztinnen und notärzte
oberösterreich

1. September 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Quo Vadis, Rettungs- und Notarztwesen Oberösterreich?	1
1.1. Status Quo im Rettungs- und Notarztwesen Oberösterreich	1
1.1.1. Ursachen.....	2
1.1.1.1. Disposition.....	2
1.1.1.2. Nachalarmierung & Kompensation sanitätsdienstlicher Defizite	3
1.1.1.3. Interhospitaltransporte	4
1.1.1.4. Kompensation extramuraler Strukturen	5
2. Worum wir uns bemühen - unsere Ziele	5
2.1. Eine treffsichere und zielgerichtete notärztliche Disposition	6
2.2. Eine strikte Trennung von Rettungswägen und Krankentransportwägen.....	7
2.3. Ein Entkoppeln planbarer Interhospitaltransporte vom primären Notarztwesen	8
2.4. Eine gesetzliche Verankerung von Mindeststandards.....	9
2.5. Eine Beschränkung des Notarztendienstes auf notärztliche Tätigkeiten	11
2.6. Gelebtes Crew Ressource Management	12
2.7. Eine Anpassung notärztlicher Honorare	12
3. Annex – Ergänzungen	13
3.1. Details	13
3.2. Ökonomische Betrachtung.....	17
3.3. Perspektive	18

Abkürzungsverzeichnis

A

AGN

Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin

ÄLR

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

B

BVRD

Bundesverband Rettungsdienst

H

HÄND

Hausärztlicher Notdienst

I

INO

Interessensgemeinschaft Notärztinnen und
Notärzte Oberösterreich

K

KA-AZG

Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz

KTW

Krankentransportwagen

N

NAH

Notarzthubschrauber

NEF

Notarzteinsatzfahrzeug

NFS

Notfallsanitäter*in

NFS-NKV

Notfallsanitäter*in mit Notkompetenz

Venenzugang

Ö

ÖGARI

Österreichische Gesellschaft für
Anästhesiologie, Reanimation und
Intensivmedizin

R

RS

Rettungssanitäter*in

RTW

Rettungstransportwagen

S

SEW

Sanitätseinsatzwagen

1. Quo Vadis, Rettungs- und Notarztwesen Oberösterreich?

Gesellschaftliche Veränderungen, allen voran der soziodemografische und sozialtopografische Wandel, fordern das Gesundheitssystem aktuell häufiger und intensiver denn je. Überlastete Spitalsambulanzen, reduzierte Bettenkapazitäten, Engpässe bei ärztlichem und nicht ärztlichem Personal stellen enorme gesundheitspolitische Herausforderungen dar.

Das Rettungs- und Notarztwesen, ein leidenschaftlich ausgeübter Schwerpunkt unseres beruflichen Tuns, ist maßgeblich von diesem Wandel betroffen.

Grundlegende Motivation und zentrales Ziel unseres notärztlichen Strebens und Handelns ist und bleibt es all jenen Mitbürger*innen, die gesundheitlich in Not geraten sind, auf schnellstem Wege eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten und ihnen bestmöglich zur Seite zu stehen.

Der notärztliche Alltag zeigt klar und deutlich auf, dass gemeinsam mit der Qualität und der Quantität der Einsatzindikationen auch die Notfallkategorien laufend gravierende Veränderungen erleben.

Wir als INO wollen auch künftig ein hohes Qualitätsniveau innerhalb der Notfallversorgung in OÖ sicherstellen. Der aktuelle, immer schneller voranschreitende Wandel stellt uns vor die unbedingte Notwendigkeit, die etablierten Systeme genau zu evaluieren, Bewährtes zu erhalten und zudem neue, innovative und zeitgemäße Konzepte zuzulassen.

1.1. Status Quo im Rettungs- und Notarztwesen Oberösterreich

Notfallmedizin ist eine gesellschaftliche Ressource!

Wie bei begrenzten Ressourcen üblich, sollte auch die Notfallmedizin zielgerichtet, bedarfsgerecht und vor allem treffsicher eingesetzt werden.

In Oberösterreich stehen aktuell 18 Notarzteinsatzfahrzeuge und drei Hubschrauber zur Verfügung und sie alle sind ständig in Bewegung. Die Einsatzhäufigkeit der Notärzt*innen in

Oberösterreich und auch österreichweit betrachtet ist vergleichsweise um ein Vielfaches höher als in anderen Ländern der EU¹.

In OÖ wurden im Jahr 2022 knapp 34.700 notärztliche Einsätze verzeichnet, an sich schon eine beträchtliche Anzahl. Vor dem Hintergrund einer Steigerung um > 6 % im Vergleich zum Vorjahr 2021² bei gleichzeitig sinkender Notärzt*innenressource entsteht zwangsläufig ein Ressourcenengpass. Zudem droht das Sinken des Qualitätsstandards. Hier sollte vorausschauend und zeitnahe eine angemessene Korrektur erfolgen.

Durch die Vielzahl notärztlicher Entsendungen stellen sich folgende Fragen:

- Wie häufig war notärztliches Handeln vor Ort tatsächlich nötig?
- Wäre ärztliches Handeln ohne Notarztdiplom, die Behandlung durch Rettungspersonal oder ein einfacher Patiententransport ausreichend gewesen?

1.1.1. Ursachen

Was führt nun aber zu einer stetig steigenden Entsendung von Notarztmitteln?

Die Gründe resultieren aus folgenden vier Problemfeldern:

1.1.1.1. Disposition

Leitstellen in OÖ arbeiten ohne verpflichtende, standardisierte Abfrageschemata. Von Vorteil ist, dass Mitarbeiter*innen ihre persönlichen Erfahrungen aus dem Rettungsdienst, ob die Entsendung eines Notarztmittels indiziert ist, in die Entscheidung einer Disposition einfließen lassen können. Im Umkehrschluss bedarf es langjähriger praktischer Erfahrung in der Notfallrettung, um diesen Umstand vorteilig nutzen zu können.

