



Body & Health Academy GmbH

Lehrgang Gesundheits- und Sozialmanagement

RETTUNGSDIENST IN ÖSTERREICH

Herausforderungen an Ausbildung und strukturelle
Entwicklung

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Business Administration (MBA)

Eingereicht von: Armin Reisinger

Eingereicht bei: Mag. Thomas Klvana und Mag. Dr. Martin
Stieger

Linz, im November 2012

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Traun, 12.11.2012

Vorwort

Besonderer Dank gebührt folgenden Personen, welche zum Gelingen der Masterthesis beigetragen haben:

Betreuer Mag. Thomas Klvana, MBA

Betreuer Mag. Dr. Martin Stieger, MBA, eMBA, MPA

Marlene Reisinger, BSc

Silvia und Dipl.Ing. Gerhard Reisinger

Dr. Walter Aichinger

Dr. Felix Andreaus

Günther Bildstein

Mag. Dr. Rainer Gottwald, MBA

Mag. Dr. Jochen Haidvogel, MBA

Thomas Himmelbauer

Dr. Reinhard Malzer

Mag. Dr. Susanne Ottendorfer

Daniel Gerhard Pfannhauser

Mag.(FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, DSA, MSc

Christian Wagner

Siegfried Weinert, MSc

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Vorwort	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	X
Abstract	1
1 Einleitung	2
2 Rettungsdienst in Österreich – aktuelle Lage	4
2.1 Überblick	4
2.1.1 Stellenwert des Rettungsdienstes	4
2.1.2 Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungsdienstes	5
2.1.3 Das heutige System in Österreich	7
2.1.4 Anforderungen an das Rettungsdienstpersonal	10
2.1.5 Ausbildung und Tätigkeitsbereich des Rettungsdienstpersonals	13
2.1.7 Gesundheitswesen in Österreich	18
2.2 Geschichte des österreichischen Rettungswesens	20
2.3 Beispiel Rotes Kreuz Oberösterreich	22
2.3.1 Geschichte und Entwicklung des OÖRK	22
2.3.2 Organisation und Struktur des OÖRK	23
2.3.3 Rettungs- und Krankentransportdienst im OÖRK	23
2.3.4 Notarztdienst im OÖRK	24
2.3.5 Personal und Ausbildung im OÖRK	24
2.3.6 Materialeinsatz im OÖRK	25
2.3.7 Zusammenfassung und Ausblick	25
2.4 Beispiel Wiener Berufsrettung	27
2.4.1 Geschichte der Wiener Berufsrettung	27
2.4.2 Organisation der Wiener Berufsrettung	27
2.4.3 Rettungsdienst der Wiener Berufsrettung	28
2.4.4 Notarztdienst der Wiener Berufsrettung	29
2.4.5 Personal und Ausbildung der Wiener Berufsrettung	29
2.4.6 Materialeinsatz der Wiener Berufsrettung	29
2.4.7 Zusammenfassung und Ausblick	30

2.5 Beispiel Werksrettung voestalpine	31
2.5.1 Geschichte und Entwicklung der Werksrettung voestalpine	31
2.5.2 Organisation und Struktur der Werksrettung voestalpine.....	32
2.5.3 Rettungsdienst der Werksrettung voestalpine.....	32
2.5.4 Notarzdienst der Werksrettung voestalpine	33
2.5.5 Personal und Ausbildung der Werksrettung voestalpine.....	34
2.5.6 Materialeinsatz bei der Werksrettung voestalpine.....	35
2.5.7 Zusammenfassung und Ausblick	36
2.6 Vergleich der dargebrachten Beispiele	37
3 Umfeld des österreichischen Rettungsdienstes	39
3.1 Bevölkerungsstruktur und Steigerung der Rettungstransporte	39
3.1.1 Demographische Entwicklung	39
3.1.2 Anstieg der Rettungseinsätze	40
3.1.3 Weitere Herausforderungen	42
3.2 Freiwilligkeit im österreichischen Rettungsdienst.....	43
3.3 Zivildienst im österreichischen Rettungsdienst	45
3.4 Die Rolle des ärztlichen Personals in der Notfallrettung	47
4 Strukturierung und Aufgabenbereiche des Rettungsdienstes.....	49
4.1 Leistungsbereiche im Rettungsdienst	49
4.1.1 Notfallrettung vs. Krankentransport	49
4.1.2 Fahrzeugeinsatz in der Notfallrettung	52
4.2 Vergleich der Vielfalt der Rettungsdienst-Systeme.....	55
4.2.1 Übersicht	55
4.2.2 Deutschland: Vom Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter.....	58
4.2.3 Schweiz: Diplomierte RettungssanitäterInnen.....	60
4.2.4 Tschechien: Pflege- und ärztliches Personal am Rettungswagen	62
4.2.5 USA: Land der Paramedics	63
4.3 Kostenfaktor Rettungsdienst.....	67
4.3.1 Finanzieller Stellenwert	67
4.3.2 Finanzierung des Rettungsdienstes	68
4.4 Effizienzsteigerung im Rettungsdienst	69
4.4.1 Strukturierung und Trennung der Leistungsbereiche	69
4.4.2 Infrastruktur und Ressourcen	71
4.4.3 Schnittstellen zu anderen Gesundheitseinrichtungen	73
4.4.4 Technik	73

4.4.5 Fuhrpark	75
4.4.6 Organisation	75
5 Ausbildung als Qualitätsmerkmal.....	77
5.1 Zehn Jahre Sanitätergesetz – Bilanz und Ausblick.....	77
5.1.1 Der Weg zum Sanitätergesetz.....	77
5.1.2 Hintergründe, Stellungnahmen und Kritik zu den SanG-Entwürfen	82
5.1.3 Umsetzung des SanG in den einzelnen Bundesländern.....	87
5.1.4 Fazit der Entwicklung des SanG	90
5.2 Spannungsfeld Theorie und Praxis im Rettungsdienst-Alltag	91
5.2.1 Tätigkeit als SanitäterIn	91
5.2.2 Qualifikation des nichtärztlichen Personals auf Rettungsfahrzeugen ...	93
5.2.3 Diskussionsthema Notfallkompetenzen	98
5.3 Einführung von normierten internationalen Ausbildungskonzepten	104
5.3.1 Zielsetzung	104
5.3.2 ERC – European Resuscitation Council.....	105
5.3.3 PHTLS – Pre Hospital Trauma Life Support	106
5.3.4 AMLS – Advanced Medical Life Support.....	107
5.3.5 ÖBS – Österreichischer Berufsverband für SanitäterInnen.....	108
5.4 Qualitätssteigerung im Rettungsdienst	110
5.4.1 Idealversorgung im Rettungsdienst	110
5.4.2 Einflussfaktoren auf die Qualität im Rettungsdienst.....	114
6 FachexpertInnenmeinungen, Zusammenfassung und Fazit / Ausblick.....	117
6.1 Stellungnahmen von FachexpertInnen	117
6.1.1 Stellungnahme Mag. Dr. Susanne Ottendorfer – Medizinische Leitung Notruf Niederösterreich	117
6.1.2 Stellungnahme Mag.(FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, DSA, MSc – Lehrgangleiter „Rettungsdienstmanagement“ Donau-Uni Krems, National Coordinator PHTLS Austria, Associate National Coordinator AMLS Austria, Lehrrettungsassistent, Lehr-Paramedic.....	118
6.1.3 Stellungnahme Dr. Reinhard Malzer – Stv. Leiter Abt. II/6, Chefärztlicher Dienst des Bundesministeriums für Inneres; Medical Director AMLS Austria	120
6.1.4 Gespräch mit Dr. Walter Aichinger, Präsident Rotes Kreuz Oberösterreich.....	122
6.1.5 Gespräch mit Mag. Dr. Rainer Gottwald, MBA, Senatsrat und Leiter der Wiener Berufsrettung und Mag. Dr. Jochen Haidvogel, MBA, Wiener Rettungsdienstleiter, Abteilungsleiter-Stv.....	124
6.2 Zusammenfassung.....	125

6.3 Fazit / Ausblick	127
6.3.1 Mindestanforderungen an einen modernen Rettungsdienst	130
Literaturverzeichnis.....	A

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Sanitätseinsatzwagen des OÖ RK.....	25
Abb. 2: Rettungswagen der MA70.....	30
Abb. 3: NAW/RTW der Werksrettung voestalpine.....	36
Abb. 4: Logo Pre Hospital Trauma Life Support.....	106
Abb. 5: Logo Advanced Medical Life Support.....	107
Abb. 6: Logo Österreichischer Berufsverband für Sanitäter.....	108

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht der Ausbildung des nichtärztlichen Personals.....	17
Tab. 2: Ausbildungslevel Rettungsdienst-MitarbeiterInnen Österreich.....	88
Tab. 3: Anteil der NotfallsanitäterInnen im Vergleich zu den Rettungssanitä- terInnen.....	89

Abkürzungsverzeichnis

ACLS	Advanced Cardiac Life Support
Abs.	Absatz
ALS	Advanced Life Support
AMLS	Advanced Medical Life Support
AMPDS	Advanced Medical Priority Dispatch System
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BLS	Basic Life Support
BMZ	Betriebsmedizinisches Zentrum der voestalpine
CO	Kohlenmonoxid
CPR	Kardiopulmonale Reanimation
DGKP	Diplomierter Gesunden- und Krankenpfleger
DGKS	Diplomierte Gesunden- und Krankenschwester
DIN	Deutsche Industrie Norm
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
EMS	Emergency Medical Service
EMT	Emergency Medical Technician
EMT-A	Emergency Medical Technician - Ambulance
EMT-B	Emergency Medical Technician - Basic
EMT-C	Emergency Medical Technician - Cardiac
EMT-I	Emergency Medical Technician - Intermediate
EMT-P	Emergency Medical Technician - Paramedic
EN	Euronorm
ERC	European Resuscitation Council
EU	Europäische Union
FACE	First Aid Competition Europe
FDNY	Fire Department of New York
GPS	Global Positioning System
HBLA	Höhere Bundeslehranstalt
HTL	Höhere Technische Lehranstalt
KTW	Krankentransportwagen
k.u.k	kaiserlich und königlich

K-Zug	Katastrophenzug der Wiener Rettung
MA70	Magistratsabteilung 70 der Stadt Wien, Wiener Berufsrettung
MPG	Medizinproduktegesetz
MTF	Medizinisch-technischer Fachberuf
NAEMT	National Association of Emergency Medical Technicians
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NFS	NotfallsanitäterIn
NKA	Notfallkompetenz Arzneimittellehre
NKI	Notfallkompetenz Intubation
NKV	Notfallkompetenz Venenzugang
NKW	Notfallkrankswagen
ÖAGW	Österreichische Akademie für Gesundheitswissenschaften
ÖAMTC	Österreichischer Automobil- und Touring-Club
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
ÖBS	Österreichischer Berufsverband für SanitäterInnen
OGNK	Oberösterreichische Gesellschaft für Notfall- & Katastrophenmedizin
ÖNORM	Österreichische Norm
OP	Operationssaal
OÖRK	Oberösterreichisches Rotes Kreuz
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
PHTLS	Pre Hospital Trauma Life Support
RCT	Randomised Controlled Trial
RK	Rotes Kreuz
RKT	Rettungs- und Krankentransportdienst
ROSC	Return of spontaneous circulation
RS	RettungssanitäterIn
RTW	Rettungswagen, Rettungstransportwagen
SanAV	Sanitäter-Ausbildungsverordnung
SanG	Sanitätsgesetz
SEW	Sanitätseinsatzwagen
SHD	Sanitätshilfsdienste
VOEST	Vereinigte Österreichische Eisen- und Stahlwerke

Abstract

Die Zukunft stellt erhöhte Anforderungen an den Rettungsdienst: Veränderung der Bevölkerungsstruktur, Ärztemangel, Qualität als Selbstverständlichkeit und Kostendruck. Die Anzahl und die Komplexität der Einsätze steigen.

Verglichen mit anderen Ländern ist die rettungsdienstliche Ausbildungsdauer in Österreich gering und das Niveau der Notfallmedizinischen Versorgung ist über das Bundesgebiet gesehen sehr unterschiedlich. In manchen Bundesländern und Organisationen wird der Rettungsdienst in rechtlichen Graubereichen betrieben. Das Sanitätergesetz existiert mittlerweile seit zehn Jahren – nun ist es an der Zeit, diese vergangenen Jahre zu beleuchten und kritisch zu hinterfragen. Der Vergleich mit anderen Ländern und mit internationalen, normierten Ausbildungskonzepten, welche mehr und mehr bei uns Einzug halten, zeigt mögliche Weiterentwicklungen auf.

Kosteneffizienz und Forderung maximaler Qualität bestimmen das Gesundheitssystem immer mehr, was zur Folge hat, dass bestehende, traditionell gewachsene Strukturen diskutiert werden. Der eventuell mögliche Wegfall des Zivildienstes heizt die Debatte um Ehrenamtlichkeit und Qualifikation an.

Ziel der Masterthesis ist es, die aktuelle Situation des Rettungsdienstes in Österreich darzustellen, bestehende Systeme zu vergleichen und sich mit zu erwartenden Spannungsfeldern auseinanderzusetzen. Ebenso werden Lösungsansätze in Richtung eines qualitativ hochwertigen und zeitgemäßen Rettungsdienstes aufgezeigt: Eine intensivere Ausbildung der SanitäterInnen mit mehr Kompetenzen, normgerechter Ausstattung und zukunftsorientierten Strukturen.

Als Methodik wurde die Recherche von bestehender Literatur, sowie die wissenschaftliche Aufbereitung eigener Erkenntnisse gewählt, welche vom Autor im Laufe der Jahre im Rahmen seiner Tätigkeit als ehrenamtlicher Sanitäter beim Oberösterreichischen Roten Kreuz, durch ein Kurzzeitpraktikum beim Rettungsdienst des Fire Department New York, sowie durch die berufliche Tätigkeit bei der Werksrettung voestalpine erlangt wurden. Des Weiteren wurde ergänzend die Methode der Befragung von FachexpertInnen gewählt.

1 Einleitung

Bei einem medizinischen Notfall rasche und professionelle Hilfe zu erhalten ist für die heutige Gesellschaft eine Selbstverständlichkeit geworden. Egal zu welcher Zeit, der Rettungsdienst ist für die gesamte Bevölkerung 24 Stunden am Tag im Einsatz. Wir stellen den Anspruch an eine qualifizierte, bedarfsgerechte und flächendeckende Hilfe bei medizinischen Notfällen auf dem aktuellen Stand der Technik und Wissenschaft. Doch welche Fachkräfte kommen, wenn man die Notrufnummer 144 wählt? Profis, so wird uns versichert – doch nur bei lebensbedrohenden Notfällen ist ein Arzt dabei. Der genaue Tätigkeitsbereich der SanitäterInnen, inklusive Kompetenzen und Möglichkeiten, ist meistens eher unbekannt. Ein Großteil der PatientInnen wird von nichtärztlichem Personal versorgt – Rettungs- und NotfallsanitäterInnen. Diese sind als tragende Säule für die Hauptlast des Rettungsdienstes zuständig. Ein Großteil dieser SanitäterInnen sind dabei ehrenamtliche MitarbeiterInnen, eine in Österreich historisch gewachsene Struktur. Doch wie sieht es in Zukunft aus mit diesen Freiwilligen? Kann ein modernes und qualitativ hochwertiges Rettungswesen durch großteils freiwillige MitarbeiterInnen überhaupt aufrecht erhalten werden? Und welche Zukunft gibt es für den Zivildienst – welchen Stellenwert hat dieser für den Rettungsdienst und welchen müsste er haben?

In Anbetracht der drohenden und auch bereits absehbaren Überalterung der Bevölkerung und einem damit einhergehenden Anstieg des Transportvolumens der Rettungsdienste verschärft sich diese Problematik. Spitalsambulanzen werden geschlossen, Behandlungszentren zusammengelegt und vielerorts finden sich in ländlichen Gebieten keine Nachfolger mehr für eine Allgemeinarztpraxis – dies führt auch zu einem Anstieg der transportierten PatientInnen, wodurch auch die Belastung der verbleibenden Spitalsambulanzen deutlich ansteigt.

Vor all diesen Überlegungen muss man zunächst eine bedeutende Frage beantworten: Welchen Stellenwert hat der Notfallpatient/die Notfallpatientin in unserem Rettungsdienst? Wer sind die professionellen HelferInnen und wie sieht die Ausbildung dieser aus?

Viele Hilfsorganisationen preisen den hohen Ausbildungsstandard ihrer – zumeist freiwilligen – MitarbeiterInnen an. Doch betrachtet man das Ganze näher, sind auf vielen „Rettungswagen“ unzulässigerweise nur zwei RettungssanitäterInnen mit einer vom Gesetz her mindestens 260-stündigen Ausbildung zu finden. Stellt man diese Ausbildungsdauer mit der Brisanz und Wichtigkeit der professionellen Tätigkeit in der Notfallrettung – immerhin geht es hier um das kostbarste Gut Gesundheit und Leben von PatientInnen – in Frage, wirft diese Tatsache doch einiges an Verwunderung auf. In keinem anderen Beruf begnügt man sich mit so einer geringen Ausbildung.

In manchen Bundesländern kann der unzulässige und suboptimale Fall vorkommen, dass zu einem medizinischen Notfall, bei dem akute Lebensgefahr herrscht bzw. diese nicht auszuschließen ist, zwei unerfahrene RettungssanitäterInnen nach bestandener ca. zweimonatiger Ausbildung zum Einsatz kommen. Und das in einem Fahrzeug, welches laut Norm definitiv nicht einem Rettungswagen entspricht. In der Zeit bis notärztliches Personal eintrifft sind die RettungssanitäterInnen mit der Behandlung des Notfallpatienten/der Notfallpatientin auf sich alleine gestellt, was vom Gesetz her allerdings nicht zulässig ist. Trotz allem gut gemeinten Einsatzes im Dienste der Mitmenschen ist eine solche Form der PatientInnenversorgung nicht die optimale und stellt international gesehen einen kaum noch vertretbaren Standard dar.

Ziel der Arbeit ist es, den aktuellen Zustand des österreichischen Rettungsdienstes kritisch zu hinterfragen und die vorhandenen Unterschiede im Bundesgebiet aufzeigen. Sie soll dazu anregen, über den viel zitierten Tellerrand zu blicken um das eigene System reflektieren zu können. Wie lösen andere Länder diese wichtige Aufgabe? Die Grundintention dieser Arbeit ist es, eine notwendige Steigerung des Qualitätsniveaus anzuregen – sei es im Bereich der Ausbildung, Kompetenzen des Rettungsdienstpersonals oder auch im Bezug auf Ausrüstung, sowie eine notwendige Trennung zwischen Notfallrettung und Krankentransport zu bewirken. Als NotfallpatientIn, der/die keinen Einfluss auf die Auswahl seiner/ihrer Retter hat, sollte man eine Garantie haben, professionell nach aktuellsten Leitlinien versorgt zu werden und darauf vertrauen können, dass erfahrene, optimal ausgebildete Leute, die bestmögliche Hilfe leisten.

2 Rettungsdienst in Österreich – aktuelle Lage

2.1 Überblick

2.1.1 Stellenwert des Rettungsdienstes

Jeder Mensch hat das Recht, bei einem medizinischen Notfall möglichst verzugsfrei Hilfe zu erhalten. Dieses Recht auf ein funktionierendes Rettungswesen ist Teil der Gesundheitsfürsorgepflicht, somit bundesverfassungsrechtlich abgesichert und stellt als Teil der körperlichen Integrität und des Rechts auf Leben ein Grundrecht dar.¹ Nicht nur in Österreich, sondern auch in unserem Nachbarland Deutschland wird der Rettungsdienst als essentieller Bestandteil der staatlichen Gesundheitsvorsorge beschrieben, auf die jeder Bürger/jede Bürgerin einen gesetzlichen Anspruch hat.²

Der Staat hat aktiv dafür Sorge zu tragen, allen Menschen Zugang zu medizinischen Einrichtungen zu gewähren und ein funktionierendes Rettungswesen einzurichten. Dazu muss dieses perfekt funktionieren, um die oben genannten Anforderungen erfüllen zu können. Um das zu gewährleisten, muss es flächendeckend mit genügend Ressourcen ausgerüstet sein, was bedeutet dass es sich an Hilfsfristen orientieren sollte. Weiters muss das Personal und die Ausrüstung auf dem neuesten Stand von Wissen und Technik sein.²

Die PatientInnen suchen sich ihre RetterInnen nicht aus. Vielmehr haben diejenigen, welche im Rettungsdienst tätig sind – egal ob Ehrenamtliche, Zivildienstleistende oder Hauptberufliche – beschlossen, die enorm verantwortungsvolle Aufgabe zu übernehmen, PatientInnen in Notsituationen zu versorgen. Diese schwerwiegende Verantwortung muss jedem Mitarbeiter/jeder Mitarbeiterin bewusst sein und jeder/jede Einzelne muss sich dieser auch in vollem Umfang stellen. Denn jeder Patient/jede Patientin muss bestmöglich versorgt werden. Somit stellt der Rettungsdienst – neben den überaus wichtigen Laien-ErsthelferInnen – ein unver-

¹ Vgl. Andreas, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.22.

² Vgl. Referentenentwurf der deutschen Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin S.1.

zichtbares Glied in der langen Kette der PatientInnenversorgung dar. Es geht darum, so viele Leben zu retten wie möglich und die Dauer, welche ein Patient/eine Patientin zur Heilung in einer Krankenanstalt verbringen muss, möglichst kurz zu halten. Dies hat neben unmittelbaren Gründen für den Patienten/die Patientin selbst auch eine nicht zu unterschätzende Wichtigkeit für das gesamte Gesundheitssystem und damit eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung. Betrachtet man das Ganze eher nüchtern, gilt es die Zeit der Arbeitsunfähigkeit möglichst gering zu halten. Der Rettungsdienst ist somit ein Teil der gesamten medizinischen Versorgung, welche die Überlebenschancen, sowie die Umstände des weiteren Genesungsverlaufes stark beeinflusst. Ganz abgesehen davon sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, den Patienten/die Patientin vor Folgeschäden bzw. Verletzungen zu bewahren, die zum Beispiel durch verzögerte und inadäquate Behandlung oder falsche Rettungsmaßnahmen verursacht werden können. Dabei spielen die SanitäterInnen als nichtärztliches Personal eine sehr bedeutende Rolle – denn ca. 80% der Patienten werden von ihnen ohne Notarzt/Notärztin versorgt.³

Bereits auf dem Weg zur Schaffung des Sanitätergesetzes wurde in einer Studie der ÖAGW (Österreichische Akademie für Gesundheitswesen) zur Analyse und Strategie in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst im Jahr 1993 eine wichtige Grundsatzaussage getroffen: Die präklinische Notfallmedizin sichert nicht nur das Überleben von erkrankten oder verletzten Menschen, sondern es geht auch in vielen Fällen darum, den anschließenden therapeutischen Aufwand im Krankenhaus und eine mögliche Invalidität zu minimieren.³ Das gilt auch heute noch und sollte bei Auslegung und Anpassung des Rettungsdienst-Systems bedacht werden.

2.1.2 Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungsdienstes

In Österreich ist das Rettungswesen eine Angelegenheit der Gemeinden und somit von der Bundeskompetenz im Gesundheitswesen ausgenommen.⁴ Die Ge-

^{3,4} Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien. S.11.

meinden übertragen die Aufgabe anerkannten Hilfsorganisationen, wie zum Beispiel dem Österreichischen Roten Kreuz oder dem Arbeiter-Samariter-Bund, um die beiden größten im Bundesgebiet zu nennen. Daneben gibt es noch das Grüne Kreuz, die Johanniter Unfallhilfe, den Malteser Hospitaldienst, den Sozialmedizinischen Dienst sowie diverse private (Flug-)Rettungsorganisationen. Die Rettungsorganisationen sind nach dem Vereinsgesetz statuiert.⁵ Nur die Gemeinde Wien betreibt als einzige einen eigenen Rettungsdienst – die Magistratsabteilung 70, Rettung und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien.