¹ Vgl *Mezler-Aldenburg*, Notarztsysteme im EU Vergleich. 2018. In: AGN, Notfallversorgung in der Steiermark (07/2022).

² Vgl Jahresstatistik 2022 Rotes Kreuz, Arbeiter Samariterbund, ÖAMTC Flugrettung, Martin 3 Flugrettung.

Bei sehr dringenden Notfallbildern (Reanimation, Atemstillstand, schweres Trauma) tritt dieser Aspekt eher in den Hintergrund, da hier eine Entsendung eines oder mehrerer Notarzteinsatzfahrzeuge oder Hubschrauber klar auf der Hand liegt.

Schwieriger wird die Einschätzung bei Notfällen mit „alltäglichem Charakter“ (Thoraxschmerz, neurologische Störung), welche beispielsweise seit längerem bestehen. Hier bedarf es absolut erfahrener Mitarbeiter*innen mit der nötigen Kompetenz und rechtlicher Absicherung (auch seitens der Rettungsorganisation), um zur initialen Abklärung ein Fahrzeug mit NFS-NKV zu entsenden, welches dann ggf. ein Notarztmittel nachfordert.

Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund fehlender Einsatz-Feedback-Systeme die disponierenden Mitarbeiter*innen zu keinem Zeitpunkt erfahren, ob die Notarzt-Entsendung angezeigt war oder nicht. Eine derartige Intransparenz verunmöglicht eine objektive, regelmäßige Evaluierung der Einsatzstichworte bzw. des Alarmierungsalgorithmus und der Ausrücke-Ordnung.

1.1.1.2. Nachalarmierung & Kompensation sanitätsdienstlicher Defizite

RS mit einer 260-stündigen Ausbildung³ und mitunter nicht evidenter klinischer Praxis (z.B. Zivildienst, Mitarbeiter*innen an einsatzarmen Standorten) werden zu kranken/verletzten Patient*innen geschickt. Entsprechend fordern diese mangels Wissen, Erfahrung oder der Notwendigkeit zusätzlich notwendiger Maßnahmen den Notarztendienst nach. In vielen Fällen beschränkt sich die notärztliche Intervention anschließend auf eine gezieltere Anamnese und Maßnahmen, welche ein NFS-NKV mit entsprechendem Equipment gleichwertig hätte durchführen können.

Gerade die Entscheidungsfindung, ob Patient*innen überhaupt als Notfallpatient*innen einzustufen sind bzw. ob diese eher von einem raschen Transport oder einer notärztlichen Intervention vor Ort profitieren, erfordert einen hohen Ausbildungsgrad und viel klinische Erfahrung. Der Mindeststandard einer korrekten Einschätzung sollte oberste Prämisse in der

³ Vgl § 32 SanG idgF.

Verbesserung des Rettungssystems darstellen, um nicht-indizierte Nachforderung durch Sanitäter*innen zu minimieren.

Im Falle hochpriorisierter Notfälle (z.B. Notwendigkeit der Assistenz bei der Versorgung polytraumatisierter Menschen mit Einleitung einer Notfallnarkose oder invasiver chirurgischer Techniken) ist gegenwärtig der/die NFS des NEF/NAH die einzig qualifizierte Assistenzkraft, welche das notärztliche Handeln direkt unterstützen kann. Bei Einbindung von RS in Assistenzaufgaben, beispielsweise im Umgang mit Gerätschaften oder Pharmaka des Notarztdienstes, führt dies rasch zu Überforderung und schleppenden Arbeitsabläufen.

In zahlreichen Ländern Europas werden mittlerweile Kursformate bzw. Studiengänge zwischen ein und drei Jahren Ausbildungszeit für Rettungspersonal als Mindeststandard gesehen. Durch ein flächendeckendes Vorantreiben der NFS-Ausbildung mit der Möglichkeit, Notfallkompetenzen noch zu erweitern (bis hin zur Intubationskompetenz) würde eine breitere Basis, bestehend aus kompetentem Personal mit erweiterter Einschätzungs- und Assistenzfähigkeit geschaffen werden.

1.1.1.3. Interhospitaltransporte

Aufgrund der zunehmenden Spezialisierung von Krankenhausleistungen kommt es zu einem stetigen Anstieg notärztlich begleiteter Interhospitaltransporten.

Diese zum größten Teil planbaren Überstellungen unterliegen aktuell keinem flächendeckend organisierten System. Im städtischen Bereich werden diese Transporte gegenwärtig hauptsächlich durch die Notarztbörse® auf freiberuflicher Basis abgewickelt. In den ländlichen Gebieten erfolgt eine Notarztsuche oftmals über Eigeninitiative der einzelnen Krankenhausangestellten sowie über eine Arztsuche mittels Chatgruppen (z.B. WhatsApp, Signal).

Bei fehlender Verfügbarkeit ebenjener wird alternativ ein primäres Sonderrettungsmittel (Notarzteinsatzfahrzeug oder Notarzhubschrauber) alarmiert und ist dadurch für sonstige Einsätze „blockiert“. Es ist zu bedenken, dass dieses Notarzteinsatzfahrzeug oder der Notarzhubschrauber für einen derartigen Transport mitunter stundenlang gebunden ist. In

diesem Zeitraum steht das Notarztmittel in seinem Versorgungsgebiet nicht mehr für seinen ursprünglichen Versorgungsauftrag zur Verfügung. In beiden Fällen kann es somit zu Verzögerungen bei zeitkritischen Notfällen kommen.