Die Gemeinden müssen sich zwar an Bundes- und Landesgesetze halten, sie haben jedoch Freiheiten in ihrem Wirkungsbereich.⁶ Das Rettungswesen wird zur Gänze in die Gesetzgebungskompetenz der Länder übertragen – ausgenommen davon ist nur die Regelung der Ausbildung, welche dem Bund vorbehalten ist. Dabei ist die Grundlage für nichtärztliches Personal das Sanitätergesetz (Bundesgesetz) aus dem Jahre 2002. Dieses regelt u.a. Tätigkeiten, Aufgaben, Kompetenzen und Beruf der SanitäterInnen, sowie deren Aus- und Fortbildung. Jedoch gibt es für jedes Bundesland ein eigenes Landesrettungsgesetz, welches die Durchführung mehr oder minder im Detail regelt. Eine bundeseinheitliche Regelung gibt es hier nicht und somit hat jedes Bundesland einen gewissen Handlungsspielraum hinsichtlich der Ausgestaltung des Rettungswesens, was allerdings zu teils bedeutsamen Unterschieden in den Bundesländern führt, obwohl die Inzidenz von medizinischen Notfällen im Bundesgebiet von Österreich vergleichbar ist.

Die Gemeinden tragen aber nicht alleine die Gesamtverantwortung für den Rettungsdienst. Sie stellen zwar in ihrem Bereich die Grundversorgung sicher – für übergeordnete Dienste, welche die Kapazitäten der lokalen Kräfte übersteigen, wie zum Beispiel Notarztdienste oder Katastrophenhilfe: Hier ist das jeweilige Land oder in Ausnahmefällen auch der Bund zuständig.⁷ Die Beauftragung, der Betrieb, sowie die Aufsicht über die Rettungsorganisation fallen ebenfalls in das Tätigkeitsfeld der Gemeinden. Davon ebenso betroffen sind Finanzierung und Ko-

⁵ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.17.

⁶ Vgl. Andreas, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.16.

⁷ Vgl. Andreas, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.17ff.

ordination mit anderen Einsatzmitteln.⁸ Jede Rettungsorganisation, mit der die Gemeinde einen Vertrag abschließt, muss vom Land anerkannt sein.⁹

Zusätzlich zur Schaffung eines organisierten Rettungsdienstes ist auch von den Gemeinden sicherzustellen, dass dieser insbesondere auch die notwendigen Ressourcen, sowie die erforderliche Qualität und Verfügbarkeit gewährleisten, um die grundrechtliche Pflicht zur Versorgung durch ein Rettungswesen zu erfüllen. Es muss sichergestellt werden, dass, basierend auf geeigneten Entsendungsroutinen, das geeignete Einsatzmittel innerhalb der notwendigen Einsatzzeit am Notfallort eintrifft. Durch die Verpflichtung des Staates zur Sicherung des Lebens gemäß Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention muss dieser geeignete Maßnahmen setzen, um prompte medizinische (erste) Hilfe zu leisten.¹⁰

Die Länder sind für ihre Landesrettungsgesetze zuständig, und dafür, dass Rettungsorganisationen anerkannt und überwacht werden. Zusätzlich muss das Land Rettungsverträge, die zwischen Gemeinden und Rettungsorganisationen abgeschlossen wurden, bewilligen, sowie überregionale Tätigkeiten bei Großschadenslagen übernehmen.¹¹

Die neun Landesrettungsgesetze sind durchaus unterschiedlich. Jedoch zieht sich durch fast alle die Forderung, dass eine Rettungsorganisation gemeinnützig tätig sein muss. Einige fordern sogar, dass die Aufgaben vorwiegend mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen abgedeckt werden.

2.1.3 Das heutige System in Österreich

Österreich hat ein Rettungsdienstsystem, das auf nichtärztlichem Sanitätspersonal mit Unterstützung durch Notärzte basiert. Das heißt, NotärztInnen kommen dann

⁸ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.21.

⁹ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.33.

¹⁰ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.22.

¹¹ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.20.

zum Einsatz, wenn (akute) Lebensbedrohung nicht auszuschließen ist. Sie werden entweder gleich direkt nach Entgegennahme des Notrufs über die Leitstelle alarmiert oder vom Sanitätspersonal, welches bereits vor Ort ist, nachgefordert. Deshalb ist auch die professionelle, fachlich fundierte Ausbildung des Leitstellenpersonals besonders wichtig, da Fehleinsätze von sogenannten Sonderrettungsmitteln vermieden werden sollten. Andererseits sollten NotärztInnen nicht jedes Mal erst vom Rettungsteam nachgefordert werden, da dies enorm viel wertvolle Zeit kostet und somit zu Lasten des Patienten/der Patientin geht.

Einsatzmittel

Das Standard-Einsatzmittel ist ein Rettungswagen oder Rettungstransportwagen (RTW). Dieser ist für die Versorgung, den Transport – welcher liegend möglich sein muss – sowie für die Überwachung von verletzten und erkrankten PatientInnen ausgelegt. Die europaweite Norm EN 1789, welche es analog auch als DIN-Norm und ÖNORM gibt, definiert einen Rettungswagen als „Mobile Intensive Care Unit“ bzw. „Typ C“. Hierbei werden bestimmte Abmessungen und Ausrüstungen vorgegeben, um so die optimale Behandlung für die PatientInnen zu garantieren. Allerdings entsprechen in Österreich nur wenige Fahrzeuge diesem Standard. Die Norm dient jedoch als Vorgabe für Mindeststandards.¹² Der überwiegende Anteil der großteils eingesetzten Fahrzeuge – landläufig unter dem Begriff „Rettungsauto“ bekannt – fallen in die Kategorie EN 1789 Typ B „Emergency Ambulance“ bzw. Notfallkrankswagen (NKW) oder sogar Typ A „Patient Transport Ambulance“. Diese Krankenkraftwagen – in Oberösterreich beispielsweise als „Sanitätseinsatzwagen“ (SEW) deklariert – mit geringeren Abmaßen und reduzierter Einrichtung sind für den Transport, die Erstversorgung und die eingeschränkte Überwachung von PatientInnen eingerichtet, welche vorhersehbar keine NotfallpatientInnen sind. Die reinen Krankentransportwagen Typ A „Patient Transport Ambulance“ sind nur für den Transport von PatientInnen, die keine akuten Notfallpatienten

¹² Vgl. Andreas, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.73.

sind, gedacht und nicht für die notfallmedizinische Erstversorgung geeignet.¹³ Mehr zum Fahrzeugeinsatz in der Notfallrettung in Kapitel 4.1.2.

Bemerkenswert ist, dass das Sanitätergesetz nicht direkt die Ausbildungsqualifikation des eingesetzten Rettungsdienstpersonals auf den verschiedenen Rettungsmitteln und deren Ausrüstungen regelt. Diese Vorschriften fallen eigentlich in die Kompetenz der Länder, können somit je nach Bundesland variieren und sind sehr vage bestimmt.¹⁴ Jedoch ist im SanG fixiert, dass die Betreuung und der sanitätsdienstliche Transport von NotfallpatientInnen den NotfallsanitäterInnen vorbehalten ist.¹⁵ Dadurch ergibt sich zwingend dass ein RTW, welcher vorwiegend bei NotfallpatientInnen zum Einsatz kommt, mit mindestens einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin besetzt sein muss. Dazu in Kapitel 5.2.2 mehr.

Der Notarzt/die Notärztin kommt entweder im Notarztwagen (NAW) oder im Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) zum Einsatz. Das NAW-System, auch Kompaktsystem genannt, basiert darauf, dass dieses Fahrzeug alleine eingesetzt werden kann, da auch der Transport des Patienten/der Patientin damit möglich ist. Ein NAW ist ein Fahrzeug des Typs C nach DIN/ÖNORM EN 1789, meist mit zusätzlicher medikamentöser Ausstattung. D.h., es handelt sich rein technisch um einen Rettungswagen, welcher erst durch die Besetzung mit einem Notarzt/einer Notärztin zu einem Notarztwagen wird. Zusätzlich zum notärztlichen Personal besteht die Besetzung aus mindestens einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin, sowie einem/einer Notfall- oder RettungssanitäterIn als FahrerIn. Erstrebenswert ist hier jedoch die Besetzung mit mindestens zwei NotfallsanitäterInnen, vorzugsweise mit Notfallkompetenzen, um so eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen, in dem das notärztliche Personal direkt unterstützt wird.

Das NEF dient im Rendez-Vous-System quasi nur als Zubringerfahrzeug des Notarztes/der Notärztin, ist mit mindestens einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin besetzt und führt ebenso medizinische, bzw. notärztliche Ausrüstung mit.

¹³ Vgl. DIN Deutsches Institut für Normung (2010): DIN EN 1789 Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausrüstung – Krankenkraftwagen, Berlin.

¹⁴ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.165.

¹⁵ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.70.

Zum Einsatz kommt das Notarzteinsetzfahrzeug gemeinsam mit einem Rettungswagen, mit dem der Patient/die Patientin gemeinsam vor Ort versorgt wird. Falls sich der Zustand des Patienten/der Patientin durch die Behandlung soweit verbessert hat, dass keine Notarztbegleitung erforderlich ist, wird dieser/diese alleine mit dem RTW ins Krankenhaus transportiert und das NEF ist wieder einsatzbereit. Ist dies nicht der Fall, braucht der Notarzt/die Notärztin nur zuzusteigen und der RTW wird somit zum NAW. Gemeinsam mit dem Notfallsanitäter/der Notfallsanitäterin der RTW-Besatzung wird der Patient/die Patientin gemeinsam mit dem Notarzt/der Notärztin transportiert und versorgt. Das Notarzteinsetzfahrzeug fährt inzwischen hinter dem Rettungswagen und begleitet den Transport. Somit ist dieses System, bei richtiger Umsetzung, deutlich flexibler. Ausrüstung und Abmessungen von Notarzteinsetzfahrzeugen sind allerdings nicht von der DIN EN 1789 erfasst, da damit keine PatientInnen transportiert werden.

Notruf, Leitstellen

Der Rettungsdienst ist in Österreich überall über den kostenfreien Notruf 144 erreichbar, mit dem man in die regional zuständige Rettungsleitstelle kommt. Im Gegensatz zu manch anderen Ländern gelangt man mit dem europaweiten „Euro-Notruf“ 112 nicht zu den Rettungsleitstellen, sondern zu denen der Polizei, welche dann die Informationen an den Rettungsdienst weitergibt. Dadurch können Verzögerungen und Informationsverluste entstehen.

Die Leitstellen werden in der Regel von den einzelnen Hilfsorganisationen geführt. In Wien ist das die Magistratsabteilung 70, in Niederösterreich, Burgenland oder Tirol beispielsweise eine eigene Betreibergesellschaft welche unter dem Namen „Notruf Niederösterreich“, „Landessicherheitszentrale Burgenland“ bzw. „Leitstelle Tirol“ fungiert.

2.1.4 Anforderungen an das Rettungsdienstpersonal

An die fachlichen und emotionalen Kapazitäten von Personal im Rettungsdienst werden sehr hohe Ansprüche gestellt. Neben dem Notarzt/der Notärztin ist der/die Rettungs- oder NotfallsanitäterIn die spezielle Fachkraft im präklinischen Gesund-

heitswesen¹⁶. Sie braucht vielfältige Kenntnisse in Bereichen wie erweiterte Erste Hilfe, Hygiene, Rechtsgrundlagen, Anatomie, Physiologie, Pathologie, Notfallmedizin, Traumaversorgung, Gefahrenlehre, Umgang mit medizinischen Geräten, Einsatztaktik, Psychologie, Umgang mit älteren Menschen und Kindern usw.¹⁷

Zu jeder Tages- und Nachtzeit muss die volle Einsatzbereitschaft gegeben sein, Entscheidungen müssen kurzfristig in Stresssituationen gefällt werden und viele, auch nicht sichtbare Gefahren lauern bei jedem Einsatz. SanitäterInnen müssen außerhalb einer „geschützten“ Umgebung arbeiten und sich jedes Mal an die spezifischen Umfeld- und Einsatzbedingungen anpassen, denn jeder Notfall ist anders. Zeit, um bestimmte Informationen zu recherchieren ist meist nicht vorhanden – das gesamte Wissen muss sitzen und jederzeit abrufbar sein. Dabei kann man das Spektrum kaum eingrenzen: Vom internistischen Notfall, über Verletzungen bis hin zu Großunfällen mit besonderen Gefahren und Kindernotfällen ist alles möglich. Eine Belastung, derer sich viele gar nicht bewusst sind. Das Aufgabenfeld ist derart umfangreich, dass man nie zu viel wissen kann.¹⁸

Im schlimmsten Fall trifft bei lebensbedrohenden Notfällen der Rettungswagen mit nichtärztlichem Personal vor dem notarztbesetzten Sonderrettungsmittel ein, sofern dieses überhaupt vorab verständigt wurde. Das heißt konkret für die SanitäterInnen: Sie müssen zuerst allein die Lage auf Gefahren korrekt einschätzen, welche für sie, ihr Team oder den Patienten/die Patientin eine Bedrohung darstellen könnten und sofern dies zutrifft, die notwendigen Absicherungs- und Rettungsmaßnahmen sowie die Nachalarmierung der richtigen Spezialeinsatzkräfte veranlassen. Der Patient/die Patientin muss innerhalb kürzester Zeit gesichtet und bei Störungen der unmittelbaren Lebensfunktionen sofort richtig behandelt werden. Des Weiteren muss eine fachlich fundierte, breitgefächerte Anamnese durchgeführt, Vitalparameter unter anderem mit diagnostischen Geräten erhoben und ausgewertet, eine körperliche Untersuchung, sowie eine ständige Neubeurteilung durchgeführt werden. Bereits die Eindrücke am Einsatzort sowie der Zustand des Patienten/der Patientin und dessen Verlauf gehören dokumentiert, da diese wert-

¹⁶ Vgl. Redelsteiner, Ch. et al (2005): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter, Wien S.11.

¹⁷ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.29ff.

¹⁸ Vgl. Redelsteiner, Ch. et al (2005): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter, Wien S.XIII.

vollen Informationen meist im Laufe der Behandlung verloren gehen und bei der Übergabe im Krankenhaus nicht mehr verfügbar sind. Der Patient/die Patientin wird vom Sanitäter/von der Sanitäterin gemeinsam mit dem notärztlichen Personal, dem assistiert wird, stabilisiert und transportfähig gemacht. Sofern eine technische Rettung notwendig ist, hat diese so schnell wie möglich und so schonend wie möglich mit den adäquaten Rettungsgeräten zu erfolgen, ohne dass dem Patienten/der Patientin weiterer Schaden zugefügt wird. Anschließend gehört der Patient/die Patientin fachgerecht im Transportraum gesichert. Das ist auch für die Ausrüstungsgegenstände wichtig, da diese ansonsten bei abrupten Fahrmanövern gefährlich werden können. Der Transport selbst hat zwar zügig, vorrangig aber sicher und schonend zu erfolgen. Hierbei hat der Einsatzlenker/die Einsatzlenkerin besondere Rücksicht auf den Patienten/die Patientin, aber auch auf die anderen VerkehrsteilnehmerInnen zu nehmen. Das Lenken eines Einsatzfahrzeuges erfordert viel Erfahrung und Geschick. Gemäß der Straßenverkehrsordnung gilt auch für im Einsatz befindliche Fahrzeuge (Verwendung von Blaulicht und Folgetonhorn), dass Rot zeigende Ampeln nicht überfahren werden dürfen. Der Lenker/die Lenkerin muss vorher das Fahrzeug vollständig zum Stillstand bringen und sich überzeugen, dass keine anderen Verkehrsteilnehmer gefährdet werden. Während des Transports muss der Patient/die Patientin kontinuierlich überwacht werden, um bei etwaigen Zustandsänderungen sofort intervenieren zu können. Medizinische Geräte, wie zum Beispiel ein EKG-Monitor müssen fachgerecht nach dem Medizinproduktgesetz vom Personal beherrscht werden. Auch der Verlauf sowie die gesetzten Maßnahmen des Transports gehören einwandfrei dokumentiert. Diese Informationen sind im Krankenhaus auszutauschen, und der Patient/die Patientin muss einem Arzt/einer Ärztin oder diplomiertem Personal direkt übergeben werden. Danach erfolgt die Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft und gegebenenfalls die Desinfektion des Fahrzeuges bzw. der Ausrüstung.

Ein Sanitäter/eine Sanitäterin hat also ein sehr weites Spektrum von Fertigkeiten, die neben einem hohen Wissensstand ständig beherrscht werden müssen. Einsätze außerhalb der Norm, welche selten vorkommen, wie zum Beispiel Kindernotfälle, Unfälle mit mehreren Verletzten usw. erhöhen den Druck, da auch diese Situationen gemeistert werden müssen. Dazu ist permanentes Training notwendig, da nur so Abläufe und Wissen verinnerlicht werden. Zusätzlich zur psychischen

Belastung birgt der Einsatzdienst aufgrund unterschiedlicher Gefahrenquellen, sowie durch das Heben von schweren Lasten eine enorme körperliche Belastung.

2.1.5 Ausbildung und Tätigkeitsbereich des Rettungsdienstpersonals

Im Rettungsdienst teilt sich das Personal in NotärztInnen (NA) und SanitäterInnen auf. Beim nichtärztlichen Personal gibt es RettungssanitäterInnen (RS), welche die unterste Ausbildungsstufe darstellen, NotfallsanitäterInnen (NFS), NotfallsanitäterInnen mit allgemeiner (Notkompetenz Arzneimittelgabe NKA, Notkompetenz Venenzugang NKV) und NotfallsanitäterInnen mit besonderer Notfallkompetenz (Notkompetenz Intubation NKI). Die Ausbildungsstufen bauen aufeinander auf, d.h. sie müssen nacheinander in chronologischer Reihenfolge unter bestimmten Voraussetzungen absolviert werden.

RettungssanitäterIn

Dem Rettungssanitäter/der Rettungssanitäterin ist die eigenverantwortliche Anwendung von Maßnahmen der qualifizierten Ersten Hilfe, Sanitätshilfe und Rettungstechnik erlaubt¹⁹. Die Ausbildung setzt sich aus 100 Stunden Theorie, sowie 160 Stunden Praktikum zusammen, umfasst also eine Gesamtsumme von 260 Stunden. Berufliche MitarbeiterInnen müssen zusätzlich das 40-stündige Berufsmodul absolvieren.

Ein Rettungssanitäter/eine Rettungssanitäterin darf mit dieser Ausbildung alleine und eigenverantwortlich kranke, verletzte und sonstige hilfsbedürftige Personen betreuen, welche medizinischer Betreuung bedürfen, vor und während des Transportes, sofern diese keine NotfallpatientInnen sind. Ebenfalls eingeschlossen ist die fachgerechte Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung sowie die Blutentnahme aus der Kapillare zur Notfalldiagnostik (Blutzuckermessung).²⁰ Diese Kompetenz wurde erst im Jahr 2007 eingeführt. Jedoch weigern sich noch manche Rettungsorganisationen, ihre MitarbeiterInnen

¹⁹ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.4.

²⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Sanitätergesetz, Fassung vom 03.07.2012 §9. (1) 1.

diese Tätigkeit durchführen zu lassen. Diese werden von den Organisationen nicht darin geschult; ebenso ist die notwendige Ausrüstung nicht vorhanden. Die Blutzuckermessung dürfen allerdings sogar pflegende Angehörige übernehmen. RettungssanitäterInnen dürfen selbstständig PatientInnen im Rahmen eines Transportes übernehmen, übergeben, bei auftretenden Akutsituationen Hilfestellung leisten und bei Bedarf Sauerstoff verabreichen. Des Weiteren sind sie zur qualifizierten Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen sowie zur sanitätsdienstlichen Durchführung von Sondertransporten befugt. Der Sanitäter/die Sanitäterin hat die volle Verantwortung für seine gesetzten Maßnahmen zu tragen – ebenso für unterlassene. Die im Gesetz vorgegebenen Kompetenzen begrenzen das Tätigkeitsfeld des Rettungssanitäters/der Rettungssanitäterin. ÄrztInnen dürfen SanitäterInnen somit nur Anordnungen geben, welche basierend auf den erlaubten Maßnahmen in ihrem Kompetenzbereich liegen. Eine Überschreitung dieser hat straf- und zivilrechtliche Konsequenzen zur Folge.²¹ Für RettungssanitäterInnen wurde gesetzlich keine Mithilfe bei ärztlichen Maßnahmen verankert.²² Sie sind zwar zur Unterstützung des (not-)ärztlichen Personals berechtigt, aber nur soweit es ihr Tätigkeitsbereich zulässt. Unter besonderen Umständen darf ein Arzt/eine Ärztin einen Rettungssanitäter/eine Rettungssanitäterin außerhalb seines/ihrer Tätigkeitsbereiches jedoch als sogenannte Hilfsperson einsetzen, welche nach klar gegebenen Anordnungen des Arztes/der Ärztin und unter ständiger Aufsicht dessen/derer handelt. Das wäre in der Praxis beispielsweise das Aufziehen eines Medikamentes, Vorbereiten einer Infusionslösung, Bereitstellung von sämtlichen Intubationsmaterialien etc. So eine Situation kann auftreten, wenn beispielsweise ein nur mit RettungssanitäterInnen besetztes Fahrzeug zu einem Notfall kommt, wo auch ein Arzt/eine Ärztin anwesend ist oder bei dem suboptimalen Fall, dass eine Transportbegleitung durch den Notarzt/die Notärztin erfolgt und sich kein Notfallsanitäter/keine Notfallsanitäterin im Rettungsfahrzeug befindet. Die Verfahrensweise, den Notarzt/die Noärztin mit dem/der RS, welcher/welche zumeist keine Einschulung auf Geräte wie zum Beispiel EKG-Monitor oder Beatmungsmaschine hat, beim Transport alleine zu lassen fällt somit in einen rechtlichen Grau-

²¹ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S. 20.

²² Vgl. Andraus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.201.

bereich. Die in der Rettungssanitäter-Ausbildung erworbenen Kenntnisse bilden hierbei die Grenze, definiert das SanG doch notärztliche Assistenz als Tätigkeitsbereich des/der NotfallsanitäterIn.²³

Bei NotfallpatientInnen muss zwingender Weise ein Notarzt nachalarmiert werden. Solche sind im Sinne des Sanitätergesetzes PatientInnen, bei denen im Rahmen einer Erkrankung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, einzutreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist. Sofern diese Umstände nicht gegeben sind und ein Notarztmittel alarmiert worden ist, darf dieser vom/von der RettungssanitäterIn auf eigene Verantwortung storniert werden.²⁴

NotfallsanitäterInnen

Sie sind der geringste Anteil des Rettungsfachpersonals im österreichischen Rettungsdienst.²⁵ Die Ausbildung zum/zur NotfallsanitäterIn kann nach 160 Stunden absolvierter Tätigkeit als RettungssanitäterIn sowie einem Einstiegstest begonnen werden und beinhaltet 160 Stunden Theorieunterricht, 40 Stunden Krankenhaupraktikum sowie 280 Stunden Praktikum auf einem Sonderrettungsmittel wie zum Beispiel auf einem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) oder Notarztwagen (NAW). Somit kommt man auf eine Summe von 940 Stunden, rechnet man die Rettungssanitäter-Ausbildung dazu. Dabei kann das Praktikum auch mit 160 Stunden innerklinisch und 160 Stunden auf einem Sonderrettungsmittel absolviert werden. Die Allgemeine Notfallkompetenz erfordert insgesamt 90 Stunden Ausbildung: 40 Stunden Theorie für NKA, 10 Stunden Theorie und 40 Stunden Krankenhaus-Praktikum für NKV. Die höchste in Österreich erreichbare Ausbildungsstufe NKI kann mit 30 Stunden Theorie, sowie 80 Stunden OP- / Intensivpraktikum erreicht werden, Voraussetzung sind mindestens 500 Stunden, welche in einem Notarzt-

²³ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S. 21ff.

²⁴ Vgl. Andreass, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, 3Dissertation, Wien S.21.