Anzumerken ist, dass durch die (gegenwärtig) freiberufliche Abwicklung dieser planbaren Interhospitaltransporte die Personalnotstände unter (vor allem) Intensivmediziner*innen und Anästhesist*innen bis zu einem gewissen Grad kompensiert werden. Insbesondere zu Zeiten bereits reduzierter Krankenhauskapazitäten scheint das einen gewichtigen Vorteil darzustellen. Unabhängig davon stellt der freiberufliche Weg eine kostengünstigere Alternative dar.

1.1.1.4. Kompensation extramuraler Strukturen

Häufig wird der Notarztdienst mittlerweile als verfügbarer Kompensationsmechanismus der nicht (mehr) vorhandenen extramuralen Strukturen benutzt (z.B. Übernahme der Aufgaben von Hausärzt*innen bei geschlossenen Ordinationen, nicht mehr besetzten HÄND-Diensträdern, fehlenden Praktiker*innen in z.B. Altersheimen und Justizvollzugsanstalten). Die Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin in der Steiermark schreibt treffend vom Notarztdienst als „Notnagel“ und „Lückenbüsser“⁴.

2. Worum wir uns bemühen - unsere Ziele

Die INO fordert das Überarbeiten des Rettungs- und Notarztwesens in Oberösterreich und begrüßt die bereits gesetzten Schritte, vornehmlich die Ausbildung zusätzlicher qualifizierter Notfallsanitäter*innen.

Bezugnehmend auf den Status quo und bereits ausgearbeitete und publizierte Positionspapiere der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, der Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin in der Steiermark oder des Bundesverband

⁴ AGN, Notfallversorgung in der Steiermark (07/2022).

Rettungsdienst und verglichen mit andernorts (national und international) bereits gültigen Standards empfehlen wir darüber hinaus die folgenden Optimierungen.

Für deren Umsetzung stehen wir gerne beratend und aktiv zur Verfügung:

2.1. Eine treffsichere und zielgerichtete notärztliche Disposition

Als erfolgsentscheidend hierfür sehen wir die Überarbeitung des Alarmierungsalgorithmus angelehnt an die Rettungsleitstellen Niederösterreich und Tirol, die Installation von Einsatz-Feedback-Schleifen, gelebtes Qualitätsmanagement und die Etablierung eines ärztlichen Leiters für Rettungsdienst.

Die Ausarbeitung/Adaption des Alarmierungsalgorithmus bzw. des Fragebaums sollte unter Einbeziehung aktiver Notärzt*innen stattfinden. Zugleich ist auch die Implementierung von Tracerdiagnosen, wie z.B. in Bayern ratsam⁵.

Einsatz-Feedback-Schleifen bzw. Rückmeldeoptionen an die disponierende Leitstelle bieten Transparenz und können die stetige Evaluierung und Optimierung in der Disposition schaffen.

Die Installation eines „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ ist von zentraler Bedeutung und im Tiroler Rettungswesen bereits gesetzlich verpflichtend⁶. Dem „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ obliegen vornehmlich das medizinische Qualitätsmanagement und die Gesamtkonzeption der Patient*innenversorgung und -betreuung im Rettungsdienst sowie die Überprüfung der Einhaltung von Fortbildungsverpflichtungen für Ärzt*innen und Sanitäter*innen bei den Rettungseinrichtungen⁷.

⁵ Vgl. *M. Fischer et al*, Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik, *Notfall + Rettungsmedizin* 5/2019, 387 (392 f); *Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement LMU Klinikum*, Rettungsdienstbericht Bayern 2022, 76 ff.

⁶ Vgl. § 6 Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009 idgF.

⁷ Vgl. § 7 Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009 idgF.

Die gesetzliche Verankerung eines „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ durch Novellierung des OÖ Rettungsgesetzes erachten wir als überaus sinnvoll und nutzenstiftend. Wir empfehlen es dringend.

2.2. Eine strikte Trennung von Rettungswägen und Krankentransportwägen

Ein zeitgemäßer Rettungsdienst verlangt nach geeigneten Rettungswägen, ausgestattet mit ausreichend Platz, einsatzförderlichen notfallmedizinischen Gerätschaften, Monitoring System, usw.

RTWs bieten die Möglichkeit, 360 Grad um Patient*innen herum arbeiten zu können. Speziell bei Schlechtwetter oder der Versorgung schwerkranker oder schwerverletzter Menschen ist ein solches Arbeitsumfeld entscheidende Voraussetzung, um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können.

Aktuell ist es im Großteil der in OÖ eingesetzten SEW/KTW⁸ nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich, eine Thoraxdrainage oder die banale Anlage eines venösen Katheters auf der rechten Patient*innenseite durchzuführen. Die Patient*innen sind von dieser Seite räumlich schlicht nicht zugänglich.

Neben einem generellen Platzmangel in diesen Fahrzeugen stellt dieser Umstand den wohl deutlichsten Nachteil in der Qualität der Patient*innenversorgung dar.

Des Weiteren sollte auch das entsendete Rettungsdienst-Personal über eine Ausbildung zumindest zum Notfallsanitäter/zur Notfallsanitäterin mit Notfallkompetenz verfügen. Durch geschultere, rettungsfitte Sanitäter*Innen mit klinischer und rettungsdienstlicher Erfahrung und

⁸ Nach der technischen Norm CEN 1789 entspricht ein SEW/KTW einem Krankenwagen der Klasse B („Emergency Ambulance“). Er wird in Österreich auch als Notfallkrankenwagen (NKW) bezeichnet.

der Möglichkeit, in bestimmten Fällen definierte Medikamente auch ohne Notarzt verabreichen zu können, kann eine deutliche Reduktion der Notarzt-Entsendung erzielt werden.