²⁵ Vgl. Gschnaller, B. (2012): Notkompetenzen im Rettungsdienst Österreich, Saarbrücken. S.10.

dienst absolviert wurden. Summiert ergibt diese Ausbildungsstufe eine Stundenanzahl von 1640 – rechnet man auch die abzuleistenden Stunden mit ein.²⁶

Das Aufgabengebiet des Notfallsanitäters/der Notfallsanitäterin umschließt zusätzlich zu den Aufgaben des Rettungssanitäters/der Rettungssanitäterin, die im Gegensatz zum/zur Rettungssanitäterin die zum Teil eigenverantwortliche Versorgung von NotfallpatientInnen, sowie deren Transport und die Unterstützung des Notarztes/der Notärztin. Dabei wollte man das bestehende System nicht in eines mit sogenannten „Paramedics“ wie in angloamerikanischen Ländern umwandeln, wo ÄrztInnen im Rettungsdienst kaum vorhanden sind. Man wollte mit dem Notfallsanitäter/der Notfallsanitäterin eine hochwertige Fachkraft für den Rettungsdienst schaffen, welche eigenverantwortlich agieren darf und ebenso dem Notarzt/der Notärztin als hochqualifizierte Assistenzkraft zur Verfügung stehen kann.²⁷

NotfallsanitäterInnen wenden bei der Erstversorgung akut verletzter oder erkrankter PatientInnen diagnostische Tätigkeiten an und verwenden dabei Pulsoxymeter, EKG, Blutdruckmesser, Blutzuckermessgeräte, und kontrollieren die Pupillen. Zusätzlich sind Tätigkeiten zur notwendigen Gefahrenabwehr zu setzen wie die Verabreichung von Arzneimitteln, Beatmung, Herzdruckmassage und das Absaugen der oberen Atemwege.²⁸

Allgemeine Notfallkompetenzen können von NotfallsanitäterInnen zusätzlich erworben werden, in dem sie o.g. Ausbildungen absolvieren. Die Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NKA) erlaubt die Gabe von durch den verantwortlichen ärztlichen Leiter der Organisation freigegebenen Arzneimitteln (=Arzneimittelliste 2). Die Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion (NKV) berechtigt zur Punktion peripherer Venen und Infusion von kristalloiden Lösungen. Die Notfallkompetenzen sind allerdings nur zulässig um unmittelbare Gefahren für Leben oder Gesundheit des Notfallpatienten/der Notfallpatientin abzuwenden, sofern keine anderen Maßnahmen zur Verfügung stehen. Sie dürfen auf Anweisung des ärztlichen Personals angewandt werden oder dann, wenn der Notfallsanitäter/die Notfallsani-

²⁶ Vgl. Rechtsvorschrift für Sanitäter-Ausbildungsverordnung, Fassung vom 01.07.2012.

²⁷ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.22.

²⁸ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.71.

täterin die Verständigung des Notarztes/der Notärztin durchgeführt oder veranlasst hat.²⁹ Dabei führt das Gesetz nicht näher aus, welche Konsequenz diese Verständigung haben soll. Eine ausdrückliche Nachalarmierung ist nicht gefordert, jedoch wird dies die übliche Reaktion sein.

Die besondere Notfallkompetenz NKI berechtigt zur Durchführung der endotrachealen Intubation (Einbringen eines Luftschlauches zur künstlichen Beatmung) ohne Prämedikation und der endotrachealen Vasokonstriktorapplikation. Diese Notfallkompetenz muss vom ärztlichen Leiter/von der ärztlichen Leiterin der jeweiligen Rettungsorganisation schriftlich freigeben werden.³⁰

Tab. 1: Übersicht der Ausbildung des nichtärztlichen Personals³¹

	Theorie-Stunden	Praxis-Stunden	Gesamt
RS	100	160	260
RS Berufsmodul	40		40
NFS	160	320	480
NFS NKA	40		40
NFS NKV	10	40	50
NFS NKI	30	80	110
Summe	380	600	980

Fortbildung und Rezertifizierung

Das Sanitätergesetz gibt im § 50 eine Fortbildungspflicht aufgrund der ständigen medizinwissenschaftlichen Weiterentwicklung vor. Somit ist die Qualitätssicherung gesetzlich verankert. SanitäterInnen sind einerseits verpflichtet, sich selbstständig über die neuesten berufseinschlägigen Entwicklungen und Erkenntnisse zu informieren und andererseits auch die in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb von jeweils zwei Jahren zu vertiefen. Dies erfolgt durch den

²⁹ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.23.

³⁰ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.24.

³¹ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.157.

Besuch von Fortbildungen mit einem Mindeststundenausmaß von 16 Stunden da ansonsten die Tätigkeitsberechtigung erlischt.³²

Zusätzlich wird in § 51 festgelegt, dass SanitäterInnen ihre Kenntnisse im Bereich der Herz-Lungen-Wiederbelebung einschließlich der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten binnen zwei Jahren durch qualifiziertes ärztliches Personal überprüfen lassen müssen.³² Das Bestehen dieser Rezertifizierung berechtigt zur weiteren Durchführung der Tätigkeit für zwei Jahre, ansonsten ruht sie bis zur erfolgreichen Absolvierung.

NotfallsanitäterInnen mit der besonderen Notfallkompetenz (NKI) müssen ihr Wissen und ihre Fertigkeiten ebenfalls alle zwei Jahre von einem qualifizierten Arzt/einer qualifizierten Ärztin überprüfen lassen.

Für LehrsanitäterInnen definiert das SanG nur folgende Vorgaben: Ausbildung im betreffenden Unterrichtsfach, fachliche und pädagogische Eignung, abgeschlossene Ausbildung zum Sanitäter in der zu unterrichtenden Stufe, eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit und die Absolvierung von 40 Stunden einschlägiger Fortbildung innerhalb von fünf Jahren.³³

Die Ausbildung zum Leitstellenmitarbeiter/zur Leitstellenmitarbeiterin wird nicht gesondert geregelt.

2.1.7 Gesundheitswesen in Österreich

Das Gesundheitssystem in Österreich gründet auf dem Solidaritätsprinzip, das heißt jeder/jede hat unabhängig von der Höhe der Beitragszahlungen Anspruch auf alle angebotenen Leistungen des Gesundheitssystems. Die Sicherung der Gesundheit ist eine öffentliche Aufgabe, deren Ausgaben sich neben den eingangs erwähnten Beitragszahlungen auch aus Steuergeldern und privaten Mitteln (z.B. Rezeptgebühr, Selbstbehalte, private Krankenversicherungen) finanzieren.

³² Vgl. Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten u. Beruf d. Sanitäter (Sanitätergesetz -SanG) S.19.

³³ Vgl. Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten u. Beruf d. Sanitäter (Sanitätergesetz -SanG) S.18.

Die Zuständigkeiten für die Verwaltung und Finanzierung ist unter Bund, Ländern, Gemeinden und den Sozialversicherungsträgern aufgeteilt.³⁴

Bereits in frühen Jahren war das Spitalswesen in Österreich sehr gut ausgebaut. So wurde schon 1784 von Josef II. das Allgemeine Krankenhaus in Wien gegründet. Seine Ursprünge hat das österreichische Gesundheitssystem im 19. Jahrhundert, als der Wohlfahrtsstaat implementiert und mit dem Reichssanitätsgesetz von 1870 die gesetzlichen Grundlagen geschaffen wurden. Nach dem Ersten Weltkrieg kam es unter der sozialdemokratischen Regierung zu einem Ausbau der Sozialversicherung. Nachdem mit der Annexion 1939 neue Vorschriften in Kraft traten, wurde die Sozialversicherung nach dem Zweiten Weltkrieg auf neue Beine gestellt. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) umfasst die Kranken-, Unfall- sowie Pensionsversicherung für Angestellte und Arbeiter (sowie die Krankenversicherung von PensionistInnen). Es ist in seiner ursprünglichen Form seit 1. Jänner 1956 gültig und wurde seither durch zahlreiche Novellen ergänzt bzw. erweitert.³⁵

Ca. 98 Prozent der in Österreich lebenden Menschen sind durch diese Pflichtversicherung geschützt. Obwohl diese Versicherung an Erwerbstätigkeit geknüpft ist, sind z.B. Familienangehörige mitversichert; Sonderregelungen gelten etwa für Menschen, die die bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen: Diese werden von den jeweiligen Bundesländern krankenversichert und erhalten die eCard.

Rund ein Drittel der Bevölkerung ist privat Zusatzversichert. Menschen ohne jegliche Versicherung müssen selbst für die Kosten von in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen aufkommen – hiervon ausgenommen sind jedoch medizinisch indizierte Erste-Hilfe-Leistungen, die immer von der öffentlichen Hand übernommen werden. Nicht dazu gehören allerdings beispielsweise alkoholisierte Patienten. Diese Einsätze müssen die Rettungsorganisationen selber bezahlen.

Nebst den erwähnten Erste-Hilfe-Leistungen ist das öffentliche Gesundheitssystem verantwortlich für die ambulante und stationäre Versorgung sowie für Gesundheitsförderung und Prävention, die stetig bedeutender werden.

³⁴ Vgl. http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheitswesen_2010.pdf

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich 2009.

³⁵ Vgl. Hofmarcher M, Rack H: Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO.

Die Ausgaben für die Gesundheit wurden von der Statistik Austria in „Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990 - 2010, in Mio. EUR“ veröffentlicht³⁶ und für das Jahr 2010 mit ca. 31,4 Mrd. Euro beziffert. Darin inkludiert sind sowohl Leistungen der direkten Gesundheitsversorgung als auch Investitionen zur Ausweitung und Erhaltung bestehender Einrichtungen. Das entspricht elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

Den größten Teil macht mit 40,2 Prozent die stationäre Versorgung aus, gefolgt von der ambulanten Versorgung (ca. 24 Prozent) und Arzneimitteln (ca. 16 Prozent)

Die Ausgaben für „Krankentransport und Rettungsdienste“ belaufen sich auf 0,97 Prozent im Jahr 2010, das sind 306 Mio. Euro.

2.2 Geschichte des österreichischen Rettungswesens

Traumatisiert von den Geschehnissen bei der Schlacht von Solferino in der Lombardei / Italien im Jahr 1859 gründete der Schweizer Geschäftsmann Henry Dunant das Rote Kreuz. Das Rettungswesen in Österreich kann mittlerweile auf eine über 130-jährige Geschichte zurückblicken. Am 14.03.1880 wurde das Österreichische Rote Kreuz gegründet. Auch in Wien ereignete sich ein bedeutendes Ereignis, welches Auslöser für die Entstehung eines organisierten Rettungswesens in der Bundeshauptstadt war: Die große Katastrophe beim Brand des Wiener Ringtheaters bei der über 350 Menschen den Tod fanden. Daraufhin wurde noch im selben Jahr – 1881 – die „Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft“ gegründet. Jedoch waren die damaligen Möglichkeiten nicht mit dem heutigen Rettungswesen vergleichbar.³⁷

In Graz wurde im Jahr 1889 durch zwei Ärzte eine Rettungsabteilung innerhalb der Stadtfeuerwehr gegründet, aus welcher das Medizinercorps hervorging. Die-

³⁶ Vgl. Webseite Statistik Austria:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html vom 05.10.2012.

³⁷ Vgl. Hansak, P. et al (2010): LPN Notfall-San Österreich, Edeweicht S.1142.

ses existiert auch heute noch als Teil der Rotkreuz-Bezirksstelle Graz Stadt. Die Idee den Arzt/die Ärztin zum verunfallten oder erkrankten Opfer zu bringen um dieses vor Ort zu versorgen und anschließend zu transportieren, existiert also schon lange.

Nach der Entstehung von freiwilligen Rettungsabteilungen entstand im Jahre 1892 eine Vereinbarung zwischen der „Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz“, dem Österreichischen Feuerwehrausschuss und dem k. u. k. Kriegsministerium zur Bildung von Krankentransportkolonnen innerhalb der Feuerwehren, welche in Kriegszeiten zum Einsatz kommen sollten. Jedoch sollte diese Funktion auch in Friedenszeiten aufrecht erhalten werden. In Abstimmung mit dem Österreichischen Roten Kreuz wurde deren Symbol als markantes Erkennungszeichen festgelegt.

Erst in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg wurden die Transportmöglichkeiten erweitert: Transportkutschen waren nicht mehr zweckmäßig und es wurden die ersten motorisierten Krankenwagen eingesetzt. In den 1930er Jahren erweiterte sich das Rettungswesen – es wurde nun ein Teil innerhalb der Feuerwehren und teilweise auch im Rahmen von kleinen, eigenständigen Verbänden, darunter auch Rotkreuz-Hilfsvereine. Es wird deutlich, dass der Grundstein für das Rettungswesen die Tätigkeit von Freiwilligen war und es bis heute noch geblieben ist.

Im Jahr 1938, als Österreich an das Deutsche Reich angeschlossen wurde, wurden die bisher der Feuerwehr zugehörigen Rettungsabteilungen aufgelöst und gemeinsam mit anderen zivilen Rettungsdiensten in die Strukturen des Dritten Reichs überführt. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg konnte mit Hilfe der Besatzungsmächte das Rettungswesen bundesweit wieder aufgebaut werden.³⁸

Lange herrschte die einhellige Meinung vor, dass der Patient/die Patientin schnellstmöglich ins Krankenhaus gebracht werden musste („load and go“ - System). So wurden teilweise schwerstverletzte Unfallopfer einfach nur eingeladen und ins Krankenhaus transportiert. Doch diese Sichtweise änderte sich zusehends, bis schlussendlich die ersten Notarztsysteme eingeführt wurden. Bereits 1958 wurde in der voestalpine der europaweit erste Notarztwagen eingeführt,

³⁸ Vgl. Hansak, P. et al (2010): LPN Notfall-San Österreich, Edeweicht S.1143.

1974 folgte dann die Einführung in Linz. Seit 1983 kam es zur österreichweiten Stationierung von Notarzthubschraubern.³⁹ Mit heutigem Stand verfügt Österreich nun über ein gut ausgebautes Netz an bodengebundenen und auch luftunterstützten Sonderrettungsmitteln.

2.3 Beispiel Rotes Kreuz Oberösterreich

2.3.1 Geschichte und Entwicklung des ÖÖRK

Das internationale Rote Kreuz wurde im Jahr 1859 durch Henry Dunant anlässlich der Schlacht von Solferino gegründet. Bereits fünf Jahre später wurde das markante Symbol des roten Kreuzes auf weißem Grund durch die Genfer Konvention zur „Verbesserung des Schicksals der verwundeten und erkrankten Soldaten der Armeen im Felde“ international festgelegt und sollte so die Helfer kennzeichnen. Weltweit entstanden Rotkreuz-Gesellschaften, im Jahr 1880 entstand das Österreichische Rote Kreuz. Der zivile Rettungs- und Krankentransportdienst ist nur bei wenigen nationalen Rotkreuz-Gesellschaften ein elementarer Bestandteil – in Österreich wurde dieser erst nach dem Zweiten Weltkrieg von den Feuerwehr-Rettungsabteilungen übernommen. Bis dahin unterstützte das ÖRK diese; das Erkennungszeichen des roten Kreuzes wurde dabei schon eingesetzt.⁴⁰ Jedoch gab es bereits 1866 einen organisierten militärischen Rettungsdienst des (internationalen) Roten Kreuzes in Österreich beim Krieg gegen Preußen. Nach dem Zweiten Weltkrieg begann man ein flächendeckendes Ortsstellennetz in ganz (Ober)österreich aufzubauen. Dabei stand das primäre Ziel im Vordergrund, den Rettungs- und Krankentransportdienst auf freiwilliger und unentgeltlicher Basis zu betreiben.

Im Jahr 1994 erfolgte die Komplettierung der flächendeckenden notärztlichen Versorgung in Oberösterreich.⁴¹

³⁹ Vgl. Hansak, P. et al (2010): LPN Notfall-San Österreich, Edeweicht S.1144.

⁴⁰ Vgl. Hansak, P. et al (2010): LPN Notfall-San Österreich, Edeweicht S.1149.

⁴¹ Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Oberösterreich (2007): Der Weg zur Führung, Linz S.43.

Präsident des Oberösterreichischen Roten Kreuzes ist Dr. Walter Aichinger.

2.3.2 Organisation und Struktur des OÖRK

Das Oberösterreichische Rote Kreuz ist Teil des Österreichischen Roten Kreuzes und somit einer von insgesamt neun Landesverbänden. Das OÖRK ist in der Rechtsform eines gemeinnützigen/mildtätigen Vereins nach dem Vereinsgesetz gegründet worden. Alle Aufgaben werden im Sinne gemeinnütziger Absicht und nicht auf Gewinnorientierung wahrgenommen. Das Oberösterreichische Rote Kreuz wird organisatorisch in einzelne Geschäftsbereiche aufgeteilt. Basierend auf den politischen Bezirken im Bundesland erfolgt eine Aufteilung auf 17 Bezirksstellen. Zusätzlich erfolgt eine Aufsplitterung der Geschäftsbereiche in einzelne Tätigkeitsbereiche, auch Sparten genannt. Der Rettungs- und Krankentransportdienst (RKT) mit der Subsparte Zivildienst ist eine dieser Sparten. Ebenso ist der Bereich Sonderrettungsmittel ein eigener Bereich.⁴²

2.3.3 Rettungs- und Krankentransportdienst im OÖRK

Der Großteil der erbrachten Arbeitsleistung im Rettungs- und Krankentransportdienst wird von über 9.300 ehrenamtlichen MitarbeiterInnen erbracht, welche vorwiegend die Nacht- und Wochenenddienste übernehmen. Diesem großen Anteil stehen knapp 500 berufliche MitarbeiterInnen und ca. 570 Zivildienstler gegenüber, welche zumeist die Dienste untertags besetzen.

Der Rettungs- und Krankentransportdienst ist einer der größten Leistungsbereiche im OÖRK und auf die einzelnen Bezirksstellen aufgeteilt. Diese sind wiederum in einzelne Ortsstellen untergliedert.

In Oberösterreich gibt es grundsätzlich keine Unterteilung zwischen RTW und KTW – die Fahrzeuge werden als SEW (Sanitätseinsatzwagen) bezeichnet und sind sowohl für Notfallrettung, als auch für Krankentransporte und Sozialfahrten zuständig. In ganz Oberösterreich sind ca. 300 SEW in 84 Dienststellen im Einsatz.

⁴² Vgl. Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Oberösterreich (2007): Der Weg zur Führung, Linz S.47.

2.3.4 Notarztdienst im OÖRK

In den Zuständigkeitsbereich des OÖRK fallen 19 bodengebundene Sonderrettungsmittel, sowie zwei Notarzthubschrauber: Christophorus 10, stationiert am Flughafen Linz-Hörsching und Christophorus Europa 3, stationiert in Suben. Die Notarzthubschrauber werden in Kooperation mit dem ÖAMTC Flugrettungsverein, ein Tochterverein des ÖAMTC, betrieben; bei Europa 3 wechselt sich dieser als grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit Deutschland mit dem ADAC ab.

In Oberösterreich geht man vom Kompaktsystem mit NAWs zum Rendez-Vous-System mit NEF und RTW über. Aktuell gibt es 14 NEF und nur mehr drei NAW in Oberösterreich. Diese sollen auf Entscheid des Landes in Zukunft auch auf NEF umgestellt werden. Zusätzlich gibt es in der voestalpine sowie im Chemiepark Linz einen NAW. Diese decken jedoch nur das eigene Gebiet ab. Linz war – sieht man vom ersten NAW in der voestalpine ab – die Stadt mit dem ersten Notarztmittel im Jahr 1974.

2.3.5 Personal und Ausbildung im OÖRK

Im Roten Kreuz Oberösterreich sind ca. 9.000 RettungssanitäterInnen und knapp 250 NotfallsanitäterInnen tätig. Außerdem versehen mittlerweile einige BerufsfindungspraktikantInnen ihren Dienst im OÖRK. NFS sind hauptsächlich in Notarztssystemen zu finden. Die besondere Notfallkompetenz NKI wird nicht ausgebildet und kommt auch nicht zur Anwendung, da diese durch einen Chefarzt-Beschluss nicht freigegeben wurde.

Die meisten Rettungsfahrzeuge sind mit zwei RettungssanitäterInnen besetzt. Das Sanitätergesetz erlaubt seit 2007 zwar die Blutzuckermessung, jedoch werden die RettungssanitäterInnen aktuell nicht darin ausgebildet. So muss bei Bedarf ein Notarztmittel nachalarmiert werden.

Einige Bezirke haben gut trainierte Bewerbungsgruppen eingerichtet, welche bei nationalen Sanitätshilfebewerben und internationalen Erste-Hilfe-Bewerben wie beispielsweise der FACE (First Aid Competition) erfolgreich sind.

2.3.6 Materialeinsatz im OÖRK

Das reguläre Einsatzmittel in der Notfallrettung ist ein Transporter, Marke Volkswagen T5 mit aufgesetztem Hochdach. Die Fahrzeuge sind für die Erstversorgung ausgestattet. EKG-Monitor, Beatmungsmaschine und dergleichen sind nicht vorhanden. Als Defibrillator kommen Geräte des Typs Lifepak 500 zum Einsatz, welche schrittweise durch neuere Lifepak 1000 ersetzt werden. Diese Geräte sind so eingestellt, dass nur die Analyse- und die Schocktaste betätigt werden kann – erweiterte Funktionen wie zum Beispiel eine EKG-Anzeige wurden gesperrt. Pulsometer oder Blutzuckermessgeräte sind in den Fahrzeugen bislang nicht vorhanden, weswegen sie laut ÖNORM EN 1789 als Rettungsdienstfahrzeuge des Typs A klassifiziert werden müssen.



Abb. 1: Sanitätseinsatzwagen des OÖRK (© OÖRK)

2.3.7 Zusammenfassung und Ausblick⁴³

Das Oberösterreichische Rote Kreuz greift auf eine breite Basis von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zurück, wo sogar die Anzahl der geleisteten freiwilligen Stunden gesteigert werden konnte. Präsident Dr. Walter Aichinger erwähnt im

⁴³ Basierend auf einem persönlichen Gespräch mit OÖRK Präsident Dr. Walter Aichinger am 06.08.2012.

persönlichen Gespräch, dass jeder/jede dritte freiwillige MitarbeiterIn im Österreichischen Roten Kreuz in Oberösterreich tätig ist, was allerdings auch andere Sparten und nicht nur den Rettungsdienst miteinschließt. Die Freiwilligkeit gewährleistet somit die rettungsdienstliche Versorgung der oberösterreichischen Bevölkerung. Der Rettungsdienst interagiert gut mit dem Krankentransportdienst und gewährleistet so auch in der Peripherie eine flächendeckende Versorgung, was sich positiv auf die Vorhaltekosten auswirkt. Für besondere Notfälle stehen die Sonderrettungsmittel zur Verfügung. Die Ehrenamtlichkeit soll laut Dr. Aichinger aufrecht erhalten werden. Dabei geht es aber nicht nur um die Kosten, sondern auch um eine emotionale Frage. Es sei wichtig ein passendes geistiges Umfeld zu schaffen um eine freiwillige Tätigkeit auch weiterhin zu ermöglichen, denn dies habe Bedeutung für die Gesellschaft. Ebenso von Bedeutung ist es, die Bevölkerung in Erster Hilfe zu schulen.

Eine Herausforderung ergibt sich durch sich verändernde Siedlungsstrukturen und einen absehbaren Mangel an niedergelassenen Ärzten. Dabei muss die Bevölkerungsentwicklung im Auge behalten werden. Das langfristige Ziel könnte dabei lauten, einen gewissen Anteil der medizinischen Versorgung vor Ort durchzuführen. Eine Erhöhung der Transporte, sowie eine dadurch verursachte Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen ist dabei allerdings nicht zielführend. Sie sollen bzw. müssen im Gegenteil sogar entlastet werden. Um hier Lösungen anbieten zu können, ist es notwendig, mit allen Partnern wie Land, Gemeinden, Ärzteschaft, sowie Pflegekräften an einem Strang zu ziehen. Auch ist die Schaffung einer Zwischenstruktur denkbar, welche für soziale Hilfestellungen im weitesten Sinne einspringt, da der Rettungsdienst nicht zusätzlich belastet werden soll. Auch das Bewusstsein der Bevölkerung bzw. die Verantwortung für die eigene Gesundheit ist wichtig, da es sonst zu einer enormen Belastung für das Gesundheitssystem kommen wird.

Sofern die medizinische/ärztliche Versorgung im ländlichen Bereich schwieriger wird, muss man in der Ausbildung noch weitere Schritte in Bezug auf diagnostische Fertigkeiten gehen. Als Extrembeispiel wäre hier das Paramedic-System wie in den nordischen Ländern zu diskutieren, sofern nicht rechtzeitig gegengesteuert wird. Das würde allerdings vermutlich das Ende für das Freiwilligen-System bedeuten. Aktuell ist der Ausbildungsstand aber adäquat und es soll laut Präsident

Dr. Aichinger die Anzahl der NotfallsanitäterInnen beim OÖRK nicht erhöht werden.

2.4 Beispiel Wiener Berufsrettung

2.4.1 Geschichte der Wiener Berufsrettung

Der Brand des Wiener Ringstraßentheaters im Jahre 1881 war ausschlaggebend für die Gründung der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“. Es folgte die Einrichtung von Rettungsstationen im ersten Wiener Gemeindebezirk und bereits 1889 wurde eine Rettungszentrale in Betrieb genommen. Diese wurde 1897 bereits verlegt und ist bis heute in der Radetzkystraße am Donaukanal zu finden. Das Jahr 1938 führte dazu, dass die freiwillige Rettungsgesellschaft von der Stadt Wien übernommen wurde und als „Städtische Sanität“ der Feuerwehr angegliedert wurde. Kurz darauf erfolgte daraus die Schaffung des „Rettungs- und Krankenbeförderungsdienstes“, welcher zunächst an das Gesundheitsamt, später (bis 1991) dem Anstaltenamt angegliedert war. Seit 1991 ist der Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien eine eigene Magistratsabteilung (MA 70). 1977 entstand die „Wiener Rettungsgemeinschaft“ in Kooperation mit Rotem Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Malteser Hilfsdienst und Johanniter-Unfall-Hilfe.⁴⁴ Im Jahre 1987 wurde die Bettenzentrale von der Polizei übernommen und ein mehrstufiges Notfallsystem eingeführt mit Notarztwagen, Rettungstransportwagen und Krankentransportwagen. 1991 wurde der Hubschrauberbetrieb aufgenommen und zehn Jahre später, 2001, wurde die neue Rettungszentrale eröffnet.⁴⁵

2.4.2 Organisation der Wiener Berufsrettung

Die Wiener Berufsrettung ist eine Magistratsabteilung der Gemeinde Wien, auch bekannt unter der Kurzform „MA 70“ oder umgangssprachlich als „Berufsrettung Wien“ bezeichnet, welche den landesgesetzlichen Auftrag zur Aufrechterhaltung

⁴⁴ Vgl. Hansak, P. et al (2010): LPN Notfall-San Österreich, Edeweicht S.1149.

⁴⁵ Vgl. Webseite Wiener Rettung <http://www.wien.gv.at/rettung/geschichte.html> vom 13.07.2012.

des Rettungsdienstes erfüllt.⁴⁶ Sie gehört zur Geschäftsgruppe Gesundheit- und Soziales; der Leiter ist Mag. Dr. Rainer Gottwald, MBA. Insgesamt sind bei der Wiener Berufsrettung ca. 750 MitarbeiterInnen beschäftigt.

2.4.3 Rettungsdienst der Wiener Berufsrettung

Der Rettungsdienst wird gemeinsam mit befreundeten Organisationen im Rahmen der Wiener Rettungsgemeinschaft abgewickelt. Die Wiener Rettung betreibt die Leitstelle, wo alle Notrufe einlangen. Pro Jahr sind dies ca. 290.000. Krankentransporte werden – mit wenigen Ausnahmen – nicht von der Wiener Berufsrettung, aber von befreundeten Organisationen durchgeführt.

Zwölf Standorte im Stadtgebiet Wiens gewährleisten eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung von denen jährlich ca. 170.000 Einsätze abgewickelt werden. Dabei steigt diese Zahl pro Jahr um 7- 8%. Bei 60-70% der Einsätze stellt sich im Nachhinein – in der Regel auf Grund der wesentlich besseren diagnostischen Möglichkeiten im Krankenhaus – heraus, dass es auch andere Möglichkeiten der medizinischen Hilfestellung gegeben hätte, was jedoch weder bei der Alarmierung der Rettung, noch vor Ort durch das Einsatzteam beurteilt werden kann. Hier wird die Diskrepanz zwischen der ex ante-Betrachtungsweise des Rettungsdienstes und der ex post-Betrachtungsweise der Krankenhäuser und der Kostenträger offensichtlich (siehe hierzu u.a. auch das Erkenntnis des OGH vom 27.1.2009, 10 ObS 99/08v). Kommt es zu einem Einsatz, wird zunächst das örtliche nächstgelegene Rettungsmittel – dies kann entweder ein eigenes Fahrzeug oder eines einer befreundeten Organisation sein - alarmiert. Ist kein geeignetes Rettungsmittel verfügbar, wird im Sinne des First Responder Systems auch auf Krankentransportfahrzeuge zurückgegriffen. Einlangende Krankentransporte werden nur im Ausnahmefall selbst übernommen, in der Regel werden diese an die Krankentransportfahrzeuge der befreundeten Organisationen weitervermittelt. Dies ermöglicht die Einhaltung einer relativ kurzen Hilfsfrist.

⁴⁶ Vgl. Webseite Wiener Rettung <http://www.wien.gv.at/rettung/> vom 13.07.2012.

2.4.4 Notarzteinsatz der Wiener Berufsrettung

Die Wiener Rettung betreibt 13 Notarzteinsatzfahrzeuge, zwei Notarztwagen, sowie in Kooperation mit dem Christophorus Flugrettungsverein den Notarzhubschrauber Christophorus 9, welcher in Aspern stationiert ist. In Wien wird das Rendez-Vous-System praktiziert. Jedoch ist es in diesem Fall nicht so, dass das RTW-Team in der Regel das NEF nachholt, sondern umgekehrt: Der (Not)arzt/die (Not)ärztin sieht zuerst den Patienten/die Patientin und fordert dann einen RTW zum Transport nach. In 14% der Fälle gibt es eine Belassung am Einsatzort.

Die NotärztInnen sind direkt bei der Wiener Berufsrettung angestellt.

2.4.5 Personal und Ausbildung der Wiener Berufsrettung

Das Personal setzt sich aus rein hauptberuflichen MitarbeiterInnen zusammen. Darunter gibt es ca. 550 SanitäterInnen, sowie 70 ÄrztInnen. Die SanitäterInnen untergliedern sich in 25 RettungshelferInnen, 199 RettungssanitäterInnen und 264 NotfallsanitäterInnen. Ein RTW besteht aus einer 3er-Besatzung, wovon mindestens ein Teammitglied Notfallsanitäter/Notfallsanitäterin ist.

Auf die Ausbildung wird besonders hoher Stellenwert gelegt. So gibt es eine eigene Rettungsakademie, an der auch externe Ausbildungen abgehalten werden und externe Personen teilnehmen können. Zusätzlich gibt es ein Trainingszentrum, wo realitätsnah geübt werden kann. Dabei wird beispielsweise eine Baustellen-Umgebung oder eine Wohnung nachgebildet, um praxisbezogen trainieren zu können. Darüber hinaus gibt es einen PKW-Überschlagssimulator. Die AusbilderInnen können das Geschehen per Videoanlage überwachen.

2.4.6 Materialeinsatz der Wiener Berufsrettung

Die Fahrzeugflotte besteht aus 62 Fahrzeugen. Davon gibt es 37 RTW, 13 NEF, einen Intensiv-Betten-Transporter, einen Neugeborenenintensivtransporter, sowie Sonderfahrzeuge.

Jeden Tag sind bis zu 35 Rettungswagen, zwei Notarztwagen, 13 Notarzteinsatzfahrzeuge, sowie ein Intensiv-Betten-Transporter im Einsatz. Bei den RTW handelt es sich um Fahrzeuge der Marke Volkswagen Crafter, einige Modelle LT35 sind ebenfalls noch im Einsatz. Sie sind mit Lifepak 12, Beatmungsmaschine, Laptop zur Einsatzdatenerfassung, sowie Medikamenten ausgestattet. Die Ausrüstung der NEFs vom Typ Volkswagen Caddy ist ähnlich.

Darüber hinaus gibt es einen Katastrophenzug, genannt „K-Zug“, welcher 1991 eingerichtet wurde. Dieser besteht aus acht Fahrzeugen. Darunter sind auch zwei Fahrzeuge immer einsatzbereit, welche mehrere Sitzplätze für leichtverletzte Personen bieten und beispielsweise bei Evakuierungen alarmiert werden. So können Betroffene leicht gesammelt und in geschützter Umgebung vorübergehend untergebracht sowie untersucht werden.

Für Fahrzeugreparaturen steht eine eigene Werkstätte zur Verfügung.



Abb. 2: RTW der MA70 (© Armin Reisinger)

2.4.7 Zusammenfassung und Ausblick

Die Wiener Rettung kann auf eine lange Geschichte zurückblicken. In Österreich ist sie die einzige reine Berufsrettung und als diese eine direkt von einer Gemeinde betriebene Rettungsorganisation.

Eine Herausforderung ergibt sich durch die wachsende Anzahl von Transporten, welche durch Bevölkerungsanstieg und sich verändernde Siedlungsstrukturen verursacht werden. Jedoch erfolgt laufend eine notwendige Anpassung.

Der hohe Qualitätslevel soll auf jeden Fall auch in Zukunft gehalten werden, wie Mag. Dr. Rainer Gottwald, MBA, Senatsrat und Leiter der Wiener Berufsrettung und Mag. Dr. Jochen Haidvogel, MBA, Wiener Rettungsdienstleiter, Abteilungsleiter-Stv. bei einem persönlichen Gespräch erläutern. Das beinhaltet auch das Notarztsystem, welches eine optimale PatientInnenversorgung garantiert. Jedoch muss auch das Berufsbild des Notarztes/der Notärztin attraktiv gehalten werden, um einem absehbaren Mangel entgegenzuwirken.

Ein Drittel der Ausgaben der Stadt Wien werden für das Gesundheits- und Sozialsystem aufgewendet und zeigt den wichtigen Stellenwert einer professionellen, zeitgemäßen Versorgung. Auch soll die derzeitige kurze Hilfsfrist von im Schnitt zwölf Minuten gehalten werden.

2.5 Beispiel Werksrettung voestalpine

2.5.1 Geschichte und Entwicklung der Werksrettung voestalpine

Der Rettungsdienst im Stahlwerk der voestalpine in Linz kann mittlerweile auf eine mehr als 60-jährige Geschichte zurückblicken. 1949 entstand die Ortsstelle VÖEST des Roten Kreuzes und garantierte mit drei Sanitätsfahrzeugen die rettungsdienstliche Versorgung des gesamten Werksgeländes. 1953 entschied die Werksleitung der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke die Errichtung einer unfallchirurgischen Station in enger Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Lorenz Böhler welche 1956 fertiggestellt wurde. Bereits zur damaligen Zeit wurde die Wichtigkeit einer effizienten medizinischen Notfallversorgung erkannt. Ebenso, dass außer den persönlichen, wie sozialen Vorteilen für den Verletzten eine hoch einzuschätzende betriebswirtschaftliche Bedeutung für das Unternehmen besteht. Jeder Unfall bedeutet nicht nur für den einzelnen Mitarbeiter/die einzelne Mitarbeiterin selbst massive gesundheitliche Einbußen, sondern in den meisten Fällen auch einen wirtschaftlichen Verlust für den Betrieb durch den Ausfall von Arbeitsleistung.

Das Jahr 1958 galt als Geburtsstunde für den ersten Notarztwagen Europas, welcher von Univ.-Prof. Dr. Fritz Wechselberger initiiert wurde. Das erste Mal kam der Arzt zum Patienten.

Bereits ab dem Jahre 1961 wurde ein Defibrillator im NAW mitgeführt, ein Gerät welches in Österreich erst seit 2003 allgemein in Rettungsfahrzeugen eingesetzt wurde. Auch wurde in damaligen Zeiten bereits eine telemetrische Übertragung von Patienten-EKGs von der Werksambulanz an eine kardiologische Intensivstation eingeführt. Die Wichtigkeit des positiven Outcomes von NotfallpatientInnen hatte man also bereits in der damaligen Zeit erkannt.⁴⁷

2.5.2 Organisation und Struktur der Werksrettung voestalpine

Der Werksrettungsdienst der voestalpine Linz ist Teil des Betriebsmedizinischen Zentrums (BMZ), welches jetzt unternehmensmäßig zur voestalpine Standortservice GmbH gehört. Das BMZ betreut über 15.000 MitarbeiterInnen von 41 Firmen – dabei auch nicht voestalpine-eigene Firmen – was es zu einer der größten arbeitsmedizinischen Einrichtungen in einem österreichischen Betrieb macht. Unterteilt ist das BMZ in die Bereiche Arbeitsmedizin, Werksambulanz mit dezentralen Außenstellen im Werk, welche die Versorgung der Mitarbeiter vor Ort garantieren, Physiotherapie und Rettung.

Der Bereich Rettung gehört zwar zum BMZ, ist aber gleichzeitig auch als eigene Bezirksstelle des Roten Kreuzes Oberösterreich statuiert. Die MitarbeiterInnen selbst sind Angestellte der voestalpine Standortservice GmbH; Fahrzeuge, Uniformen, Ausbildungen etc. werden über die Bezirksstelle des Roten Kreuzes finanziert

2.5.3 Rettungsdienst der Werksrettung voestalpine

Das Einsatzgebiet ist vergleichbar mit dem einer Kleinstadt: 15.000 MitarbeiterInnen auf ca. 6 km² arbeiten in den verschiedensten Bereichen. Spezielle Risikofak-

⁴⁷ Vgl. Wagner, Ch. (2011): Der Werksrettungsdienst der voestalpine Stahl GmbH in Linz, Offiziersarbeit Rotes Kreuz Oberösterreich, Linz.

toren sind Betriebe wie Stahlwerk, Hochofen, Kokerei, Walzwerke usw., das 170km lange Schienennetz, der Werkschiffhafen und ständige Schwertransporte auf den Straßen.

Rund um die Uhr ist eine Gruppe von drei NotfallsanitäterInnen im Einsatz, welche untertags zu den Hauptarbeitszeiten vom Bezirksgeschäftsleiter auf vier Personen ergänzt wird. Bei geringfügigen Verletzungen wie zum Beispiel kleinen Schnittwunden, welche nicht in der eigenen Ambulanz genäht und weiterversorgt werden können, Augenfremdkörpern etc. wird mit nur einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin ins Krankenhaus gefahren. Die PatientInnen werden dann auch wieder (alleine) abgeholt und können so ohne Zeitverlust an ihren Arbeitsplatz zurückgebracht werden. Heimtransporte an den Wohnsitz des Patienten/der Patientin werden nicht durchgeführt bzw. vom örtlichen Rettungs- und Krankentransportdienst übernommen. Dadurch, dass diese Fahrten nur von einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin durchgeführt werden, stehen im Werk immer noch zwei weitere für Notfälle bereit. Bei im Tragsessel oder liegend zu transportierenden PatientInnen wird der Rettungswagen mit zwei Notfallsanitätern besetzt.

Eine Besonderheit im Rettungsdienst der voestalpine stellt die Absicherung bei Gasarbeiten dar. Dabei werden in Zusammenarbeit mit der Betriebsfeuerwehr und zum Teil der Werksicherheit spezielle Tätigkeiten überwacht, bei denen mit einem Gasaustritt zu rechnen ist. Dazu sind alle MitarbeiterInnen in schwerem Atemschutz und dem Umgang mit Atemschutz-Fluchtgeräten ausgebildet, die Fahrzeuge sind mit CO-Warngeräten ausgerüstet.

2.5.4 Notarztdienst der Werksrettung voestalpine

Wie bereits erwähnt, wurde in der voestalpine der erste Notarztwagen (NAW) überhaupt eingeführt, 16 Jahre später wurde dieser erst in Linz installiert. Der NAW ist tagsüber zu den Hauptarbeitszeiten im Einsatz. Dieser wird von NotärztInnen, welche im Betriebsmedizinischen Zentrum tätig sind, besetzt. Im Falle eines Einsatzes unterbrechen diese ihre Tätigkeit in der Werksambulanz oder der Arbeitsmedizin und rücken mit zwei Notfallsanitätern zum Berufungsort aus. Dabei umfasst das Spektrum alle Bereiche – wobei der Anteil von Traumata zwar noch einen beachtlichen Teil darstellt, der allerdings im zurückgeht, während im Gegenzug internisti-

sche Notfälle zunehmen. Auch Kindernotfälle kommen vor, da sich im Einsatzgebiet der werkseigene Kindergarten samt Krabbelstube befindet.

Außerhalb der Anwesenheit der werkseigenen NotärztInnen muss auf externe Sonderrettungsmittel (NEF 1, NEF 2 des OÖRK, sowie NEF 3 des ASB oder des Notarzthubschraubers Christophorus 10) zurückgegriffen werden.

2.5.5 Personal und Ausbildung der Werksrettung voestalpine

Das Team der Werksrettung des Roten Kreuz voestalpine setzt sich aus 17 rein hauptberuflichen Notfallsanitätern zusammen – darunter eine Frau – welche im 12-Stunden Schichtdienst stehen, bis auf Ausnahme des Bezirksgeschäftsleiters. Dieser verstärkt von Montag-Freitag von 7-16 Uhr das Einsatzteam.

Alle NotfallsanitäterInnen haben die Ausbildung in der allgemeinen Notkompetenz NKA/NKV (Arzneimittellehre und Venenzugang). Elf MitarbeiterInnen haben an der AMLS (Advanced Medical Life Support) Ausbildung teilgenommen, einer ist Instruktor für AMLS in Ausbildung und drei haben die PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support) Ausbildung positiv absolviert. Für internistische Notfälle haben die MitarbeiterInnen ein zusätzliches Anamnese-Protokoll basierend auf dem AMLS-Schema entwickelt, welches anschließend im Krankenhaus verbleibt und somit die Übergabe beschleunigt und erleichtert. Auch wird dadurch gesichert, dass Informationen vom Einsatzort, bzw. beim Ersteindruck des Patienten nicht mehr verloren gehen oder vergessen werden.

Fünf Mitarbeiter der Werksrettung sind Lehrsanitäter, acht sind Lehrbeauftragte für Erste Hilfe, welche werksintern bei Kursen unterrichten und einer ist Lebens- und Sozialberater, um auch den Bereich der psychologischen ersten Hilfe abzudecken. Darüber hinaus haben sieben die Offiziersausbildung beim Oberösterreichischen Roten Kreuz abgeschlossen.

Jeder Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin ist in schwerem Atemschutz ausgebildet, welcher jedes Jahr erneut aufgefrischt wird. Dadurch dass es auch ein Aufgabengebiet der Rettung ist, unterstützend in der direkt angeschlossenen Physiotherapie in einsatzfreien Zeiten mitzuarbeiten (Heilmassagen, Thermotherapie, Elektrotherapie), ist jeder Notfallsanitäter/jede Notfallsanitäterin auch ausgebildeter medizini-

scher Masseur/ausgebildete medizinische Masseurinnen mit der Spezialqualifikation Elektrotherapie. Zusätzlich haben alle MitarbeiterInnen und NotärztInnen eine Höhenrettungsschulung absolviert, um bei Seilbergungen durch die Feuerwehr unterstützend mitzuwirken und um sich mit dem Patienten abseilen zu können.

Zu Schichtwechselzeiten in der Früh und am Abend, sowie an den Wochenenden besetzt ein Notfallsanitäter für eine Stunde eine Außenstelle der Werksambulanz im nördlichen Teil des Geländes. Dabei werden auch zum Teil pflegerische Maßnahmen übernommen.

Jedes Jahr erfolgen mit den NotärztInnen der Werksambulanz und Arbeitsmedizin gemeinsame Fortbildungen, bei denen bestimmte Notfallszenarien in Teams trainiert werden. Außerdem ist ein Nachmittag pro Woche für theoretische und praktische Fortbildung gemeinsam mit der leitenden Notärztin reserviert.

2.5.6 Materialeinsatz bei der Werksrettung voestalpine

Der Fuhrpark besteht aus insgesamt fünf Fahrzeugen: Ein Kommandofahrzeug VW Sharan, zwei Rettungstransportwagen VW LT35, ein Notarztwagen Mercedes Benz Sprinter und ein Bus der ehrenamtlichen Suchhundestaffel.

Die Fahrzeuge sind annähernd gleich eingerichtet – auch im Rettungswagen ist ein EKG-Monitor / Defibrillator Lifepak 15, ein Messgerät zur Feststellung des CO-Gehalts in der Ausatemluft und spezielle Verbrennungsverbände (WaterJel) vorhanden. Aufgerüstet mit einem Notarzttrucksack, kann dieses Fahrzeug dann auch als Notarztwagen eingesetzt werden, was sich bei Paralleleinsätzen, bzw. Notfällen mit mehreren Verletzten als sehr vorteilhaft erwiesen hat.

Der Notarztwagen dient als primäres Fahrzeug bei Notfällen – er ist zusätzlich mit Schwebetisch, intraossärem Bohrerstet, Medikamentenschrank, Kühl- und Wärmeschrank, zusätzlichen notärztlichen Materialien, Beatmungsmaschine Medumat Standard sowie drei Sicherungsgurten für Höhenrettungseinsätze ausgestattet. Auch bei Einsätzen außerhalb des NAW-Betriebs wird mit diesem Fahrzeug als RTW ausgefahren und so kann der Patient/die Patientin bis zum Eintreffen des Notarztes der umliegenden Notarztssysteme bereits adäquat vorab versorgt und das therapiefreie Intervall auf ein Minimum reduziert werden.

Besondere Anforderungen werden aufgrund der erhöhten Gefährdung in den Betrieben (Heißbetriebe etc.) an die persönliche Schutzausrüstung gestellt. So gehören eine flammhemmende Hose und Schutzjacke oder Overall, ein persönlicher Schutzhelm, Handschuhe, Schutzbrille sowie knöchelhohe Schuhe zur Standardausrüstung. Zusätzlich wird diese durch Atemschutz-Fluchtgeräte in den Fahrzeugen noch ergänzt.



Abb. 3: NAW/RTW der Werksrettung voestalpine (© Armin Reisinger)

2.5.7 Zusammenfassung und Ausblick

Der Werkrettungsdienst Rotes Kreuz unterliegt durch seine Tätigkeit im schwerindustriellen Bereich besonderen Herausforderungen, welche auch im Einsatz eine Gefahr darstellen. Umso wichtiger ist es, für diese komplexe Aufgabe gut ausgebildete MitarbeiterInnen zur Verfügung zu haben. Dass deren Anzahl überschaubar ist und sie rein hauptberuflich tätig sind, erleichtert dies.

Das Aufgabengebiet geht mit Tätigkeiten in der Physiotherapie und den Werksambulanz-Außenstellen über die eines normalen Rettungsdienstes hinaus. Jedoch macht sie die Tätigkeit abwechslungsreicher und unterstreicht die Wichtigkeit des Rettungsdienstes als Teil der gesamten medizinischen Betreuung – sei es präventiv oder im Akutfall.

Herausforderungen ergeben sich durch eine Zunahme von internistischen Notfällen, welche mittlerweile beinahe gleichauf mit traumatischen Notfällen liegen. Der Grund dafür liegt unter anderem darin, dass die MitarbeiterInnen immer länger im Arbeitsprozess stehen. Des Weiteren gilt es als großes Ziel, das Ausbildungsniveau kontinuierlich zu steigern, um effektive Hilfe leisten zu können. Dazu gehört auch die ständige Unterweisung von ErsthelferInnen am gesamten Standort in Erster Hilfe und im Umgang mit dem Defibrillator.