In jenen Fällen, in denen eine notärztliche Intervention notwendig wird, kann dieses Personal adäquate Assistenz bei allen medizinischen Handlungen bieten.

Diese funktional vollwertigen RTWs mit Notfallsanitäter*innen inkl. Notkompetenzen sollten entsprechend einer differenzierten und zielgerichteten Disposition nur zu „echten“ Notfällen entsandt werden.

Für alle übrigen Patient*innentransporte, also das Gros der abgeleiteten Fahrten, sollten Krankentransportwagen zur Verfügung stehen. Diese erfordern weniger Platz (KTW), weniger medizinischer Ausstattung und Personal mit geringerem Ausbildungsumfang (RS).

2.3. Ein Entkoppeln planbarer Interhospitaltransporte vom primären Notarztwesen

Unabdingbar hierfür scheint der Auf- und Ausbau eines flächendeckenden Intensivtransportwesens.

Wir begrüßen, dass durch die Rettungsorganisationen bereits spezialisierte Intensivtransportfahrzeuge angeschafft wurden und hierfür in einigen Fällen bereits gezielt nichtärztliches Personal geschult worden ist.

Ein flächendeckendes ärztliches Besetzungssystem fehlt jedoch derzeit noch. Im Zentralraum Linz wird gar die ärztliche Besetzung durch Krankenhauspersonal geplant. In Anbetracht immer größer werdender Personalnöte an den Kliniken mutet dieses Vorhaben kontraproduktiv an.

Alternativ liegt den politischen Entscheidungsträgern bereits ein Konzept für ein flächendeckendes und kostengünstigeres freiberufliches Bereitschaftssystem vor. Die freiberufliche Abwicklung der Interhospitaltransporte wird auch vonseiten des Notfallreferates der Ärztekammer für Oberösterreich als alternativlos angesehen. Laut Kurienbeschluss der Ärztekammer vom 01.06.2023 soll ein solches System außerhalb des KA-AZG erfolgen.

Nur ein flächendeckendes, vom primären Notarzdienst entkoppeltes System verhindert, dass notärztliche Ressourcen für Interhospitaltransporte gebunden werden und es dadurch zu einer notärztlichen Unterversorgung kommt. Diese ist im Sinne der Patient*innensicherheit absolut zu vermeiden.

2.4. Eine gesetzliche Verankerung von Mindeststandards

Der Landesrechnungshof kam 2019 im Rahmen des oberösterreichischen Rettungswesens zu folgendem Schluss:

„Land OÖ überlässt qualitative Weiterentwicklung den anerkannten Rettungsorganisationen

Durch den Verzicht auf die Vorgabe von Mindeststandards überlässt das Land nach Ansicht des LRH die Definition und Weiterentwicklung der Leistungsqualität den Rettungsorganisationen. Es lässt sich daher aus den in der Abteilung Gesundheit vorliegenden Unterlagen nicht beurteilen, in welchem Ausmaß die Versorgung innerhalb der international anerkannten Hilfsfrist von 15 Minuten erfolgt. Auch wenn die Rettungsorganisationen um eine bestmögliche Versorgung bemüht sind, empfiehlt der LRH, verbindliche Standards zur Sicherstellung einer qualitätsvollen Versorgung zu definieren. (Berichtspunkt 1 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG I)

Da laut Abteilung Gesundheit keine Informationen über Mängel bzw. Beschwerden vorliegen, ist für das Land die ordnungsgemäße Leistungserbringung gegeben. Aufsichtsbehördliche Überprüfungen sind gesetzlich nicht vorgesehen. Nach Ansicht des LRH ist es nicht ausreichend, sich auf die Bewertung von Organisationen und deren Leistungserbringung zum Zeitpunkt der Anerkennung zu beschränken. Er empfiehlt der Aufsichtsbehörde daher, sich zumindest einen Überblick über die in den Rettungsorganisationen eingesetzten Qualitätsmanagementinstrumente zu verschaffen. (Berichtspunkt 2)⁹.

⁹ *Oberösterreichischer Landesrechnungshof*, LRH-Bericht. Initiativprüfung: Rettungswesen in OÖ, 1.

Der Landesrechnungshof empfahl dem Land OÖ die sofortige Festlegung verbindlicher Standards, „[u]m für die öö. Bevölkerung weiterhin eine qualitätsvolle Versorgung sicherzustellen...“¹⁰.

Zur Frage bestehender unverbindlicher Standards führte *Redelsteiner* in der Vergangenheit aus: „Standards sind in Österreich (im Gegensatz etwa zu Deutschland) meist nur im Bereich der "Hardware" vorzufinden. Die europäische Norm CEN 1789 definiert Ausrüstung und Größe eines Rettungswagens (Typ C) und eines Notfall-Krankenwagens (Typ B). Der Terminus "Rettungswagen" wird in Österreich, mit Ausnahme von Wien, nicht gemäß CEN 1789 verwendet. Ein "Rettungswagen" ist mancherorts ein Fahrzeug mit zwei (oft unerfahrenen, Zivildienst leistenden) Rettungssanitätern, andernorts eines mit einem Rettungs- und einem Notfallsanitäter unterschiedlicher Kompetenzstufen. Welche Mitarbeiter auf welchen Rettungsmitteln eingesetzt werden können, liegt in der Regelungskompetenz der Länder, wird aber in den einzelnen Landesrettungsgesetzen nicht festgeschrieben“¹¹. „Der Qualifikationslevel der Mitarbeiter und der Ausstattungslevel der Fahrzeuge können stark variieren. So kann im Extremfall die Bezeichnung "Rettungswagen" auch innerhalb einer lokalen Einheit in einer Schicht zwei Zivildienst leistende Rettungssanitäter - einer davon womöglich Lenker mit Probeführerschein - meinen und in der Folgeschicht ein Team aus einem hauptberuflichen Notfallsanitäter mit Kompetenz "Arzneimittel" und "Intubation" und einem ehrenamtlichen Notfallsanitäter, der im beruflichen Alltag als Intensivpfleger arbeitet“¹².