2.6 Vergleich der dargebrachten Beispiele

In der vorangehenden Darstellung verschiedener Rettungsorganisationen ist die Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Systeme zu erkennen. Die Wiener Berufsrettung nimmt eine Sonderstellung ein: Zum einen wird sie im Gegensatz zu fast allen anderen Rettungsorganisationen nur mit beruflichem Personal betrieben und zum anderen ist sie kein Verein bzw. humanitäre Hilfsorganisation. Dadurch dass es nur hauptberufliche MitarbeiterInnen gibt, lässt sich ein hohes Qualitätsniveau verwirklichen. Auch wären wohl in einer Großstadt wie Wien die Dienstplanung und Besetzung mit einem großem Anteil an freiwilligen MitarbeiterInnen nur schwer durchzuführen. Auch im Hinblick auf Ausrüstung der Fahrzeuge etc. wird hier ein hohes Niveau an den Tag gelegt. Die reine Konzentration auf die Notfallrettung ist in städtischen Gebieten möglich, bzw. sogar ratsam.

Das Rote Kreuz Oberösterreich ist das praktische Beispiel für ein auf Ehrenamtlichkeit basierendes Rettungssystem: Ohne die zahlreichen freiwilligen MitarbeiterInnen wäre es derzeit nicht möglich, den Rettungsdienst in Oberösterreich aufrecht zu erhalten. Das System ist historisch gewachsen und fest in den gesellschaftlichen Strukturen verankert. Jedoch ist das Ausbildungsniveau der MitarbeiterInnen im österreichischen Durchschnitt im untersten Bereich angesiedelt (siehe Kapitel 5.1.3 im Österreich-Vergleich), da NotfallsanitäterInnen fast nur auf Notarztssystemen anzutreffen sind. Sogar das Burgenland hat zahlenmäßig mehr NotfallsanitäterInnen als Oberösterreich.

Der Werksrettungsdienst Rotes Kreuz voestalpine ist eine der wenigen Betriebsrettungen in Österreich. Aufgrund besonderer Gefahrenbereiche ist es hier nur möglich, hauptberufliche MitarbeiterInnen zu beschäftigen. Aufgrund der Entwicklung in Oberösterreich durch die Umstellung auf NEF scheint es, als würde der Notarztwagen in der voest der erste und vorerst auch der letzte bleiben. Der Ausbildungsstand der MitarbeiterInnen des Werksrettungsdienstes sowie die Ausrüstung liegt im geforderten Rahmen, ist allerdings deutlich über dem Niveau des restlichen Bundeslandes. Auch in Zukunft muss der Fokus auf einer kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung liegen.

Natürlich gibt es in Österreich noch weitere unterschiedliche Rettungsdienstsyste-me. Doch bei fast allen bilden freiwillige MitarbeiterInnen die Basis. Ein Beispiel für ein einzigartiges System ist das des Roten Kreuzes Graz, dem Rettungsmedi-ziner-Corps. Dabei gibt es zwei Großraumrettungsfahrzeuge (RTW im Sinne der DIN EN 1789 Type C) im Stadtgebiet, auch „Jumbos“ genannt, welche bei Notfall-einsätzen herangezogen werden. Sie sind mit MedizinstudentInnen besetzt, wel-che den Ausbildungs- und Kompetenzstand von NKI-SanitäterInnen haben.

3 Umfeld des österreichischen Rettungsdienstes

3.1 Bevölkerungsstruktur und Steigerung der Rettungstransporte

Dem Rettungsdienst stehen bedeutende Herausforderungen bevor. Neben den Aspekten der gesteigerten Qualitätsanforderungen – auf die in den nächsten Kapiteln eingegangen wird – ist die Veränderung der Bevölkerungsstruktur ein zentrales Thema, kombiniert mit einer Veränderung der wohnortnahen Versorgung mit Gesundheitsleistungen, auf die reagiert werden muss.

3.1.1 Demographische Entwicklung

Die Überalterung unserer Gesellschaft ist bereits seit vielen Jahren eine zentrale Herausforderung. Deswegen wird es auch nicht ausbleiben, Strategien zu entwickeln, um mit weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter auszukommen, damit unser Gesellschaftssystem aufrecht erhalten werden kann. Der Anteil der Personengruppe der über 60-Jährigen wird dabei bis ins Jahr 2030 um ca. zehn Prozent steigen.⁴⁸ Die Lebenserwartung steigt durch bessere medizinische Versorgung und steigenden Wohlstand. Basierend auf Datenmaterial welches die Statistik Austria in den Jahren 2000-2002 auswerten konnte, beträgt die Lebenserwartung der Männer 75,5 Jahre und jene der Frauen 81,5 Jahre. Gegenüber dem Zeitraum 1990/92 nahm die männliche Lebenserwartung um 3,0 Jahre zu, jene der Frauen um 2,5 Jahre.⁴⁹ Die mit 42 Prozent häufigste Todesursache sind heute Herz-Kreislauf-Erkrankungen; im Jahr 2011 starben insgesamt 32.374 Personen daran. Die zweithäufigste Todesursache sind Krebserkrankungen mit 26 Prozent der gesamten Todesursachen. Die Sterblichkeit ist in Österreich in den vergangenen

⁴⁸ Vgl. Webseite Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html vom 09.09.2012.

⁴⁹ Vgl. Webseite Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/sterbetafel/index.html#index1 vom 09.09.2012.

Jahren um vierzehn Prozent gesunken. Unfälle waren in 2.455 Fällen die Todesursache.⁵⁰

Geriatrische Patienten müssen, genauso wie Kinder, als eigenständige Patientengruppe angesehen werden. Sie unterscheiden sich in kognitiver, physiologischer und meist sozialer Hinsicht. Beim Legen von Infusionen, beim Transport und bei der Kommunikation von geriatrischen Patienten kann es zu Herausforderungen kommen – Haut, Knochen und Gelenke sind empfindlich, es kann Schwerhörigkeit bestehen und eventuell bestehende Multimorbidität bzw. Multimedikation kommt meist zusätzlich erschwerend hinzu.

3.1.2 Anstieg der Rettungseinsätze

Mehr ältere Menschen, die länger leben, benötigen auch eine intensivere medizinische Versorgung, die heutzutage bei uns als Selbstverständlichkeit angesehen wird. Durch die oben genannten Faktoren und erweiterte medizinische Behandlungsmöglichkeiten ergeben sich auch mehr Rettungstransporte.

Situation in Deutschland⁵¹

Eine Studie zum Anstieg der Einsätze des Rettungsdienstes wurde im Rahmen des Gesetzesentwurfes zur Schaffung eines neuen Berufsbildes des Notfallsanitäters/der Notfallsanitäterin in Deutschland von der Deutschen Bundesregierung zur Darstellung der Notwendigkeit herangezogen. Dabei sind bundesweit Steigerungen in der Notfallrettung und bei sogenannten Spezialfahrten, bei denen bereits klinisch erstversorgte NotfallpatientInnen zwischen Behandlungseinrichtungen befördert werden, zu verzeichnen. Die aktuelle Einsatzrate pro Jahr liegt derzeit in Deutschland durchschnittlich bei 143 Einsätzen pro 1.000 EinwohnerInnen. Gegenüber dem Vergleichszeitraum von 2004/2005 ist diese um 2,4 Einsätze pro 1.000 EinwohnerInnen gestiegen, was einer Steigerung von 19,9 Prozent ent-

⁵⁰ Vgl. Webseite Der Standard: <http://derstandard.at/1338559175005/Herz-Kreislauf-Die-haeufigsten-Todesursachen-der-Oesterreicher> vom 11.06.2012.

⁵¹ Vgl. Deutsche Bundesregierung (2012): Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung des Hebammengesetzes.

spricht. Teilt man das Einsatzaufkommen zwischen Notfallrettungseinsätzen und qualifizierten Krankentransporten auf, so ergibt sich ein auf die EinwohnerInnen bezogenes Notfallaufkommen von 53,2 Notfällen auf 1.000 EinwohnerInnen. Dies entspricht einer Zunahme um 28,3 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum 2004/2005. Pro 1.000 EinwohnerInnen gab es weiters 34,7 Notarztalarmierungen – zu 2004/2005 hat sich dabei die Rate mit 48,4 Prozent beinahe verdoppelt. So ist in Deutschland beinahe in der Hälfte aller Notfalleinsätze mittlerweile mit einem Notarzt-Einsatz verbunden, was zu einer enormen Belastung des Systems führt und Kosten verursacht.

Situation in Oberösterreich⁵²

In Oberösterreich stieg die Anzahl der Notarzteinsätze zwischen 2000 und 2007 von 15.276 auf 22.968 Einsätze, was einer ca. 50-prozentigen Steigerung entspricht. Neben Primäreinsätzen bei akuten Notfällen machen die qualifizierten Sekundär- bzw. Interhospitaltransporte einen bedeutenden Teil aus. Dabei stellen sie in den Regionen zehn Prozent aller Einsätze dar; im Zentralraum Linz sogar mehr als 25 Prozent. Während dieser Transporte steht das Notarztmittel nicht für andere Primäreinsätze zur Verfügung, was sich negativ auf die Versorgungsqualität im entsprechenden Gebiet auswirken kann.

Überraschend anders zur vorher beschriebenen Situation in Deutschland sind bei uns die Einsatzraten des Notarztes pro 1.000 EinwohnerInnen. Diese lag im Jahr 2000 bei ca. 14 und im Jahr 2006 bei ca. 20 Notarzteinsätzen in Oberösterreich. Das ist knapp unter der Hälfte der Notarzteinsatzrate von Deutschland (34,7 pro 1.000 EinwohnerInnen im Jahr). Diese Situation ist verwunderlich, da in Deutschland die Ausbildung des nichtärztlichen Personals höher als in (Ober-)Österreich ist. Somit müsste der Anteil der Notarzt-Nachalarmierungen, welche medizinisch nicht unbedingt indiziert sind, in Oberösterreich aufgrund der mangelnden Sicherheit und Erfahrung des Personals (größtenteils nur RettungssanitäterInnen) bei der PatientInneneinschätzung höher sein. Ein mögliche Erklärung ist, dass die möglicherweise kritische Situation eines Patienten/einer Patientin aufgrund mangel-

⁵² Vgl. Heinz A. (2008): Die demographische Entwicklung in Österreich und ihre Auswirkungen auf die Notarzt-Einsatzkriterien bis ins Jahr 2030, am Beispiel des Bundeslandes Oberösterreich, Masterthesis, Krems.

der Einschätzungsfähigkeit (Ausbildungsstufe Rettungssanitäter) und fehlender diagnostischer Mittel nicht richtig erkannt wird und notärztliches Personal erst gar nicht angefordert bzw. ohne Nachalarmierung ins Krankenhaus gefahren wird. So kann beispielsweise ein leichter Thoraxschmerz ohne weitere plakative Symptome auch ein notarztspflichtiger lebensbedrohender Notfall sein, der allerdings ohne EKG nicht erkannt wird.

Bei Betrachtung der Altersgruppen bei den Notarzteinsätzen fällt zunächst die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen auf, wo der Beginn der Mobilität durch Fahrzeuge deutlich erkennbar ist. Bei der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen gibt es noch einmal einen deutlichen Anstieg der Einsätze. Die Anzahl der Fehleinsätze (kein Notarztmittel notwendig) kann für das Jahr 2007 mit 7,36 Prozent angegeben werden.

3.1.3 Weitere Herausforderungen

Die demographische Entwicklung verursacht eine Wandlung der Krankheitsbilder. Eine Ausweitung der Multimorbidität betrifft insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen, chronische und psychische Krankheiten. Dadurch werden die Rettungseinsätze komplexer, welche nur durch bestens qualifiziertes Personal adäquat bewältigt werden können.⁵³

Ein weiteres Thema, das zu einer Erhöhung der Einsatzzahlen und den steigenden Anforderungen für den Rettungs- und Krankentransportdienst beiträgt, ist die Veränderung der Siedlungsstrukturen, sowie die medizinische Versorgung in der Peripherie, welche auch OÖRK Präsident Dr. Aichinger im persönlichen Gespräch erwähnt. Eine ausreichende medizinische Versorgung erfordert das gemeinsame Handeln von Land, Gemeinden, Hausärzten/Hausärztinnen, Pflege- und Betreuungsorganisationen sowie dem Rettungsdienst. Auch auf das Thema Migration bzw. damit verbundene eventuelle sprachliche oder kulturelle Barrieren (z.B. in Bezug auf Schmerzwahrnehmung) muss der Rettungsdienst näher eingehen.

⁵³ Vgl. Deutsche Bundesregierung (2012): Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung des Hebammengesetzes S.21.

3.2 Freiwilligkeit im österreichischen Rettungsdienst

Die grundlegende Basis, auf welcher der Rettungsdienst in Österreich ruht, ist das Ehrenamt. Tausende Freiwillige bringen jedes Jahr enorme Stundenzahlen in ihrer Freizeit auf um anderen Menschen in Not zu helfen. Die freiwilligen HelferInnen werden als wichtige Grundpfeiler im Rettungsdienst dargestellt. Alleine beim Österreichischen Roten Kreuz gibt es bundesweit um die 33.000 MitarbeiterInnen, die freiwillig im Rettungs- und Krankentransportdienst ihre unentgeltlichen Dienste ableisten. Dabei machen die Dienststunden über ein Jahr gesehen mehr zehn Millionen aus.⁵⁴ Die zahlreichen positiven Faktoren für das Freiwilligenwesen sind unbestritten. Relativierend ist jedoch ein Vergleich mit Deutschland: Dort gibt es fast nur berufliche Kräfte im Rettungsdienst; die Ausbildung ist viel intensiver (siehe Kapitel 4.2.2) und (kosten-)aufwändiger, und die Infrastruktur (Fahrzeuge und Ausrüstung) ist teurer. So ist es in Deutschland erforderlich, dass jeder RTW der DIN EN 1789 Typ C entspricht und mit RettungsassistentInnen besetzt ist. Trotz dieser hohen Qualitätsanforderungen macht der Rettungsdienst in der Nachbarrepublik nur 1,73 Prozent der Gesundheitsleistungen aus.⁵⁵ Vergleicht man diese Zahl mit der von Österreich (0,97 Prozent)⁵⁶, wo das System aufgrund geringerer Ausbildung, kostengünstigeren Fahrzeugen und Ausrüstung (vielerorts werden nur Fahrzeuge EN 1789 Typ A eingesetzt) und einem überwiegenden Anteil von Freiwilligen bereits deutlich günstiger sein müsste, so relativiert das die viel gepriesenen Kostengünstigkeit durch freiwillige Beteiligung.

Die Ehrenamtlichkeit ist trotz vieler positiver plakativer Darstellungen auch immer aus einem anderen Blickwinkel aus zu sehen. So wurde das Sanitätergesetz im Laufe seiner Entwicklung zu Gunsten der Freiwilligkeit und zu Lasten einer intensiveren höherwertigen Ausbildung beschnitten und reduziert, wie in Kapitel 5 wei-

⁵⁴ Vgl. Webseite ÖRK: <http://www.rotekreuz.at/mitmachen/mitarbeit/rettungs-und-krankentransport/> vom 09.09.2012.

⁵⁵ Vgl. Webseite Gesundheitsberichterstattung des Bundes http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dbo...aid=40336985&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=6077442 vom 05.10.2012.

⁵⁶ Vgl. Webseite Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html vom 05.10.2012.

ter erläutert wird. Die Freiwilligkeit darf den Stellenwert der ebenfalls tausenden unverzichtbaren beruflichen MitarbeiterInnen im Rettungsdienst nicht in Frage stellen. Das Sanitätergesetz unterscheidet hinsichtlich der Kompetenzen nicht zwischen beruflichem, freiwilligem oder Zivildienst leistendem Personal. Das heißt, ein Zivildienstler, der seine Ausbildung zum Rettungssanitäter abgeschlossen hat, besitzt die selben Kompetenzen wie ein beruflicher Rettungssanitäter/eine berufliche Rettungssanitäterin – auch wenn dieser/diese schon langjährige Einsatzerfahrung aufweist. Ähnlich verhält es sich bei freiwilligen MitarbeiterInnen, die nur selten Dienst machen und dadurch nur sehr geringe Einsatzerfahrung haben. Eine Mindestanzahl von abzuleistenden Stunden (für Ehrenamtliche) wird im SanG nicht vorgeschrieben. Fast alle Rettungsorganisationen schreiben eine minimal abzuleistende Anzahl von Stunden bzw. Diensten vor. Jedoch ermöglicht diese Vorgabe bei weitem nicht die notwendige Einsatzerfahrung. Um eine Tätigkeit professionell ausführen zu können, muss diese oft und häufig ausgeführt werden – was bei freiwilligen MitarbeiterInnen nur sehr beschränkt möglich ist.

Es muss klar unterschieden werden, ob man „Freiwilligkeit im Dienste der Notfallrettung“ oder „Notfallrettung im Dienste der Freiwilligkeit“ betreiben will. Trotz der großen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedeutung einer intensiven freiwilligen Beteiligung muss die professionelle, zeitgemäße notfallmedizinische Versorgung in den Vordergrund gerückt werden. Ehrenamt soll aus gesellschaftlichen Gründen (ein Ehrenamt erweitert den individuellen Horizont) beibehalten werden, allerdings unter dem Gesichtspunkt einer Professionalisierung in der Notfallrettung. Das heißt, dass gerade die Notfallrettung nur mehr beschränkt für Ehrenamtliche ein mögliches Einsatzgebiet sein sollte. Nachdem RTWs im Idealfall mit drei SanitäterInnen besetzt sind, kann beispielsweise die Besetzung mit einem/einer ehrenamtlichen RS als FahrerIn und zwei beruflichen NFS erfolgen. So wird es auch schon von Hilfsorganisationen erfolgreich praktiziert. Sofern freiwillige MitarbeiterInnen die Ausbildung zum Notfallsanitäter/zur Notfallsanitäterin absolviert haben, ist auch eine erweiterte Tätigkeit möglich. Es gibt auch Organisationen, welche fast ausschließlich mit freiwilligen MitarbeiterInnen den Dienstbetrieb aufrecht erhalten, jedoch nur NotfallsanitäterInnen auf ihren RTWs einsetzen (z.B. die

Johanniter Unfallhilfe in Wien u.a.). Dort werden die NotfallsanitäterInnen außerdem laufend geschult und in den Notfallkompetenzen ausgebildet.⁵⁷

Freiwillige MitarbeiterInnen können vorzugsweise im Krankentransport mit der Ausbildungsstufe „RettungssanitäterIn“ eingesetzt werden. Jedoch wird diese Möglichkeit sehr oft von Seiten der MitarbeiterInnen kritisiert, da es hier kaum Notfalleinsätze gibt.

3.3 Zivildienst im österreichischen Rettungsdienst

Der Zivildienst wurde in Österreich im Jahr 1975 eingeführt und verzeichnet seither steten Zuwachs. Im Durchschnitt sind in rund 1.100 Einrichtungen wie zum Beispiel Rettungswesen, Altenheime, Krankenhäuser usw. Zivildienstleistende in Österreich im Einsatz. Damit unterstützen sie das Sozial- und das Gesundheitssystem. Mittlerweile entscheidet sich ca. ein Drittel der männlichen tauglichen Bevölkerung für den Zivildienst.⁵⁸

Der Anteil der Zivildienstler, die beim Österreichischen Roten Kreuz tätig sind, lag im Zeitraum 2002-2011 zwischen 31 und 32 Prozent. Im Jahr 2011 waren insgesamt 13.510 Zivildienstler tätig, davon 4.271 beim Österreichischen Roten Kreuz. Zum Vergleich: Im Jahr 2002 waren es noch 8.932 Zivildienstler insgesamt, wovon 2.822 beim ÖRK tätig waren. Die Kosten für den Zivildienst beim ÖRK steigen an und belaufen sich im Jahr 2012 auf über 34 Mio. Euro. Davon werden vom Innenministerium ca. 23 Mio. Euro refundiert.⁵⁹

Das ÖRK setzt die meisten seiner Zivildienstler im Rettungs- und Krankentransportdienst ein. Dazu absolvieren diese am Beginn ihres Zivildienstes auf eine zweimonatige Ausbildung zum Rettungssanitäter. Zweifellos eine prägende und positive Ausbildung für das spätere Leben, jedoch weniger professionell, wenn diese im „Schnellsiedeverfahren“ ausgebildeten jungen Leute in der Notfallrettung bei der Versorgung und beim Transport von NotfallpatientInnen eingesetzt werden. Das

⁵⁷ Vgl. Persönliches Email von C. Nosek, Ausbildungsbereich Johanniter-Unfall-Hilfe Bereich Wien vom 24.07.2012.

⁵⁸ Vgl. Bundesministerium für Inneres (2010): Aus dem Zivildienst, Wien.

⁵⁹ Vgl. Österreichisches Rotes Kreuz (2012): Information Zahlen über den Zivildienst beim Österreichischen Roten Kreuz, Fanny Tamussino vom 15.03.2012.

Motto lautet meist „Learning by doing“ und so kommt es öfters vor, dass zwei „neue“ Zivildienstler gemeinsam einen Rettungswagen besetzen und bis zum Eintreffen des Notarztes/der Notärztin alleine mit der Betreuung von NotfallpatientInnen konfrontiert sind. Damit überfordert man das Personal: Innerhalb von zwei Monaten ist es nicht möglich, komplexe Notfallsituationen abhandeln zu können.

Oft werden Zivildienstler als Lenker von Rettungsfahrzeugen eingesetzt. Junge Menschen mit einer noch nicht ausreichenden Fahrpraxis unter Verwendung von Blaulicht und Folgetonhorn beim Transport von NotfallpatientInnen einzusetzen ist allerdings mehr als fahrlässig.

In der aktuellen Debatte um die eventuelle Abschaffung der Wehrpflicht wird auch über den Zivildienst diskutiert. Dabei wird dieser zum Teil als tragende Säule des österreichischen Rettungswesens beschrieben. Sollte mit der Wehrpflicht auch der Zivildienst wegfallen, fürchten die (politisch) Verantwortlichen um die Aufrechterhaltung des Rettungssystems und in weiterer Folge eine Explosion der Kosten. Jedoch gehört auch in dieser Frage die Wertigkeit eines professionellen Rettungssystems gestellt, welches in jedem anderen Land auch in der Regel aufrecht erhalten wird. So gibt es kaum ein Land, in welchem Zivildienstler in der Notfallrettung in einem derart hohen Umfang wie in Österreich eingesetzt werden. Es ist zu kurz gegriffen, den Zivildienstlern die Verantwortung für ein optimal funktionierendes Rettungswesen aufzubürden – es ist Aufgabe der Politik, für bestmögliche, den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechender Ausbildung und Training von SanitäterInnen zu sorgen.

Ein eventueller Wegfall muss mit entsprechenden Alternativlösungen, wie einem bezahlten freiwilligen Jahr oder der Schaffung von neuen Arbeitsplätzen kompensiert werden. Unumgänglich ist der Einsatz von Zivildienstlern gemäß ihrer Kompetenzen - beispielsweise als zusätzliche Unterstützung im Krankentransport oder als dritter Sanitäter auf einem RTW.