¹⁰ *Oberösterreichischer Landesrechnungshof*, LRH-Bericht. Initiativprüfung: Rettungswesen in OÖ, 4.

¹¹ *Redelsteiner*, Von der "Rettung" zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel?, ÖZPR 2014, 164 (165).

¹² *Redelsteiner*, Rettungsdienst - ein Türöffner im österreichischen Gesundheitswesen. Der Rettungsdienst - ein Spezialist für präklinische Notfallmedizin oder ein allgemeines 24-Stunden-Auffangnetz?, SozSi 2018, 245 (247).

Bis heute wurden in Wien¹³, im Burgenland¹⁴, in Niederösterreich¹⁵, in Salzburg¹⁶ Mindeststandards gesetzlich durch die jeweiligen Landesregierungen verankert. Die Festlegung gesetzlicher Standards in Ausrüstungs-, Personalbesetzungs-, Ausbildungsfragen oder Fahrzeugstandards an jeweilige Rettungsmittel kann - wie der LRH richtigerweise 2019 ausführte¹⁷ - auch in Oberösterreich durch die Landesregierung gem § 5 Oö. Rettungsgesetz mittels Verordnung erfolgen. Eine solche Verordnung wurde in Oberösterreich durch die politischen Entscheidungsträger*innen nicht gefasst.

Wie eingangs erwähnt, ist es unsere Uraufgabe lebensbedrohte Bürger*innen akut und unbürokratisch, aber bestmöglich zu versorgen.

Diese bestmögliche Versorgung kann nur geleistet werden, wenn wir uns in solchen Situationen keine Gedanken über den Ausbildungsstand des zuarbeitenden Personals, das vorliegende Equipment und weiterer im Vorhinein determinierbarer Parameter machen müssen. Neben der Forderung eines „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“ appellieren wir hiermit an die OÖ. Landesregierung, gesetzliche Mindeststandards gemäß aktuellen Vorgaben einer hochqualitativen Notfallrettung per Verordnung zu verankern. Zugleich wünschen wir, bei der Festlegung der zu determinierenden Parameter einbezogen zu werden, um fachlich kommunizieren zu können, ob diese im Akutfall behandlungsrelevant sind.

2.5. Eine Beschränkung des Notarztdienstes auf notärztliche Tätigkeiten

Es ist unbedingt zu vermeiden, dass der Notarztdienst als 24/07 verfügbare ärztliche Ressource als Ersatz für mangelnde extramurale Strukturen eingesetzt wird. Ein Überantworten nicht

¹³ Durchführungsverordnung zum Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz – WRKG; StF: Wr. ABI 2015/47 idgF.

¹⁴ Verordnung der Burgenländischen Landesregierung vom 3. Juli 2007, mit der Richtlinien für den Rettungs- und Notarztrettungsdienst erlassen werden; StF: LGBl 2005/83 idgF.

¹⁵ NÖ RD-MAV; StF: LGBl 2017/82 idgF.

¹⁶ SRV; StF. LGBl 2001/72 idgF.

¹⁷ *Oberösterreichischer Landesrechnungshof*, LRH-Bericht. Initiativprüfung: Rettungswesen in OÖ, 7.

notärztlicher Tätigkeiten (z.B. Totenbeschau, Unterbringung) muss sowohl durch den Landes- als auch durch den Bundesgesetzgeber unterbleiben.

Vereinfacht gesagt: Überall dort, wo keine offensichtliche Störung von Vitalfunktionen vorliegt oder wo unzweifelhaft keine lebensrettenden Sofortmaßnahmen mehr indiziert sind, ist eine notärztliche Intervention unnötig und wird auch nie als präklinische Notwendigkeit einer akuten notärztlichen Intervention gesehen¹⁸.

2.6. Gelebtes Crew Ressource Management

In Anlehnung an dieses bewährte Konzept aus der Flugrettung halten wir auch für alle im Bereich der bodengebundenen Rettungs- und Notfallmedizin tätigen Menschen derartige Schulungen für sinnvoll. Entsprechende Konzepte fördern die Kooperation, Führungsfähigkeit und Entscheidungsfindung im Einsatz und erhöhen somit die Qualität des Einsatzes und damit unmittelbar die Qualität der Patient*innenversorgung.

2.7. Eine Anpassung notärztlicher Honorare

In Anbetracht der vitalen Bedeutung hochwertiger Notfallmedizin wünschen wir eine adäquate Entlohnung. Wir setzen uns für die Umsetzung der Tarifempfehlung der Ärztekammer für Oberösterreich und deren fortlaufende Valorisierung ein.

¹⁸ *Hellwagner*, Indikationen zum Notarzteinsatz - eine medizinische und rechtliche Analyse, in: ÖGERN Tagungsband 10/2023, 83-97.

3. Annex – Ergänzungen

3.1. Details

In der Praxis erleben wir oft, dass aufgrund der fehlenden Verfügbarkeit des regionalen Notarztmittels (durch bereits bestehende Bindung des bezirkzugehörigen Notarzteinsatzfahrzeuges), ein NEF aus dem Nachbarbezirk oder ein NAH entsandt werden müssen. Speziell in den Nachtstunden, bei schlechtem Wetter oder bei erhöhtem Einsatzaufkommen in Nachbarbezirken kann es dadurch zu Problemen in der Verfügbarkeit kommen.