3.4 Die Rolle des ärztlichen Personals in der Notfallrettung

Der Notarzt/die Notärztin ist die medizinisch hochwertigste Fachkraft im Rettungsdienst. Er/sie wird sowohl inner- als auch präklinisch für die Akutversorgung von Notfallpatienten herangezogen. Die Ausbildung zum Notarzt/zur Notärztin dauert insgesamt mindestens 60 Stunden, ist in Form eines Lehrgangs aufgebaut, ist aber keine eigene fachärztliche Ausbildung. In diesem Zeitraum werden spezielle notfallmedizinische Themen behandelt. Nach absolviertem Lehrgang und bestandener Prüfung darf das ärztliche Personal die Bezeichnung „Notarzt/Notärztin“ führen.⁶⁰ Zum Teil müssen NotärztInnen bei diversen Organisationen auch noch weitere interne Schulungen absolvieren. Dabei geht es auch um den Umgang mit Rettungsgeräten und Medizinprodukten. Auch NotärztInnen müssen auf allen medizinischen Geräten, die sie benutzen, nach dem Medizinproduktgesetz MPG eingeschult worden sein. Um die Tätigkeitsberechtigung als Notarzt/Notärztin aufrecht zu erhalten, muss alle zwei Jahre eine von der Ärztekammer anerkannte theoretische und praktische zweitägige Fortbildung („Notarzt-Refresher“) besucht werden.⁶¹

Ein Notarzt/eine Notärztin kann nach dreijähriger Tätigkeit auch die Ausbildung zum leitenden Notarzt/zur leitenden Notärztin (LNA) absolvieren, was ihn/sie zur Bewältigung von Großschadensfällen im organisierten Rettungsdienst befähigt. Der LNA ist im Einsatz gegenüber anderen dort tätigen ÄrztInnen und Sanitätspersonal weisungsbefugt. Der leitende Notarzt/die leitende Notärztin muss durch die zuständige Einrichtung bzw. Behörde in die Funktion berufen werden.⁶²

Auch FachärztInnen für Allgemeinmedizin, in der Regel als „HausärztInnen“ bezeichnet, stellen eine wichtige Stütze in der Notfallversorgung gerade in ländlichen Gebieten dar. So ist für viele Menschen der eigene Hausarzt/die eigene Hausärztin der erste Ansprechpartner/die erste Ansprechpartnerin bei Notfällen. Durch geographische Umstände hat er/sie mitunter auch die Möglichkeit, als einer der

⁶⁰ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.64.

⁶¹ Vgl. Hansak, P. et al (2010): LPN Notfall-San Österreich, Edeweicht S.18.

⁶² Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.64/65.

ersten am Notfallort zu sein, da es nicht in jedem Ort eine Rettungswache gibt. Eine Ausdünnung der ärztlichen Versorgung wirkt sich – besonders auf dem Land – negativ auf die gesamtmedizinische Versorgung aus, da die PatientInnen den Rettungsdienst öfter in Anspruch nehmen müssen wenn kein Hausarzt/keine Hausärztin verfügbar ist und die Spitalsambulanzen noch stärker belastet werden. Dem Rettungsdienst sind insofern die Hände gebunden, als derzeit keine Möglichkeit besteht, medizinisch nicht relevante Fahrten abzuweisen.

Künftige Herausforderung an das Ärzteswesen wird der absehbare Mangel an adäquaten Nachwuchskräften sein. Dies darf aber nicht dazu führen, dass die Qualitätskriterien für notärztliches Personal heruntergeschraubt werden. Die Versorgung mit Sonderrettungsmitteln muss auch in Zukunft in ausreichendem Umfang gewährleistet bleiben.

4 Strukturierung und Aufgabenbereiche des Rettungsdienstes

4.1 Leistungsbereiche im Rettungsdienst

4.1.1 Notfallrettung vs. Krankentransport

Der Rettungsdienst kann in mehrere Leistungsbereiche aufgegliedert werden. Am bekanntesten ist wohl der eigentliche Notfallrettungsdienst, welcher bei medizinischen Notfällen aller Art zum Einsatz kommt. Dazu gehören interne Erkrankungen, traumatologische Notfälle (Unfälle) sowie Vergiftungen. Bei akuter Lebensgefahr bzw. sofern diese nicht auszuschließen ist, kommt zusätzlich ein notarztbesetztes Sonderrettungsmittel zum Einsatz. Dabei kann es sich um einen Notarztwagen im Kompaktsystem, ein Notarzteinsatzfahrzeug kombiniert mit einem Rettungswagen im Rendez-Vous-System oder einen Notarztthubschrauber handeln.

Im Unterschied dazu dient der Krankentransport der Beförderung von Kranken, Verletzten und anderen hilfsbedürftigen Personen, welche keine NotfallpatientInnen sind, aber fachgerechter Betreuung, inklusive allfälliger Erster Hilfe bedürfen.⁶³ Das sind alle Transporte welche nicht in den Bereich der Notfallrettung fallen. Dabei ist man zwar auf etwaige eintretende medizinische Notfälle vorbereitet und kann im Notfall qualifizierte Erste Hilfe leisten. Primär rechnet man jedoch dabei nicht mit PatientInnen, welche akut vital gefährdet sind, eine solche Gefährdung auftreten kann oder nicht sicher auszuschließen ist. Somit können beispielsweise folgende Fahrten zum Krankentransport gezählt werden: Einweisungen durch einen niedergelassenen Arzte/eine niedergelassene Ärztin in eine Krankenanstalt, Transporte zwischen Krankenanstalten und Behandlungszentren, Heimtransporte und Behandlungsfahrten von gesundheitlich beeinträchtigten PatientInnen usw. Dabei werden die PatientInnen in der Regel mit dem Tragesessel oder der Fahrtrage befördert.

⁶³ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.61.

Die Krankentransporte machen vom Volumen her den Großteil der gesamten Fahrten aus. In Deutschland gibt es allerdings bereits die Kontroverse, inwieweit der qualifizierte Krankentransport zu den Aufgaben des öffentlichen Rettungsdienstes gehört und in welchem Verhältnis er organisatorisch und finanziell gesehen zur Notfallrettung steht.⁶⁴ Der Krankentransport ist in einigen deutschen Bundesländern bereits außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes angesiedelt und wird eigenwirtschaftlich durchgeführt.

Von der Bedeutung her werden Krankentransporte meist als notwendiges Übel angesehen. Doch wird hier die Wichtigkeit und Verantwortung in der Durchführung unterschätzt. So handelt es sich dabei keineswegs um einfache „Taxi-Fahrten“, als vielmehr um eine qualifizierte medizinische Dienstleistung. Dabei erfordert es entsprechendes Einfühlungsvermögen, um mit gesundheitlich beeinträchtigten und vielfach älteren Menschen richtig umzugehen. Auch muss der Gesundheitszustand der PatientInnen bei diesen Transporten erhoben und überwacht werden. Bei Bedarf ist gegebenenfalls sofort einzugreifen. Viele MitarbeiterInnen sehen diese Fahrten nicht als Herausforderung an ihr Können, obwohl dabei ein gutes Hintergrundwissen über die Pathophysiologie erworben werden können. Krankheitsbilder im Nicht-Notfall-Stadium können quasi „live“ ermittelt werden und die PatientInnen haben die Möglichkeit darüber, Auskunft zu geben. Dies ist im Rahmen der Anamneseerhebung notwendig und gehört auch in einem gewissen Maße zur fachgerechten psychischen Transportbetreuung.

Kombiniertes und getrenntes System

Um Notfallrettung und Krankentransport zu betreiben gibt es zwei Systeme: Einerseits das „kombinierte System“, bei dem Rettungs- und Krankentransport gemeinsam durchgeführt werden und auf der anderen Seite das „getrennte System“ bei dem diese Leistungsbereiche zwar grundsätzlich getrennt sind, sich aber gegenseitig ergänzen können.

⁶⁴ Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edeweicht, S.44.

Beim kombinierten System gilt der Leitsatz: „Jede/r fährt alles.“ Das heißt, es gibt keine Unterscheidung zwischen Rettungs- und Krankentransportfahrzeugen, da jedes Fahrzeug die gesamte Bandbreite an Einsatzaufkommen abdecken kann bzw. soll. In Österreich wird dieses System sehr häufig gelebt, da es wirtschaftlich günstig ist, die Dienstplangestaltung keine besonderen Schwierigkeiten bereitet und in der Regel nur ein Fahrzeugtyp eingesetzt wird. Auch gilt seitens der Organisationen die Mindestbesetzung mit nur zwei RettungssanitäterInnen (beruflich, freiwillig, Zivildienstleistender), was zwar den Betrieb erleichtert aber von Gesetz her unzulässig ist. Siehe dazu Kapitel 5.2.2. Korrekterweise müsste jedes Fahrzeug, welches auch routinemäßig für Notfalleinsätze herangezogen wird, mit mindestens einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin besetzt sein, da nur dieser/diese NotfallpatientInnen eigenverantwortlich versorgen und behandeln darf. Das Fahrzeug muss den Vorgaben eines RTW (DIN-EN / ÖNORM 1789 Type C) entsprechen. Dazu mehr in Kapitel 4.1.2. Würde das kombinierte System den Vorgaben entsprechend ausgeführt werden, wäre es jedoch aufwändiger, da mehr höherwertig qualifiziertes Personal sowie mehr dementsprechend ausgerüstete Rettungsfahrzeuge benötigt werden.

Das getrennte System ist heute in vielen Teilen Europas die gängige Praxis. Dabei wird grundsätzlich zwischen Rettungsfahrzeugen, welche die primäre Notfallrettung abdecken, und Krankentransportfahrzeugen für die entsprechenden nicht aufwändigen Transporte unterschieden. Da die Anzahl der Notfalleinsätze nur einen Bruchteil der Nicht-Notfalleinsätze darstellt, brauchen hier deutlich weniger Rettungsfahrzeuge vorgehalten werden. Weil es bei erhöhtem Einsatzaufkommen zu einer Überbelegung der RTW-Kapazitäten kommen kann, ist es im Bedarfsfall möglich, auf die KTW-Ebene zurückzugreifen, die als First-Responder agiert und so die Hilfsfrist minimiert. Sofern die Ressourcen übermäßig ausgeschöpft sind, kann mit dem KTW auch im Notfall ein Transport durchgeführt werden, was bei größeren Schadenslagen denkbar ist.

Andere Leistungsbereiche

Zum öffentlichen Rettungsdienst gehören neben Primärtransporten (Fahrten im Rahmen der Notfallrettung ohne Einweisung, egal ob mit Sondersignal angefahren wird oder nicht) auch arztbegleitete Sekundärtransporte (Verlegungen zwischen Krankenanstalten von instabilen PatientInnen). Letztere müssen innerhalb einer kurzen Zeit durchgeführt werden und sind somit kaum im Voraus planbar.

Anders sieht es bei Interhospitaltransporten aus – diese können ebenfalls, je nach Zustand des Patienten/der Patientin mit Begleitung eines Arztes/einer Ärztin erfolgen. Solche Transporte sind jedoch nicht die primäre Aufgabe der Notfallrettung, da diese Fahrten in der Regel planbar sind und sonst den Regelrettungsdienst belasten würden. Wenn eine Notarztbegleitung erforderlich ist, darf dadurch nicht die Versorgungssicherheit der örtlichen Sonderrettungsmittel beeinträchtigt werden. Die Schaffung eines separaten Systems, welches gleichzeitig auch als Spitzenabdeckung für den Regelrettungsdienst dienen kann, ist notwendig. Im Zuge der Veränderung der Krankenhauslandschaft, wo bestimmte Abteilungen geschlossen und zusammengelegt werden, wird dieser Anteil der Transporte deutlich zunehmen. Der reguläre Rettungsdienst kann dies nicht abdecken und muss sich auf geänderte Bedingungen einstellen.

Nichtqualifizierte Patienten- und Behindertenfahrdienste gehören nicht zum Leistungsspektrum des öffentlichen Rettungsdienstes.⁶⁵ Der Rettungsdienst muss jedoch in der Lage sein, größere Schadenslagen abzuwickeln. Ressourcen und Rückfallebenen für die Gefahrenabwehr müssen deshalb vorhanden sein, was in Österreich mit einer sehr breiten Basis an freiwilligen MitarbeiterInnen leichter zu bewerkstelligen ist, als wenn nur berufliche MitarbeiterInnen verfügbar wären.

4.1.2 Fahrzeugeinsatz in der Notfallrettung

Die Norm DIN EN 1789 „Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausrüstung - Krankenkraftwagen“ definiert Ausstattung und Spezifikationen für Rettungsfahrzeuge und legt Anforderungen, Prüfung und Ausrüstung für den Transport und die Si-

⁶⁵ Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edeweicht, S.45.

cherheit von PatientInnen in Krankenkraftwagen fest. Darüber hinaus enthält die Norm Anforderungen an den Krankenraum.⁶⁶ So wird, wie weiter oben erwähnt, zwischen Krankentransportwagen (Typen A1 und A2), Notfallkrankswagen (Typ B) und Rettungswagen (Typ C) unterschieden. Dabei müssen Krankentransportwagen über eine professionelle Grundausstattung für Erste Hilfe und Pflegemaßnahmen aufweisen. Notfallkrankswagen (Typ B) können – sofern gerade kein anderer Rettungswagen zur Verfügung steht – für Notfalleinsätze herangezogen werden und müssen dementsprechend eine Ausrüstung für Erstversorgung und Überwachung der PatientInnen nach den derzeit gültigen Verfahren im Rettungsdienst haben. Dazu gehören auch ein Pulsoxymeter, EKG-Überwachungsgerät, Blutzuckermessgerät usw.⁶⁷ Diese Vorgaben werden von einigen Fahrzeugen nicht erfüllt – die sogenannten Sanitätseinsatzwägen des Oberösterreichischen Roten Kreuzes sind beispielsweise nur als Typ A klassifiziert. Ein Rettungswagen vom Typ C muss eine Ausrüstung für die erweiterte Behandlung und Überwachung der PatientInnen nach den derzeitigen Verfahren der präklinischen Notfallmedizin vorweisen.

Auch in Österreich stellt diese Norm den aktuellen Stand der Technik dar und muss beachtet werden. Die Fahrzeuge der DIN EN 1789 Typ B (Notfallkrankswagen) und Typ A (Krankentransportwagen) sind nicht für Rettungs- und Notarzteinsätze gedacht und auch nicht dafür geeignet. Grund dafür ist, dass die entsprechende geforderte Ausrüstung nicht vorhanden ist und die Abmessungen im Innenraum für eine fachgerechte PatientInnenversorgung zu gering sind. So stellt auch die Oberösterreichische Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin (OGNK) in einer Vorstandssitzung fest, dass die verwendeten Notfallkrankwagen mit geringerer Ausstattung und Raumangebot keinesfalls als RTW im Sinne der DIN EN 1789 betrachtet werden können. Die Argumentation, dass in einem

⁶⁶ Vgl. DIN Deutsches Institut für Normung (2010): DIN EN 1789 Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausrüstung – Krankenkraftwagen, Berlin S.5.

⁶⁷ Vgl. DIN Deutsches Institut für Normung (2010): DIN EN 1789 Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausrüstung – Krankenkraftwagen, Berlin S.34.

Notarzthubschrauber ebenso wenig Platz ist, ist nicht zulässig, da dieser nur rein für den Transport gedacht ist und bei Akutinterventionen landen muss.⁶⁸

Würden solche nicht-entsprechenden Rettungsfahrzeuge trotzdem routinemäßig zu Notfalleinsätzen entsandt werden, wäre es eine Aufgabe der Aufsichtsbehörde, dies zu unterbinden.⁶⁹ Eine Rettungsorganisation muss dahingehende Strukturen schaffen, damit nur entsprechende Fahrzeuge zu Notfalleinsätzen entsandt werden. Dies bedeutet, dass eine ausreichende Anzahl an RTWs vorhanden und die Entsendungsroutinen der Leitstellen dementsprechend angepasst werden müssen. Sofern dies nicht gewährleistet ist und sich diese Tatsache negativ auf die PatientInnenversorgung auswirkt, liegt ein Organisationsverschulden des Rettungsdienstes vor. Durch die Duldung dieser Umstände wird die Aufsichtspflicht der Verwaltungsbehörde verletzt.⁶⁹

Die OGNK stellt ebenso fest, dass die Euronorm zwar nicht unbedingt als verbindlich zu betrachten ist. Falls es jedoch im Rahmen eines Unfalls eines Rettungsfahrzeuges zu Personenschaden kommt, wird diese Euronorm in der Rechtsprechung in der zur Fahrzeuganschaffung geltenden Fassung als Normativ herangezogen.⁶⁸

Problematisch ist der Einsatz von ungeeigneten Fahrzeugen beim NEF-RTW-System, das in einigen Regionen Österreichs falsch umgesetzt wird. Dabei werden nur die eben erwähnten Notfallkrankswagen der Typ B oder zum Teil sogar nur Krankentransportwagen Typ A eingesetzt, welche vom Raumangebot her für die Behandlung und den Transport von NotfallpatientInnen nicht geeignet sind. Das NEF selber muss mangels vorhandener Ausrüstung in den Krankentransportwagen um einiges mehr an Ausrüstung mitführen und diese für jeden Einsatz in den Krankentransportwagen verbringen, welcher dann lt. Norm im besten Fall zum Typ B wird. Der Arzt/die Ärztin steigt zu und ist meist die einzige Person im Fahrzeug, welche die medizinischen Geräte bedienen darf und sie ist auf sich alleine gestellt,

⁶⁸ Vgl. Webseite OGNK:
http://www.ognk.at/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=58 Stand vom 22.08.2012.

⁶⁹ Vgl. Andreus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S. 73.

da größten teils RettungssanitäterInnen eingesetzt werden. Der Notfallsanitäter/die Notfallsanitäterin fährt in vielen Fällen mit dem NEF hinterher. Bei akuter Verschlechterung des Zustands bzw. notwendigen medizinischen Interventionen muss der gesamte Konvoi angehalten werden und der Notfallsanitäter/die Notfallsanitäterin zusteigen. Im erforderlichen Fall wird dann das noch benötigte Equipment aus dem NEF in das Rettungsfahrzeug gebracht und das NEF vor Ort abgesperrt und stehen gelassen. In dieser Zeit ist dieses dann nicht einsatzbereit. Die Zulässigkeit und Sinnhaftigkeit dieser Verfahrensweise ist fragwürdig im Hinblick auf rechtliche Sicherheit für die beteiligten MitarbeiterInnen und die Rettungsorganisation sowie für Versorgungsqualität der PatientInnen.

Diese Problematik wurde auch in Oberösterreich durch die Umstellung von NAW auf NEF-System aufgezeigt, da keine RTWs vorhanden waren und es auch derzeit nicht sind. Ein Artikel in den Oberösterreichischen Nachrichten mit dem Titel „Rettungen für NEF unbrauchbar: Frachtschiff wird kein Lazarett“ vom 23. März 2010 berichtet über diese Problematik anlässlich der damals bevorstehenden Systemumstellung: Das NEF für sich wäre ein gutes System, sofern die Rettungsautos den gültigen EU-Normen entsprechen würden. Die Fahrzeuge, mit denen derzeit NotfallpatientInnen transportiert werden, seien de facto nach internationalem Stand der Wissenschaft und Technik nicht dafür ausgerüstet und konstruiert. Ebenso sei absehbar, dass die PatientInnenversorgung darunter leiden werde.⁷⁰

4.2 Vergleich der Vielfalt der Rettungsdienst-Systeme

4.2.1 Übersicht

Die Rettungsdienst-Systeme sind europaweit zum Teil sehr unterschiedlich. Bedingt durch historische Entwicklung haben sich verschiedene Systeme etabliert. Alle Systeme haben ihre Daseinsberechtigung sowie ihre Vor- und Nachteile. Jedoch ist es für einen modernen Rettungsdienst angebracht, sich ständig selbst zu evaluieren und auch den Vergleich mit anderen Systemen zu suchen, um auf die-

⁷⁰ Vgl. Webseite OÖN: <http://www.nachrichten.at/oberoesterreich/muehlviertel/art69,357253> vom 23.10.2010.

se Weise gegenseitige Verbesserungspotentiale zu erkennen und zu nutzen. Kritische Evaluation bietet ausschließlich Vorteile in Bezug auf Überdenken der eigenen Strukturen, Ausbildung, Personaleinsatz, Ausrüstung etc.

Allgemein können drei verschiedene Varianten von Rettungsdienst-Systemen unterschieden werden:

- Sanitäter-Notarzt-System
- Paramedic-System
- Diplompflegepersonal-System

Das Sanitäter-Notarzt-System ist in Ländern wie Österreich, Deutschland und der Schweiz die gängige Praxis, wobei es auch hier zum Teil bedeutende Unterschiede in Ausbildung und Struktur gibt.

Das Paramedic-System hat seine Wurzeln im angloamerikanischen Raum. Von England hat es sich bis in die USA und nach Kanada ausgebreitet. In diesem System gibt keinen Notarzt/keine Notärztin vor Ort, dafür aber gut ausgebildete Paramedics, die nach strengen und vorgegebenen Algorithmen handeln und berechtigt sind, einen Teil der ärztlichen Maßnahmen zu übernehmen. In manchen Fällen wird auch ein verantwortlicher Arzt/eine verantwortliche Ärztin via Telemetrie oder Telefon konsultiert, um Tätigkeiten freizugeben.

Das Diplompflegepersonal-System hat seine Wurzeln in Ländern des ehemaligen Ostblocks. So zählte auch das Rettungsdienst-System der ehemaligen DDR mit der „Schnellen Medizinischen Hilfe“ dazu. In diesem System wird auf Rettungsfahrzeugen fast ausschließlich diplomiertes Pflegepersonal gemeinsam mit Notärzten eingesetzt.

Die Europäische Union ist zwar bestrebt, viele Bereiche des täglichen Lebens zu regeln und zu normieren, jedoch ist auf dem Gebiet der Rettungsdienst-Ausbildung noch nichts geschehen. So schwankt europaweit die Ausbildungsdauer des Sanitätspersonals von 40 Stunden bis zu vier Jahren. Darüber existiert kei-

ne einheitliche Tätigkeitsbezeichnung innerhalb der EU. Auch gibt es keine eindeutige Korrelation zwischen Ausbildungsdauer und zulässigen Kompetenzen.⁷¹

Die unterschiedlichen Kompetenzen der RettungsdienstmitarbeiterInnen lassen sich in 4 Stufen einteilen:

- Stufe 1: Sehr eingeschränkte Möglichkeiten, keine Kompetenzen, ErsthelferInnen-Versorgung.
- Stufe 2: Beschränkte Möglichkeiten und Kompetenzen, Berechtigung zur Defibrillation. Hier sind österreichische RettungssanitäterInnen einzureihen.
- Stufe 3: Definierte erweiterte Möglichkeiten und Kompetenzen, Defibrillation, Intubation, Venenzugang. Entspricht österreichischen NotfallsanitäterInnen mit besonderer Notfallkompetenz NKL.
- Stufe 4: Viele Kompetenzen und erweiterte Möglichkeiten. Zusätzlich zu den vorhergehenden Kompetenzen noch Gabe von Schmerzmedikamenten und ev. weiteren invasiven Maßnahmen.

Eine weitere grobe Unterteilung in zwei Gruppen lässt sich durch „BLS“ = Basic Life Support und „ALS“ = Advanced Life Support treffen. Das sind einerseits die Basismaßnahmen (Stufe 1 und 2), andererseits ist es die erweiterte notfallmedizinische Behandlung (Stufe 3 und 4). Dabei zählen die RettungssanitäterInnen in Österreich zur BLS-Gruppe und die NotfallsanitäterInnen mit Notfallkompetenzen (ab NKL) zur ALS-Gruppe. Gerade im Bereich des Advanced Life Support gibt es in Bezug auf Ausbildungsdauer und Kompetenzen europaweit die meisten Unterschiede.

Um einen Einblick in die verschiedenen Systeme und vor allem deren Ausbildung zu geben, werden vier Beispiele angeführt. Das Deutsche und das Schweizer System zeigen die Ausprägungsmöglichkeiten eines Sanitäter-Notarzt-Systems auf.

⁷¹ Vgl. Persönliches Email von Dr. Ondrej Franek, Prager Rettungsdienst / Notrufzentrale vom 30.08.2012.

Aktuell wird in Deutschland diskutiert, welche erweiterte Ausbildung und Kompetenzen für das Rettungsdienstpersonal erforderlich sind. Das System des Nachbarlands Tschechien zeigt das Diplompflegepersonal-System und die USA dient als Paradebeispiel für ein Paramedic-System. Dabei kann im Folgenden nur oberflächlich auf die Grundtendenz der Systeme eingegangen werden; regionale Unterschiede wurden nicht berücksichtigt.

4.2.2 Deutschland: Vom Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter

Ausbildung / Kompetenzstufen⁷²

In Deutschland wird die Ausbildung in ca. 75 Rettungsdienstschulen durchgeführt. Für den operativen Bereich im Rettungsdienst werden drei Ausbildungsstufen unterschieden.

Der Rettungshelfer/die Rettungshelferin stellt mit 260 Stunden die niedrigste Ausbildungsstufe dar. Davon sind je 80 Stunden theoretische und klinische Ausbildung sowie 100 Stunden Ausbildung in der Rettungswache. Bei den RettungshelferInnen handelt es sich meist um Zivildienstler, AbsolventenInnen des „Freiwilligen Sozialen Jahres“ und beginnende freiwillige MitarbeiterInnen. Eine Prüfung ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

Die Ausbildung zum Rettungsassistent/zur Rettungsassistentin dauert gemäß der vereinbarten Richtlinien 520 Stunden, davon sind 160 Stunden theoretische, 160 Stunden klinische und 160 Stunden Ausbildung in der Rettungswache vorgesehen. Danach folgt ein 40-stündiger Abschlusslehrgang samt Prüfung. RettungsassistentIn ist keine Berufsbezeichnung nach dem Rettungsassistentengesetz – somit ist auch die Ausbildung des Berufes nicht gesetzlich geregelt.

Die höchste Stufe stellt jene der RettungsassistentInnen dar. Ausbildung und Berufsbild sind seit 1989 in dem oben erwähnten Gesetz geregelt. Die RettungsassistentInnen-Ausbildung setzt sich aus 780 Stunden Theorie, 420 Stunden klinisches Praktikum und 90 Stunden Praktikum in der Rettungswache zusammen, danach folgt eine staatliche Prüfung nach der eine 1600-stündige Ausbildung als

⁷² Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edewecht, S.290ff.

RettungsassistentIn im Praktikum folgt. Diese wird in der Regel innerhalb eines Jahres absolviert. Nach einem Abschlussgespräch folgt die staatliche Anerkennung. Zusätzlich besteht die Möglichkeit einer Ausbildung eines Rettungsassistenten/einer Rettungsassistentin mit zusätzlicher Qualifikation. Dabei werden dem Personal Tätigkeiten wie zum Beispiel venöser Zugang, Intubation ohne Medikamente, Medikamentengabe etc. zugebilligt, sofern jährlich 30 Stunden an Fortbildung mit ärztlicher Kontrolle absolviert werden.

Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen in Richtung Ausbildungsqualifikation, Rettungsdienst-Management, Einsatzführung, Intensivtransport und Qualifizierung im Bereich der Leitstellentätigkeit. Diese Weiterbildungen sind intensiver als vergleichbare in Österreich. Besonderer Wert wird auf die Ausbildung LehrrettungsassistentInnen gelegt, ebenso auf jene der LeitstellendisponentInnen, für die die höchste Qualifikationsstufe des Rettungsassistenten/der Rettungsassistentin gefordert wird. Zusätzlich wird eine dreijährige Einsatzfähigkeit sowie der Besuch des sogenannten Medizinmoduls (35 Tage) gefordert. Darauf folgt das Leitstellenmodul mit zehn Tagen.

*Novellierung der Ausbildung*⁷³

Da das Rettungsassistentengesetz bereits aus dem Jahre 1989 stammt und sich die Rahmenbedingungen und Ansprüche an die Beteiligten im Rettungsdienst geändert haben, ist es kein zeitgemäßes Berufsbild mehr. Die Anforderungen an ein modernes Rettungswesen, das im Rahmen der Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge einen essentiellen Bestandteil darstellt – aus Notfallrettung und qualifiziertem Krankentransport besteht – beinhalten eine qualifizierte, bedarfsgerechte notfallmedizinische Hilfe auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik. Die Herausforderungen ergeben sich durch die demographische Entwicklung, die strukturellen Entwicklungen im Gesundheitswesen und die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen. Um auch in Zukunft auf die erhöhten qualitativen und quantitativen Anforderungen im Rettungsdienst reagieren zu

⁷³ Vgl. Referentenentwurf der deutschen Bundesregierung (2012): Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin.

können, ist eine Neuregelung des Berufs erforderlich und deswegen wurde im Auftrag der deutschen Bundesregierung ein Referentenentwurf für den Entwurf eines Gesetzes hinsichtlich des Berufes eines Notfallsanitäters/einer Notfallsanitäterin erstellt.

Die Ausbildung soll dabei von zwei auf drei Jahre erweitert werden. Ein wesentlicher Punkt in der Regelung des Berufs ist die Sicherstellung und Klärung der Notfallkompetenzen. Dabei ist die Intention jedoch nicht, das Notarztwesen abzuschaffen, sondern die Versorgung und die rechtliche Sicherheit für die Ausübenden zu verbessern.

Den damit entstehenden Mehrkosten sollen Einsparungen aus einem verbesserten Rettungsdienst durch besser qualifiziertes Personal gegenüber stehen (die Zahl der Notarzteinsätze, vor allem der nicht notwendigen, soll abnehmen). Eine verbesserte Versorgung durch mehr Kompetenzen führt außerdem zu einer Reduktion der Weiterbehandlungskosten.

Dieser Gesetzesentwurf zeigt die Wichtigkeit eines gut ausgebildeten und rechtlich abgesicherten nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst, um der Bevölkerung optimale und zeitgemäße Hilfe anzubieten und auf neue Herausforderungen in der Zukunft adäquat reagieren zu können.

4.2.3 Schweiz: Diplomierte RettungssanitäterInnen

In der Schweiz wird das Rettungsdienstpersonal in TransportsanitäterInnen und (diplomierte) RettungssanitäterInnen unterteilt. Die TransportsanitäterInnen sind für einfache Krankentransporte zuständig und betreuen Patienten im nicht kritischen Gesundheitszustand. Bei Notfalleinsätzen unterstützen sie die RettungssanitäterInnen und notärztliches Personal, ansonsten sind sie für Infrastruktur, Technik und Logistik im Rettungsdienst verantwortlich. Die Ausbildung dauert ein Jahr.⁷⁴

⁷⁴ Vgl. Webseite http://www.forum-bb-rw.ch/content/cmscontent/100341_transportsanitterin_biz.pdf vom 01.08.2012.

Im Jahr 2004 wurde für alle Gesundheitsberufe ein bundesweit geltendes Berufsbildungsgesetz in Kraft gesetzt. Ab diesem Zeitpunkt waren die Gesundheitsberufe als höhere Fachausbildung organisiert, welche dem Erwerb von Qualifikationen für eine anspruchsvolle und verantwortungsvolle Tätigkeit dient. Seit 2008 existiert die dreijährige Ausbildung zum diplomierten Rettungssanitäter/zur diplomierten Rettungssanitäterin und wird in Rettungsdienstschulen absolviert. Die Ausbildung ermöglicht außerdem Zugang zu diversen Fachhochschulen. Die Zugangsvoraussetzungen fordern einen abgeschlossenen Lehrberuf oder eine Matura. Außerdem werden die BewerberInnen einem intensiven vierstufigen Aufnahmeverfahren unterzogen. Die Ausbildung hat einen Gesamtstundenumfang von ca. 5400 Stunden und ist somit sehr umfangreich. Sie wird in der englischen Übersetzung auch als „Paramedic with College of higher VET Diploma“ bezeichnet. Die einheitliche Anwendung der bundesrechtlichen Vorschriften wird durch den Bund selbst sichergestellt, die Kantone verantworten die lokale Umsetzung. SozialpartnerInnen, Berufsverbände, AnbieterInnen von Ausbildungsstellen erarbeiten gemeinsam Vorschläge zur inhaltlichen Ausgestaltung der beruflichen Ausbildung. Diese wird in insgesamt sechs Schulen angeboten. Die theoretische und praktische Ausbildung erfolgt in den Rettungsdienstschulen; in den Rettungsdiensten wird die praktische Ausbildung vertieft und durch Spezialpraktika in benachbarten Berufen werden weitere Inhalte vermittelt.⁷⁵ Ausbildungen wie AMLS oder PHTLS (siehe Kapitel 5) sind bereits integriert. Diplomierte RettungssanitäterInnen arbeiten entweder eigenverantwortlich oder gemeinsam mit notärztlichem Personal, dem sie assistieren. Das heißt, es gibt auch wie in Österreich ein Notarztsystem und die MitarbeiterInnen haben in der Notfallrettung in der Regel den Status eines Paramedic. Somit gewährleistet dieses System eine optimale notfallmedizinische Versorgung auf hohem Niveau, auch wenn notärztliches Personal nicht verfügbar ist.

Einen bedeutenden Stellenwert nimmt die Qualitätssicherung im schweizerischen Rettungsdienst ein. Dabei wird in Rettungsdienstverträgen eine Anerkennung der Rettungsorganisation durch den Interverband für Rettungsdienste, der einheitliche

⁷⁵ Vgl. Vortrag/persönliches Email von Günter Bildstein, Betrieblicher Leiter Rettungsdienst St. Gallen / Schweiz vom 23.05.2012.

Qualitätskriterien aufgestellt hat, gefordert. Bestimmungen, Anerkennungsverfahren und Datenerhebungen werden durchgeführt, um die Versorgung der betreuten PatientInnen ständig zu evaluieren, zu überprüfen und letztendlich zu verbessern. Strukturierte Qualitätssicherung ist eine Notwendigkeit, bei der es nicht darum geht, einen vorgegebenen Level zu erreichen, sondern Instrumente zur Leistungsüberprüfung und Verbesserung zu schaffen. Diese Bestimmungen helfen, die Versorgungsqualität für PatientInnen zu verbessern. So gibt es einen breiten Katalog an Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien.⁷⁶

4.2.4 Tschechien: Pflege- und ärztliches Personal am Rettungswagen⁷⁷

Das Tschechische Rettungssystem kann auf eine lange Tradition zurückblicken. So wurde das „Prager Freiwillige Rettungskorps“ bereits im Jahr 1857 gegründet. Im Regelfall ist ein Arzt/eine Ärztin Teil der Rettungswagenbesatzung, was im Vergleich zur Besetzung mit einem Paramedic oder einer Krankenpflegeperson eine noch höherwertige Behandlung garantiert. Aufgrund von mangelnden interdisziplinären (medizinische Fachrichtungen) Aufnahmen in den Krankenhäusern ist eine exakte präklinische Triage sehr wichtig. Neben durch ärztliches Personal besetzten Rettungswagen gibt es auch solche, die mit Paramedics oder Rettungskrankenschwestern bzw. -pflegern besetzt sind. Diese sind zwar auch in der Notfallrettung aktiv, versorgen im Normalfall jedoch keine Notfallpatienten, außer zu Ersthelfer-Zwecken (Vorausfahrzeug).

Die unterste Ausbildungsstufe ist die der „AmbulanzfahrerInnen“, die eine Ausbildung von 700 Stunden zu absolvieren haben. Die Rettungskrankenschwestern bzw. -pfleger haben neben obligatorischen drei bis vier Jahren Ausbildung noch die Möglichkeit, nach drei Jahren einen universitären Abschluss zu erlangen. Zusätzlich können noch zwei weitere Jahre zur Spezialisierung angehängt werden. Nebenbei gibt es einen dreijährigen Studienlehrgang zum Paramedic mit klinischer

⁷⁶ Vgl. Interverband für Rettungswesen IVR – IAS (2010): Richtlinien zur Anerkennung von Rettungsdiensten, Bern.

⁷⁷ Basierend auf persönlichem Email von Dr. Ondrej Franek, Prager Rettungsdienst & Notrufzentrale vom 30.08.2012 sowie Webseite <http://www.zachrannasluzba.cz/foreign/deutsch.htm> vom 27.08.2012.

Ausbildung. Jedoch sind die Kompetenzen des nichtärztlichen Personals sehr beschränkt, was eine Erschwernis darstellt, sich aber zunehmend ändern wird. Ärztliches Personal stellt die am höchsten qualifizierte Stufe dar. In durchschnittlich der Hälfte aller Einsätze ist ein durch ärztliches Personal besetzter Rettungswagen notwendig, um den Einsatz optimal abwickeln zu können. Dabei schwankt dieser Anteil stark zwischen städtischen und ländlichen Gebieten. In Prag sind es beispielsweise nur 20%, in der Region Zentralböhmens hingegen knapp 70%.

Um flexibler auf Einsätze reagieren zu können, beschreitet man auch in der Tschechischen Republik die Umstellung auf Notarzteinsetzungsfahrzeuge, welches bereits 1986 in Prag etabliert wurde. Seit 1999 wurde „Notfallmedizin“ als ärztliche Fachrichtung anerkannt und kann direkt studiert werden.

Der Rettungsdienst wird als eigenes Amt von den Bezirksämtern betrieben, welche auch für die Einhaltung der Qualitätsstandards verantwortlich zeichnen.

4.2.5 USA: Land der Paramedics⁷⁸

Entwicklung

Die USA haben im Gegensatz zu Europa ein anders gestaltetes Rettungssystem. Ärzte/Ärztinnen sind in der Regel nicht persönlich am Notfallort tätig. In den 1960er-Jahren wollte man aufgrund nicht vorhandener Standards für Kompetenzen und Ausbildung von RettungsfahrerInnen ein System für schnelle und qualifizierte Hilfe in außerklinischen Notfallsituationen einführen. Dadurch entstand der „Emergency Medical Service“ (EMS). Im Jahr 1966 wurde vom Kongress der „National Highway Safety Act“ erlassen, der die Bundesstaaten zwang, zeitgemäße Notfallrettungsdienste zu etablieren. Danach wurden Pilotprojekte gestartet um wissenschaftlich zu überprüfen, ob nichtärztliches Personal bei der Anwendung von strengen Algorithmen und genauer Überwachung in einzelnen, genau bestimmten Situationen in der Lage sein sollte, ärztliche Maßnahmen durchzuführen. Aufgrund der positiven Ergebnisse wurde der Beruf des Paramedic geschaffen.

⁷⁸ Basierend auf persönlichem Email vom 03.09.2012 von Christoph Redelsteiner mit zwei von ihm verfassten Artikeln über den amerikanischen Rettungsdienst; erschienen im Rettungsmagazin.

Durch die weltweit bekannte Fernsehserie „Emergency“ oder „Notruf California“ in den 1970er-Jahren gewann der Paramedic-Beruf an Bedeutung und löste im amerikanischen Rettungswesen einen starken Entwicklungsschub aus. Die ZuschauerInnen bemerkten große Unterschiede zwischen der Realität und der Fernsehserie, die eine bessere Versorgungsqualität suggerierte. Durch Bürgeranfragen aus dem gesamten Land wurde der Ruf nach einem modernen Rettungsdienst laut, welcher von der Praxis abging, PatientInnen nach dem Setzen von Minimalmaßnahmen auf schnellstem Weg in das Krankenhaus zu bringen. So wurde 1973 ein Gesetz für den Rettungsdienst erlassen, welches neue zeitgemäße Bedingungen für eine moderne Notfallversorgung aufstellte.

Heute genießen Paramedics nachwievor ein hohes soziales Ansehen und haben ein weites Feld an Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten. In der präklinischen Notfallmedizin spielen heute neben geschulten Ersthelfern folgende Berufsbezeichnungen eine wichtige Rolle: Emergency Medical Technician-Ambulance oder Basic (EMT-A, EMT-B), EMT-Intermediate oder Cardiac (EMT-I, EMT-C) und der Paramedic (EMT-P) als oberste Stufe. Daneben gibt es noch eine breite Palette an speziellen Fachausbildungen. Lehrkräfte, leitende Positionen und QualitätsmanagerInnen brauchen zusätzlich noch eine entsprechende Universitätsausbildung.

Im Einsatz wird der Paramedic unter der Aufsicht des/der jeweiligen medizinischen Direktors/Direktorin tätig. Diese Person delegiert invasive Maßnahmen entweder durch eine schriftliche Dienstanweisung im Vorhinein, oder die Paramedics holen sich per Telefon das Einverständnis direkt an der Einsatzstelle. Die Rettungsdienste arbeiten eng mit den Notaufnahmen der Krankenhäuser zusammen, welche einem „Emergency Physician“ bzw. einer fachärztlichen Kraft für Notfallmedizin unterstehen. Diese ist auch für die Überwachung der präklinischen Versorgung verantwortlich.

Jede PatientInnenversorgung wird genauestens dokumentiert, um danach auszuwerten, ob diese ausreichend war. Die ständige Evaluierung der gesetzten Maßnahmen ist für den professionellen EMT eine Selbstverständlichkeit. So kann mit-

tels Datenauswertung beispielsweise festgestellt werden, wie viele Intubationsversuche ein Paramedic braucht oder ähnliches.

Um die Einhaltung der Qualitätsstandards zu gewährleisten, werden sogenannte „Supervisors“ eingesetzt, die Einsätze vor Ort in Bezug auf Einhaltung der medizinischen und einsatztaktischen Vorschriften überwachen. Hygiene, Fahrverhalten und Eigenschutzmaßnahmen werden ebenfalls überprüft. Bei größeren Einsätzen wird der Supervisor als EinsatzleiterIn tätig. Ansonsten dient er oder sie als AnsprechpartnerIn für Presse, Beschwerden usw.

Ausbildungsstufen

Um eine Laufbahn als EMT-Basic zu beginnen, muss man einen High-School-Abschluss (ähnlich Matura), keine Vorstrafen, einen Führerschein ohne Strafpunkte, einen bestandenen Belastungstest sowie eine positive „Basic Life Support“-Prüfung vorweisen können. Danach kann mit der 160-stündigen theoretischen Grundausbildung begonnen werden, welche in vielen Bundesstaaten aber länger dauert. Danach muss ein Klinikpraktikum abgeleistet werden.

Der EMT-Intermediate erfordert eine mindestens 460 stündige Theorieausbildung exklusive einem Monat Krankenhauspraktikum. Dieser darf dann bereits endotracheal intubieren, kristalloide Lösungen über einen venösen Zugang infundieren, EKG-Muster interpretieren uvm. Auch gehören Techniken wie manuelle Defibrillation/Kardioversion und endobronchiale Medikamentenapplikation dazu.

Die oberste Kompetenzstufe des Paramedic / EMT-P erfordert sechs Monate Vollzeitarbeit als EMT-A und die Befürwortung von zwei Fachärzten/Fachärztinnen für Notfallmedizin, welche den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin von seiner/ihrer Arbeitsweise her bereits kennen. Zusätzlich ist eine mehrseitige schriftliche Arbeit über eigene Beweggründe zum Absolvieren der Ausbildung gefordert. Der Lehrplan des US-Verkehrsministeriums sieht dabei mindestens 740 Stunden theoretische Ausbildung vor. Zusätzlich sind jeweils mindestens 600 Stunden Klinik- und Rettungswachen-Praktikum gefordert. Daneben müssen auch Kurse wie PHTLS, AMLS, ACLS (Advanced Cardiac Life Support) erfolgreich absolviert werden. Die Kompetenzen des EMT-P sind sehr breit gefächert und erlauben sonst nur dem Arzt vorbehaltene Tätigkeiten. Dies beinhaltet beispielsweise die Gabe vom Medi-

kamenten, welche über die verschiedensten Zugangswege verabreicht werden können, Legen von Magensonden, Luftröhrenschnitt usw. Zum Teil werden auch Tätigkeiten wie die Punktion zentraler Venen, Thoraxdrainage und Narkose-Einleitung genehmigt.

Nach Abschluss der Paramedic-Ausbildung erhalten die AbsolventInnen ein Diplom, welches allerdings noch nicht zur Berufsausübung berechtigt. Diese wird erst durch die staatliche Lizenzprüfung möglich.

Um die Tätigkeitsberechtigung aufrecht zu erhalten, müssen alle zwei Jahre Fortbildungsstunden von mindestens 100 Stunden abgeleistet werden und pro Monat mindestens 80 Stunden aktiv Dienst gemacht werden. Ebenso müssen die Fachkurse (AMLS, PHTLS, ACLS,...) ständig rezertifiziert werden. Sofern durch geringes Einsatzaufkommen Tätigkeiten, wie zum Beispiel die endotracheale Intubation nicht oft genug ausgeführt werden können, muss der Paramedic zum Auffrischungspraktikum ins Krankenhaus.

Rettungssystem

In vielen Gegenden und Städten ist auch die Feuerwehr sehr intensiv in den Rettungsdienst eingebunden. Dabei werden Feuerwehrleute in allen Ausbildungsstufen ausgebildet. Bei einem Notfall wird die nächstgelegene Feuerwehr-Einheit als First Responder alarmiert, die sehr schnell am Einsatzort ist, bis der Rettungswagen eintrifft. Mit der Notrufnummer 911 kommt man in eine integrierte Leitstelle, wo Einsätze für Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst abgewickelt werden. Dort ist es auch schon seit längerer Zeit üblich, Anweisungen für ErsthelferInnen per Telefon durchzugeben, um so die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsmittels zu überbrücken.

Im Rahmen eines Praktikums in Manhattan beim Rettungsdienst der Feuerwehr New York im Oktober 2012 (FDNY EMS – Fire Department New York Emergency Medical Services) hatte der Autor Gelegenheit, dieses System selbst mitzerleben um so die Unterschiede zum heimischen System zu erkennen. Der dortige Rettungsdienst bietet kurze Hilfsfristen und ist auch für Einsätze ausgerüstet (gefährliche Materialien, Versorgung von Personen in gefährlichen Lagen etc.), welche

über das standardmäßige Leistungsspektrum einer Notfallrettung hinausgehen. Weiters prägen Algorithmen und kontinuierliches Training samt dementsprechendem Einsatzaufkommen und damit verbundener Routine das Leben der Paramedics und EMTs. Ein Notarzt im Rettungswagen, wie bei uns, ist für die dortigen Mitarbeiter undenkbar. Auffallend ist die hohe Akzeptanz des Rettungsdienstes bei der Bevölkerung aber auch im Krankenhaus, wo die Patientenübergabe einen besonders hohen Stellenwert einnimmt.

4.3 Kostenfaktor Rettungsdienst

4.3.1 Finanzieller Stellenwert

Es ist eine politische Frage, die es zu klären gilt, wieviel unserer Gesellschaft eine professionelle notfallmedizinische Versorgung wert ist. Leider wird diese Frage nur isoliert, als unliebsamer Kostenverursacher behandelt und nicht als Teil der gesamten medizinischen Versorgung gesehen. Indirekt wurde sie auf dem Weg des Sanitätergesetzes bereits beantwortet. Viele InteressensvertreterInnen der Länder hatten Angst vor hohen Kosten und stellten sich einer erweiterten Ausbildung in den Weg.

Der (finanzielle) Stellenwert des Rettungsdienstes in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung wird unterschätzt. Es mangelt an Studien, um aufzuzeigen, wie eine verbesserte präklinische Versorgung die Kosten für die weitere medizinische Behandlung und den Genesungsverlauf der PatientInnen deutlich kompensiert. Fehler, die durch mangelnde Behandlung am Beginn gemacht werden, können nur mit erhöhtem Mehraufwand in der späteren Behandlung wieder wettgemacht werden. Sie wirken sich somit deutlich intensiver auf die Kosten für die Allgemeinheit aus, als ein verbesserter Rettungsdienst es tun würde. Jedoch beginnt hier die Problematik, dass in jedem Bereich der Gesundheitsvorsorge (Rettungsdienste, Krankenanstalten,...) die Kosten isoliert betrachtet werden. Es erfordert eine große politische Willensanstrengung und ausreichend gesellschaftlichem Druck, um hier Veränderungen durchzusetzen bzw. primär anzustoßen.

Einer der wesentlichsten wirtschaftlichen Faktoren im Rettungsdienst sind die Personalkosten.⁷⁹ Je größer der Anteil an hauptberuflichen MitarbeiterInnen, desto größer werden die Personalkosten. Einen weiteren großen Teil verschlingen Infrastruktur und Fahrzeuge samt Ausrüstung.