Das dicht gestrickte Rettungsnetz in Oberösterreich ermöglicht in 90% der Notfälle ein zeitlich vertretbares Eintreffen von Sanitätspersonal (<15 Minuten). Für Notfälle der Kategorie 1 – *SOFORT* (Reanimation, Atemstillstand, Atemwegsverlegung, Krampfanfall), konnte 2022 der Notfallort in 8,16% der Fälle nicht innerhalb von 15 Minuten internationaler Hilfsfrist erreicht werden¹⁹. Diese Notfälle bedürfen im Regelfall auch zwingend einer sofortigen Verfügbarkeit eines Notarztmittels.

Eine Trennung zwischen KTW, welcher Krankentransporte und Notfalleinsätze durchführt, und RTWs, welche rein für die Versorgung von Notfallpatient*innen ausgelegt sind, findet in OÖ momentan nur beim Arbeiter-Samariterbund statt. Technisch können diese Fahrzeuge anhand der EN ISO 1789 unterschieden werden. Das Rote Kreuz OÖ nimmt eine solche Trennung nicht vor. Gemäß EN ISO 1789 entspricht das Standardfahrzeug einem KTW mit der Bezeichnung SEW.

¹⁹ Beantwortung der schriftlichen Anfrage der Abgeordneten Klubobmann Mag. Felix Eypeltauer und Mag. Dr.in Julia Bammer an Frau LH-Stv.in Mag.^a Christine Haberlander betreffend Rettungswesen in Oberösterreich: Arbeitsbedingungen und Eintreffzeiten – Frage 1 & 3, 2023.

Für das gesamte Bundesland stellt diese Rettungsorganisation zusätzlich fünf RTWs zur Verfügung, welche jedoch ebenfalls als SEW bezeichnet werden²⁰.

Momentan beträgt der prozentuelle Anteil von Sanitätseinsatzwägen mit NFS-NKV 8%²¹. Die restlichen SEWs werden durch RS oder NFS ohne Notfallkompetenz besetzt.

Rettungsanitäter*innen ist es aufgrund des Ausbildungsstandes nicht möglich, intravenöse, intramuskuläre oder anderweitige Injektionen zu verabreichen. Deren Kompetenz ist beschränkt auf die Gabe von Sauerstoff, Lagerung, Blutstillung und die Durchführung von Reanimationsmaßnahmen.

Durch die vermehrte Ausbildung von NFS-NKV in unserem Bundesland wird die Qualität der Patient*innenversorgung gesteigert. Der Handlungsspielraum dieser Berufsgruppe ist auf die Initiierung erster sanitätstechnischer- sowie einzelner pharmakologischer Maßnahmen ausgeweitet und steigert somit den Umfang der Notfallversorgung.

Werden weitere invasive Eingriffe (wie etwa die Einleitung einer Notfallnarkose) notwendig, bedarf es der zwingenden Anwesenheit einer Notärztin/eines Notarztes. Aufgrund der Dringlichkeit solch invasiver Maßnahmen ist die sofortige Verfügbarkeit eines Notarztmittels in diesen Fällen unabdingbar.

Einer oft genannten Argumentation, dass - durch zum Teil niederpriorisierte Einsätze - bereits gebundene Notarztmittel stets zeitgerecht durch Hubschrauber oder andere Notarzteinsatzfahrzeuge kompensiert werden können und Patient*innen dadurch keinen Nachteil erfahren, kann somit nicht bedingungslos zugestimmt werden.

²⁰ Beantwortung der schriftlichen Anfrage der Abgeordneten Klubobmann Mag. Felix Eypeltauer und Mag. Dr.in Julia Bammer an Frau LH-Stv.in Mag.^a Christine Haberlander betreffend Rettungswesen in Oberösterreich: Arbeitsbedingungen und Eintreffzeiten – Frage 5 & 7, 2023.

²¹ Beantwortung der schriftlichen Anfrage der Abgeordneten Klubobmann Mag. Felix Eypeltauer und Mag. Dr.in Julia Bammer an Frau LH-Stv.in Mag.^a Christine Haberlander betreffend Rettungswesen in Oberösterreich: Arbeitsbedingungen und Eintreffzeiten – Frage 14, 2023

Dazu ein Beispiel: Im Falle einer schweren allergischen Reaktion mit akuter Atemnot müssen Patient*innen darauf vertrauen/hoffen, dass ein nahe gelegenes Notarztmittel oder ein SEW mit NFS verfügbar ist, um eine sofortige leitliniengerechte Therapie zu gewährleisten.

Der oder die RS kann durch die Gabe von Sauerstoff und korrekte Lagerung lediglich eine symptomatische Therapie initiieren.

Ein weiteres Zuschwellen der Atemwege und Fortschreiten des potenziell tödlichen Schockgeschehens lässt sich trotz des Eintreffens von Rettungskräften innerhalb der internationalen Hilfsfrist von 15 Minuten mit diesem Ausbildungsstand (RS) nicht verhindern.

Die Verfügbarkeit eines NFS-NKV (momentan nur auf 8% aller SEW) oder Notarztmittels ist somit obligat und darf keinen glücklichen Zufall darstellen.

Zugegebenermaßen scheint es schwierig, eine exakte Zahl tatsächlich indizierter notärztlicher Einsätze auszumachen. Die bisher verfügbaren Zahlen aus Erhebungen anderer Bundesländer mit vergleichbarem Notarztsystem variieren demnach.

So zeigt eine Untersuchung aus Tirol aus dem Jahr 2021, dass sich an zwei Tiroler NEFs bei allen aus dem Jahr protokollierten Einsätzen 12% als Fehleinsätze erwiesen. In Innsbruck betrug die Fehleinsatzquote für das untersuchte Jahr 21%. Unter diesen Fehleinsätzen sind 81% auf notärztliche Stornierung nach Ankunft am Einsatzort zurückzuführen²².

Eine Arbeitsgruppe im Großraum Graz um *Gerhard Prause* kommt zu dem Ergebnis, dass bei 80% der disponierten Notarzteinsätze eine idente und somit adäquate Versorgungsqualität auch durch qualifiziertes Sanitätspersonal erreicht hätte werden können²³.

²² *Troppmair et al*, Evaluierung der NEF-Fehl- und Übergabeeinsätze im Raum Innsbruck. *Die Anaesthesiologie*. 2022;71:272-80; *Baubin et al*, Indikation zum Notarzteinsatz, *Springer Journal. Anästhesie Nachrichten* 2022/4, 2 (3).

²³ *Prause et al*, System- und Fertigkeitseinsatz in einem österreichischen Notarztsystem: retrospektive Studie. In: *Der Anaesthesist*, 2020.

„Nur jeder neunte Einsatz benötigt einen Notarzt! Am Notarzt-Stützpunkt des Universitätsklinikums LKH-Graz sind das nach korrekter Interpretation der Daten etwa 170 Fälle pro Jahr“²⁴.

Zu einem ähnlichen Schluss kommt eine Auswertung aller Einsätze zu unter 20-jährigen Patient*innen der Wiener Berufsrettung. Bei 75% der Patient*innen handelte es sich um keine Notfälle (NACA I-II), jedoch wurden 94% aller Betroffenen hospitalisiert. Die nicht-hospitalisierten Fälle in Höhe von 6% wurden zu 98% von den Notärzt*innen und zu 2% von den Sanitäter*innen am Einsatzort belassen.

Zieht man alle Rettungseinsätze (Wiener Berufsrettung und Private) in Wien des Jahres 2018 zur Interpretation heran, kommt man zum Ergebnis, dass rund 73% davon keinen medizinischen Notfall (NACA I-II) darstellten²⁵.

„In vielen Fällen geht es bei diesen vermeidbaren Hospitalisierungen vor allem um einen Risikotransfer auf die nächste erreichbare Person, Profession oder Institution bzw. um die jeweilige formelle rechtliche Absicherung in der schlecht verzahnten Betreuungskette. Das ist ein anderes Ziel als die tatsächliche Sicherheit des Betroffenen - ein ambulanter oder stationärer Aufenthalt im Krankenhaus bzw. ein Aufenthalt außerhalb der vertrauten persönlichen Umgebung birgt durchaus medizinische, mentale und soziale Risiken. Die Klärung der aktuellen Situation oder die mittelfristige Hilfeplanung mit dem und im Sinne des Betroffenen steht jedenfalls nicht im Vordergrund.“²⁶.

Wenngleich davon auszugehen ist, dass sich die Datenlage auch in unserem Bundesland ähnlich verhält, so erscheint eine zeitnahe und repräsentative Erhebung auch in Oberösterreich umso notwendiger.

²⁴ *Prause/Kainz*, Notarzt: ein Arzt für alle Fälle?, ÖÄZ 2014/13-14.

²⁵ Vgl. *Rechnungshof Österreich*, Rettungswesen in Wien. Bericht des Rechnungshofes. Anhang 3 (13).

²⁶ *Redelsteiner*, Rettungsdienst - ein Türöffner im österreichischen Gesundheitswesen. Der Rettungsdienst - ein Spezialist für präklinische Notfallmedizin oder ein allgemeines 24-Stunden-Auffangnetz?, SozSi 2018, 245 (247).

3.2. Ökonomische Betrachtung

Im Jahr 2019 wurde das oberösterreichische Rettungswesen einer Initiativprüfung des Landesrechnungshofes unterzogen. Durch den Landesrechnungshof wurden im Rahmen der Prüfung die Ausgaben des Landes für die notärztliche Versorgung seit 2015 erhoben:

- 2015 wurden die betreibenden Organisationen mit 1.850.047 € Landesmitteln gefördert.
- 2016 mit 1.131.821 € (- rund 36,5%).
- 2017 mit 2.131.456 € (+ rund 88,3%).
- 2018 mit 2.185.083 € (+ rund 2,5%)²⁷.
- 2019 wurden Beiträge zum laufenden Aufwand von privaten Rechtsträgern und des Hubschrauberrettungsdienstes in Höhe von 2.382.223,52 € (+ rund 9%) geleistet²⁸.
- 2020 betrug der Betrag an für den laufenden Aufwand des Rettungswesens ausgezahlten Landesmitteln 2.989.135,95 € (+ rund 25,5%)²⁹.

2021 wurde das Rettungswesen mit Landesmitteln in Höhe von 3.588.705,15 (+ 20%) finanziert³⁰. Im Jahr 2022 wurden 2.288.035,19 (- rund 36,2%) € an Landesmitteln ausbezahlt³¹.

²⁷ Vgl. *Oberösterreichischer Landesrechnungshof*, LRH-Bericht. Initiativprüfung: Rettungswesen in OÖ, 25.

²⁸ Vgl. *Land Oberösterreich*, Rechnungsabschluss des Landes Oberösterreich für das Verwaltungsjahr 2019, Band I, Ausgaben, Position 1/530108/7660/001 sowie 1/530108/7670 Abgestattete Beiträge addiert.

²⁹ Vgl. *Land Oberösterreich*, Rechnungsabschluss des Landes Oberösterreich für das Finanzjahr 2020, Band 3, Detailnachweis Aufwendungen/Auszahlungen, Position 1/530108/7660/001 sowie 1/530108/7670 Auszahlungen addiert.

³⁰ Vgl. *Land Oberösterreich*, Rechnungsabschluss des Landes Oberösterreich für das Finanzjahr 2021, Band 3, Detailnachweis Aufwendungen/Auszahlungen, Position 1/530108/7660/001 sowie 1/530108/7670 Auszahlungen addiert.

³¹ Vgl. *Land Oberösterreich*, Rechnungsabschluss des Landes Oberösterreich für das Finanzjahr 2022, Band 3, Detailnachweis Aufwendungen/Auszahlungen, Position 1/530108/7660/001 sowie 1/530108/7670 Auszahlungen addiert.

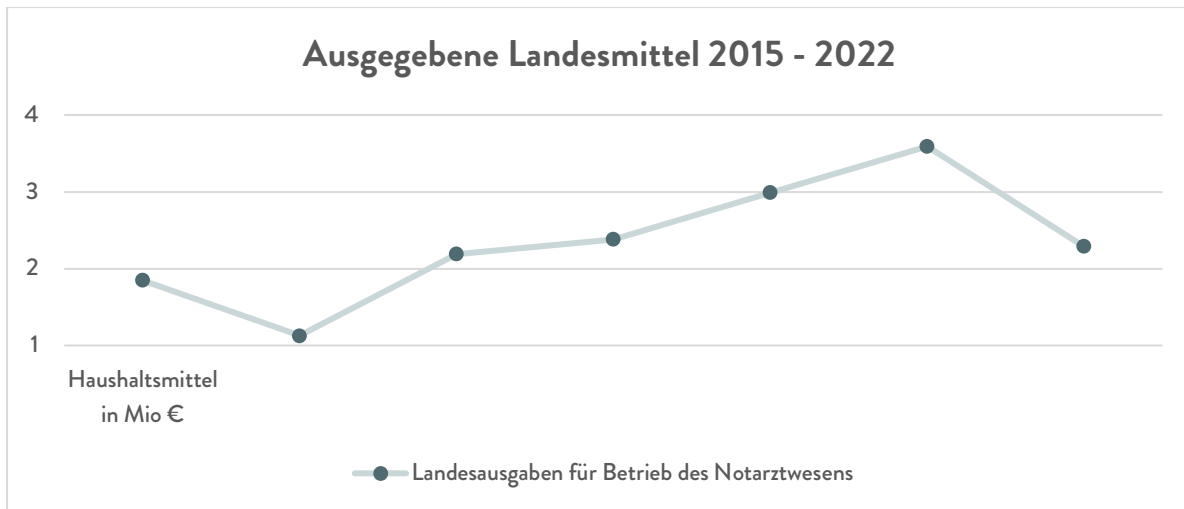


Abbildung 1 - Landesmittel Notarzdienst 2015-2022 (eigene Abbildung)

Das Notarztwesen stellt somit auch eine entsprechende finanzielle Belastung für den Landeshaushalt dar. Um mit der *gesellschaftlichen Ressource Notfallmedizin/Notarztwesen* einen sorgsamem Umgang zu pflegen, muss - wie nicht zuletzt durch den oberösterreichischen Landesrechnungshof empfohlen³² - der Einsatz von Landesmitteln an entsprechende unseres Erachtens medizinisch zu befürwortende Qualitätskriterien gekoppelt sein.

3.3. Perspektive

Ist diese Entwicklung neu? Nein. Schon seit Jahren wurde und wird auf diese Zuspitzung hingewiesen. Von Notärzt*innen und Sanitäter*innen und deren jeweiliger Interessensvertretung wie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin,³³ der Arbeitsgemeinschaft für Notfallmedizin in der Steiermark³⁴ und dem Bundesverband Rettungsdienst³⁵. Bisher leider ohne messbaren Erfolg und ohne jede echte Reform. Nun ist diese Entwicklung bestenfalls unerfreulich, kann sich aber, und das gilt es zu vermeiden, auch real nachteilig erweisen.

³² Vgl. *Oberösterreichischer Landesrechnungshof*, LRH-Bericht. Initiativprüfung: Rettungswesen in OÖ, 41 ff.

³³ *ÖGARI*, Indikation zum Notarzteinsatz - Ein Positionspapier (09/2022).

³⁴ *AGN*, Notfallversorgung in der Steiermark (07/2022).

³⁵ *BVRD*, Zukunft Rettungsdienst. Quo vadis, Berufsbild? Positionspapier (04/2023).

Eine Entwicklung mit immer weiter steigenden Alarmierungszahlen und zunehmender Beanspruchung des Notarztdienstes für nicht-notärztliche Aufgaben birgt ein erhebliches Potenzial, Unmut und Frust bei allen beteiligten Mitarbeiter*innen zu generieren. Dies begünstigt berufliche Umorientierungen im Rettungs- und Notarztwesen. Vor dem Hintergrund einer ohnehin sinkenden Verfügbarkeit notärztlich qualifizierter Mitarbeiter*innen ist das eine dramatische Entwicklung.

Davon abgesehen ist die Vielzahl an nicht-indizierten Ausfahrten und Flügen natürlich auch unökonomisch. Der Notarztdienst, boden- und vor allem luftgebunden, ist die teuerste Rettungsressource. Eine Investition in eine treffsichere Disposition (disponierende Leitstelle) und in mehr fachliche Kompetenz und Qualität vor Ort (Rettungsdienst) ist somit nicht nur eine Investition in mehr Effizienz und Sicherheit in der Patient*innenversorgung, sondern kann mittel- bis langfristig zu einer Kostenreduktion beitragen.