In manchen Bundesländern überwiegt aktuell der Anteil von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, die zumeist nur über die Qualifikation eines Rettungssanitäters/einer Rettungssanitäterin verfügen und die Rettungsfahrzeuge entsprechen nicht der Norm. Hier besteht kaum mehr eine Möglichkeit, die Kosten drastisch zu senken. Ganz im Gegenteil – jegliche Verbesserung im Sinne von Ausbildung oder Ausrüstung verursacht hier einen enormen Kostenschub, der mit den momentanen Mitteln nicht abzudecken ist. Das ist der Grund dafür, warum sich manche Organisationen und Bundesländer vehement gegen Verbesserungen in diesem Bereich stellen und bestehende Zustände als ausreichend deklarieren, was allerdings bei genauer Betrachtung nicht zutrifft.

4.3.2 Finanzierung des Rettungsdienstes⁸⁰

Die Finanzierung des Rettungsdienstes in Österreich erfolgt in den meisten Fällen über die Aufteilung zwischen Gebietskörperschaften (Gemeinden, Länder,...) und den Sozialversicherungen. Da die Gemeinden nach dem Bundesverfassungsgesetz den Rettungsdienst zu besorgen haben, müssen sie auch für die Vorhaltekosten aufkommen. Je nach Bundesland erfolgt die Finanzierung direkt von den Gemeinden oder über das Land an die Rettungsorganisationen. Der überörtliche Rettungsdienst, zu dem auch der Notarzdienst gehört, wird von den Ländern finanziert. Unter dem Begriff „Rettungs-Euro“ wird außer in Wien der Rettungsdienst basierend auf den Einwohnerzahlen finanziert. Seitens der Rettungsorganisationen wird jedoch bemängelt, dass diese Abgeltung nicht die Kosten eines modernen und patientengerechten Rettungsdienstes deckt.

⁷⁹ Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edeweicht, S.23.

⁸⁰ Vgl. Österreichisches Rotes Kreuz (2012): Der Rettungsdienst als Daseinsvorsorge, Wien.

Die Sozialversicherungen übernehmen nur die reinen Transportkosten, welche allerdings deutlich unter dem europäischen Durchschnitt liegen. Diese Kosten werden allerdings nur dann übernommen, wenn eine medizinische Indikation besteht. Wird der Patient/die Patientin nach der Behandlung am Einsatzort belassen, muss der Rettungsdienst selbst für die Kosten aufkommen. Ähnlich verhält es sich bei alkoholisierten Personen.

Die medizinische Notwendigkeit des Transports muss durch eine ärztliche Bestätigung gerechtfertigt werden. In der Regel werden diese Bestätigungen allerdings nicht sehr restriktiv gehandhabt und die Hemmschwelle eine solche auszustellen, ist relativ gering. Bei Notfällen können die Rettungsdienst-MitarbeiterInnen die Transportentscheidung treffen, jedoch wird die Finanzierung erst im Nachhinein, nach einer genauen medizinischen Diagnose, gefällt. Diese fällt oft anders aus als die Verdachtsdiagnose und somit kann es vorkommen, dass ein Transport rein medizinisch betrachtet nicht indiziert war und deswegen auch nicht bezahlt wird.

4.4 Effizienzsteigerung im Rettungsdienst

Die Effizienz eines modernen Rettungsdienstes hängt von mehreren Faktoren ab, die sich gegenseitig beeinflussen. Es ist ebenso wichtig, sich den verändernden Verhältnissen laufend anzupassen, wie sich um das Personal und dessen Ausbildung (siehe Kapitel 5) zu kümmern. Daneben gibt es noch weitere wichtige Punkte wie technische Hilfsmittel, Fahrzeugkonzepte, Vorhaltung, Aufteilung und Disposition der entsprechenden Ressourcen, Infrastruktur, Schnittstellen zu anderen Leistungsträgern im Gesundheitsbereich etc., die es zu berücksichtigen gilt. Im folgenden Unterkapitel sollen exemplarisch einige Beispiele im Bezug auf Effizienzsteigerung aufgezeigt werden, allerdings ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

4.4.1 Strukturierung und Trennung der Leistungsbereiche

Eine Etablierung des in Kapitel 4.1.1 erwähnten getrennten Systems und eine klar gezogene Abgrenzung zwischen Krankentransport und Notfallrettung werden in Zukunft deutlich an Bedeutung gewinnen. Ein Großteil der internationalen Ret-

tungsdienste arbeitet bereits nach diesem System. Dies hat seine Gründe darin, dass in der Notfallrettung intensiver ausgebildetes und somit höher bezahltes Personal, sowie besser ausgerüstete Fahrzeuge inklusive Ausrüstung benötigt werden. Würde man alle Rettungsdienst-Fahrzeuge auch „notfallrettungstauglich“ machen, müsste auf jedem Fahrzeug dementsprechend ausgebildetes Personal samt allen vorgeschriebenen Ausrüstungen vorgehalten werden, was sich negativ auf die Kosten auswirkt. Jedoch kann es durchaus sein, dass in ländlichen Gebieten mit einem geringen Einsatzaufkommen die Etablierung eines Systems mit Mehrzweckfahrzeugen sinnvoll ist, welche gleichermaßen Notfallrettung und qualifizierte Krankentransporte übernehmen.⁸¹ Dabei darf allerdings die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung im Einsatzgebiet nicht durch Krankentransporte beeinträchtigt werden. Somit ist eine ausreichende Anzahl von entsprechend ausgerüsteten und besetzten Fahrzeugen vorzuhalten.

Ansonsten ist das getrennte System sehr schlagkräftig. Die Anzahl der maximal ausgebildeten MitarbeiterInnen (NotfallsanitäterInnen mit Notfallkompetenzen) ist überschaubar und somit ist auch eine gezielte und kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung mit den dort eingesetzten Mitarbeitern leicht möglich. Weil diese Leute ständig in der Notfallrettung eingesetzt werden und Notfalleinsätze zur Routine gehören, steigt auch der Qualitätslevel. Anders sieht dies bei MitarbeiterInnen im kombinierten System aus, da hier der Anteil von Notfalleinsätzen aus eigener Erfahrung bei nur ca. 10-20% liegt. In einem getrennten System lässt sich mit gut ausgebildeten Leuten die kostenintensive, einsatztaktisch wertvolle Ressource Notarzt schonender nutzen, da hier weniger oft nachalarmiert werden muss bzw. auch eher eine Übergabe des Patienten/der Patientin an das Rettungsteam erfolgen kann. Dies hängt mit der Erfahrung im Rettungsdienst zusammen, die unbedingt notwendig ist und nur durch kontinuierliche Tätigkeit erworben wird.

Notfallrettungsfahrzeuge (RTW) werden nur bei entsprechenden Notfalleinsätzen herangezogen, die von der Anzahl her deutlich unter jener von Krankentransporten liegen. Somit ist der Bedarf an diesen Fahrzeugen geringer. Sofern die an RTWs erschöpft sind oder die Hilfsfristen durch ein erhöhtes Einsatzaufkommen ansteigen, kann als Rückfallebene auf Krankentransportfahrzeuge zurückgegriffen

⁸¹ Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edeweicht, S.249.

werden, welche als First Responder (siehe System in Wien) dienen können, solange bis ein RTW frei wird oder von einem anderen Einsatzgebiet eintrifft. In dieser Zeit können BLS-Maßnahmen (Basic Life Support) durchgeführt werden.

4.4.2 Infrastruktur und Ressourcen

Die Ursachen für eine Nicht-Einhaltung der Hilfsfristen (in der Regel sollten 95% aller an einer öffentlichen Straße gelegenen Orte innerhalb von 15 Minuten erreicht werden) oder Krankentransport-Wartezeiten sind vielschichtig.

Je dezentraler Rettungswachen angeordnet, bzw. je besser sie in der Fläche verteilt sind und je mehr es gibt, desto effizienter sind sie aufgrund verringerter Anfahrtszeiten. Ihre Lage sollte basierend auf einer Risikobewertung (Autobahnen, Flughäfen, Schwerindustrie, etc.) evaluiert werden. Die Anordnung der RTW-Stützpunkte sollte strategisch gut durchdacht sein, um die Hilfsfristen zum zeitgerechten Eintreffen am Einsatzort einhalten zu können. Ebenso kann es sich als vorteilhaft erweisen, wenn ein gemeinsamer Stützpunkt mit einem NEF gewählt wird. Eine reine Aufstockung von Rettungsmitteln behebt nicht das strukturelle Problem mit verlängerter Fahrzeit.⁸²

Analog dazu ist die entsprechende Vorhaltung an Einsatzmitteln abzustimmen und laufend anzupassen. Es ist notwendig, eine bedarfsgerechte Abdeckung mit RTW, KTW und Notarztmitteln zu gewährleisten, wobei die Wahrscheinlichkeit gleichzeitiger Notfallmeldungen (Duplizitätswahrscheinlichkeit) je nach Versorgungsbereich zu berücksichtigen ist. Dazu gibt es dementsprechende geeignete statistische und mathematische Verfahren.⁶⁶ Zusätzlich müssen etwaige Spitzen abgedeckt werden können. Diese können durch erhöhtes Einsatzaufkommen, durch eine höhere Anzahl von PatientInnen (größere Ereignisse wie Verkehrsunfälle, Brände, Vergiftungen, etc.) entstehen, oder dadurch, dass eigene Einsatzkräfte in benachbarten Gebieten aushelfen müssen.

⁸² Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edeweicht, S.245.

Eine weitere Möglichkeit ist es, Rettungsmittel mobil, je nach Einsatzlage, zu stationieren, was bei einem zeitlich klar abgrenzbarem Einsatzgeschehen (z.B. in den Morgenstunden bei der Rush Hour) Sinn macht.⁸³

Sofern ein gewisser Sicherheits- bzw. Überbestand an RTWs vorhanden ist, der sich am statistischen Restrisiko orientieren sollte, können RTWs auch ohne Unterschreitung des zulässigen Sicherheitsniveaus für Nicht-Notfälle bzw. Krankentransporte herangezogen werden, was sich beispielsweise zur Abdeckung von Spitzen im Fahrtenaufkommen eignet.⁸⁴ Über den Tag verteilt gibt es mehrere Spitzen im Krankentransport, die bewältigt werden müssen. Basierend auf der zeitlichen Dauer der Nicht-Verfügbarkeit der Fahrzeuge bei einem Transport kann dementsprechend die Anzahl angepasst werden. Das heißt, dass in einem städtischen Gebiet die Fahrzeuge schneller wieder einsatzbereit sind, als im ländlichen Raum, wo mit verlängerten Fahrtzeiten zu rechnen ist.

Neben den KTWs als First Responder kann gerade in peripheren Gebieten die Schaffung eines organisierten Ersthelferssystems die Versorgung deutlich verbessern. Solche Systeme sind in Österreich aktuell noch eher selten zu finden. Dabei wird bei einem Notfall ein sich in Bereitschaft befindliches Ersthelfer-Personal (mind. RettungssanitäterIn) von der Leitstelle alarmiert, welches sich mit medizinischer Notfallausrüstung zum (meistens nahe gelegenen) Einsatzort begibt, wo die Basismaßnahmen bis zum Eintreffen des Rettungsmittels durchgeführt werden.

Der Krankentransportdienst bietet neben der First-Responder-Funktion auch die Möglichkeit einer Rückfallebene für Großschadensereignisse und Katastrophen. Er ist ebenso nachts notwendig, wenn auch in geringerem Umfang, da die Anzahl der Transporte in dieser Zeit (Behandlungsfahrten, Heimtransporte etc.) geringer ist.

Die notwendige Anzahl an Ressourcen für den Krankentransport lässt sich ebenfalls durch statistische Erfahrungswerte definieren. Dabei steht jedoch nicht die Hilfsfrist im Vordergrund, sondern eine Maximierung der Auslastung inklusive der Abdeckung von Spitzen.

⁸³ Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edeweicht, S.246.

⁸⁴ Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edeweicht, S.248.

4.4.3 Schnittstellen zu anderen Gesundheitseinrichtungen

Ein optimiertes Schnittstellenmanagement zu anderen Gesundheitseinrichtungen beeinflusst in großem Maße die Effizienz des eigenen Systems. So ist die Übergabe von PatientInnen im Krankenhaus als einer der wichtigsten Punkte zu sehen. Der Patient/die Patientin muss fachgerecht vom Rettungsdienst in die weitere medizinische Behandlung übergeben werden, ohne dass die Kette der Versorgung unterbrochen wird. Informationen über Vorgeschichte, Anamnese, gesetzte Maßnahmen und Verlauf beeinflussen die weitere optimale Behandlung der Patienten. Ebenso wichtig ist eine leistungsfähige Übergabe im Hinblick darauf, als Wartezeiten für den Rettungsdienst eine temporäre Nicht-Einsatzbereitschaft bedeuten.

Hinsichtlich einer reibungsfreien und einfachen Zusammenarbeit sind auch die Schnittstellen zu niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, SozialversicherungsträgerInnen und anderen Behandlungseinrichtungen in Bezug auf eine reibungsfreie und einfache Zusammenarbeit von Bedeutung.

4.4.4 Technik

Technische Innovationen erleichtern die Arbeit des Rettungsdienstes ebenfalls. Sowohl seitens der Disposition, die mittels GPS-gestützten Systemen einfach das nächstgelegene freie Rettungsmittel ermittelt, als auch von medizinischer Seite her. Elektronische, vernetzte Systeme eröffnen darüber hinaus eine vereinfachte Datenerfassung und Abrechnung.

Der Einzug der EDV-unterstützten Systeme hat auch vor der Notfallmedizin nicht halt gemacht, jedoch haben sich solche Systeme noch nicht überall durchgesetzt. In manchen Bundesländern ist der Digitalfunk bereits etabliert, der die Kommunikation mit anderen Einsatzorganisationen ermöglicht. Der Sprachfunk wurde bereits vielerorts durch den Datenfunk ersetzt bzw. ergänzt und ermöglicht klarere Kommunikation, da die Einsatzdaten direkt im Fahrzeug angezeigt werden. Mittels Ortungstechnik durch das globale Positionierungssystem GPS lassen sich die Eintreffzeiten der Einsatzmittel verringern, da der Computer automatisch das nächstgelegene Rettungsfahrzeug vorschlägt. Trotz dieser Vorteile dürfen diese Systeme

nicht als Ersatz für einen langjährig erfahrenen, mit Ortskenntnissen ausgestatteten Disponenten dienen.

Im Bereich der medizinischen Geräte ergeben sich laufend neue Innovationen. So sind heute EKG-Monitor / Defibrillator Stand der Technik. Neue Möglichkeiten ergeben sich durch Neuheiten wie zum Beispiel einem mobilen Ultraschallgerät zur Diagnostik, Blutgasanalysegeräten und Thoraxkompressionsgeräten, welche eine qualitativ hochwertige Herzdruckmassage gewährleisten.

Große Bedeutung für die Notfallmedizin hat die Entwicklung der Telemetrie. So ist es bereits ohne Probleme möglich, EKG-Daten vorab an den zuständigen Kardiologen/die zuständige Kardiologin im Krankenhaus zu übermitteln um die Behandlung zu spezifizieren. In manchen Rettungsdiensten ist die Verwendung von elektronischer Einsatzdokumentation bereits Standard. Synergien würden sich durch die elektronische Gesundheitsakte bieten, bei der die wichtigsten medizinischen (und für den Rettungsdienst sehr relevanten!) Informationen auf der e-Card abgespeichert sind. So lassen sich beispielsweise Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bereits im Vorhinein ausschließen.

Eine weitere Möglichkeit, der Telemetrie, ist die Einrichtung eines „Tele- oder Konsultations-Notarztes“⁸⁵, der rund um die Uhr als Ansprechpartner für das nichtärztliche Personal vor Ort zur Verfügung steht und – sofern erforderlich – medizinische Anweisungen bezüglich Therapie und Versorgung gibt. Dieser ist nicht als Ersatz für das Notarzt-System gedacht. Jedoch kann er oder sie gerade bei einer schwierigen Verfügbarkeit im ländlichen Bereich die Versorgung verbessern. Auch in jenen Situationen, in denen bei nicht gravierenden Einsätzen eine Nachalarmierung der wertvollen und knappen Ressource Notarzt als nicht zweckmäßig erscheint. Der „Tele-Notarzt“ kann mittels Audio-, Video- und Vitalparameterübertragung sehr gut den Zustand des Patienten einschätzen, ohne dass er sich dazu aus der Klinik begeben muss. Ein Projekt wurde in dieser Form mit positiven Ergebnissen bereits in Aachen umgesetzt.⁸⁶

⁸⁵ Vgl. Gschnaller, B. (2012): Notkompetenzen im Rettungsdienst Österreich, Saarbrücken, S.43ff.

⁸⁶ Vgl. Webseite <http://www.rettungsdienst.de/nachrichten/tele-notarzt-fahrt-in-aachen-mit-12633> vom 04.09.2012.

4.4.5 Fuhrpark

Fahrzeuge sind essentieller Bestandteil eines Rettungsdienstes. So gibt es für jeden Zweck das geeignete Fahrzeug mit all seinen Standards, Vor- und Nachteilen. Krankentransportfahrzeuge sind in der Anschaffung zwar relativ günstig, aufgrund verringerter Abmessungen und reduzierter Einrichtung aber nicht für Einsätze in der Notfallrettung geeignet. Eine Vereinheitlichung von Ausrüstung und Fahrzeugtypen schafft wirtschaftliche und organisatorische Synergieeffekte. Eine überregionale Fahrzeugbeschaffung im Sinne von Kontingenten ermöglicht außerdem eine deutliche Kostenreduktion. Im Sinne eines Fuhrparkmanagements wird der eigene Fahrzeugbestand verwaltet, gesteuert, geplant und kontrolliert.

Zu überdenken ist der Einsatz von Krankentransportwagen, welche mehrere PatientInnen transportieren können. Planbare Transporte könnten somit zusammengelegt und Fahrten eingespart werden. Bei Evakuierungen (beispielsweise bei Bränden etc.) wären solche Fahrzeuge in der Lage, mehrere Personen aufzunehmen.

Für Intensivverlegungen bzw. Sekundärtransporte sind ebenfalls gesonderte Fahrzeuge vorzuhalten, um den Regelrettungsdienst nicht zu beeinflussen und andererseits, um den speziellen Anforderungen dieser Transporte zu entsprechen. Dabei wird erweiterte medizinische Ausrüstung in den Fahrzeugen wie beispielsweise Inkubator, Perfusoren, Schwebetisch etc. notwendig sein. Bei Großunfällen oder Spitzen im Einsatzaufkommen können sie als Reserve-Sonderrettungsmittel in Bereitschaft gehalten werden.

4.4.6 Organisation

Eine korrekte und bedarfsgerechte Disposition hilft ebenfalls, die Effizienz im Rettungsdienst zu steigern. Das passende Rettungsmittel in der richtigen Zeit zum richtigen Ort zu bringen ist essentiell. Neben gut medizinisch und einsatztaktisch ausgebildeten, erfahrenen MitarbeiterInnen können hierbei neben Fahrzeugordnungssystemen auch Abfragesschemata wie das Advanced Medical Priority Dispatch System AMPDS von großem Vorteil sein, wie es bereits in mehreren Leitstellen Einzug gehalten hat.

Je nach Rettungsmittel müssen die dementsprechenden MitarbeiterInnen zum Einsatz kommen. So empfiehlt es sich einen RTW mit zwei NotfallsanitäterInnen und einem/einer dritten Notfall- oder Rettungssanitäter/-sanitäterin zu besetzen. Gerade komplexe Einsatzsituationen sind in einem 3er-Team deutlich besser abzuhandeln. Pro Rettungsfahrzeug darf aus Gründen des Datenschutzes nur ein Notfallpatient/eine Notfallpatientin transportiert werden.

Als effizienzsteigernde Maßnahme und zur Sicherung der Qualität muss die Schaffung eines sogenannten „Field Supervisors“ (zu Deutsch „außendienstliches Aufsichtsorgan“) in Betracht gezogen werden. Solche Systeme haben sich beispielsweise bereits in den USA und zum Teil auch schon bei der Wiener Berufsrettung etabliert.

Erfahrene, vorzugsweise in der Ausbildung tätige MitarbeiterInnen sollen bei aufwändigen Einsätzen den Ablauf und die Versorgung gemäß vorgegebenen Qualitätsstandards überwachen und unterstützend der Rettungswagen-Mannschaft zur Seite stehen. Im Sinne einer korrekten Patientenversorgung können dadurch Verbesserungen erreicht werden. Ebenso besteht die Option, dass der Field Supervisor bei größeren Einsätzen, wo mehrere Rettungsmittel tätig werden, als operativer Einsatzleiter vor Ort fungiert.

5 Ausbildung als Qualitätsmerkmal

5.1 Zehn Jahre Sanitätergesetz – Bilanz und Ausblick

5.1.1 Der Weg zum Sanitätergesetz

Bis zum SanG mussten SanitäterInnen im rechtlichen Graubereich handeln, da ihr Tätigkeitsfeld und ihre Ausbildung nicht genau geregelt waren. Das Gesetz wurde im Jahr 2002 umgesetzt und war zum damaligen Zeitpunkt bereits überfällig, da die bisherige gesetzliche Regelung für die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals aus dem Jahr 1961 stammte.⁸⁷ Bei der Entstehung des Gesetzes gab es mehrere Konfliktlinien, welche aus Bund/Länder, Beruflichkeit/Ehrenamtlichkeit sowie ärztlich/nichtärztlich bestanden. Jeder Zugewinn an Kompetenz der einen Seite führt zum Verlust der anderen und somit automatisch zu deren Einspruch.⁸⁸ Durch die historische Entwicklung bedingt, spielte die Ehrenamtlichkeit im österreichischen Rettungsdienst eine nicht wegzudenkende Rolle. Deswegen stellt es auch heute noch eine Besonderheit dar, dass diese ein Pfeiler des Rettungssystems ist. Seitens der Länder und der Rettungsorganisationen gab und gibt es große Bedenken, dass eine zu starke Erhöhung des Ausbildungsumfangs die Freiwilligkeit unmöglich machen würde. Die Befürchtung der EntscheidungsträgerInnen war, dass anstatt des kostengünstigen Systems mit einem hohen Anteil von Freiwilligen, viel teures, hauptberufliches Personal angestellt hätte werden müssen.⁸⁹

Bis zur Schaffung des Sanitätergesetzes gab es nur für berufliches Personal eine Regelung der Ausbildung (MTF SHD Gesetz). Sanitäter mussten damals eine theoretische Ausbildung im Ausmaß von 135 Stunden absolvieren. Jedoch musste diese Ausbildung erst bis nach spätestens zwei Jahren ab Beginn der Tätigkeit absolviert werden. Dadurch agierte ein Großteil der SanitäterInnen in einem rechtlichen Graubereich, da für ehrenamtliches Personal überhaupt keine gesetzliche

⁸⁷ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.169.

⁸⁸ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.4.

⁸⁹ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.1.

Regelung definiert war.⁹⁰ Der SanitäterInnenberuf war einem Hilfsarbeiterberuf gleichzusetzen. Die Ausbildung galt nicht als Berufsausbildung und die hauptamtlichen MitarbeiterInnen forderten die Schaffung eines Berufsbildes, samt der Anerkennung von Berufskrankheiten.

ÖAGW Ausbildungsentwurf

Die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen (ÖAGW) erstellte im Jahr 1993 einen knapp 600-seitigen Forschungsbericht über „Analysen und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst.“⁹¹ Dieser enthielt einen Entwurf, welcher eine dreistufige Ausbildung des nichtärztlichen Personals vorsah. Dabei gab es die Forderung, dass das Personal im Rettungsdienst mit qualifiziertem Krankenpflegepersonal im Anästhesie- oder Intensivbereich gleichzusetzen sei.⁹²

Als unterste Stufe der Ausbildung war der Rettungshelfer/die Rettungshelferin vorgesehen, welcher/welche nur als drittes Besatzungsmitglied am Rettungswagen mitfahren sollte und mit einem/einer in Ausbildung stehenden RettungssanitäterIn gleichzusetzen war. Dieser Rettungshelfer/diese Rettungshelferin sollte nur unter Aufsicht von LehrrettungsassistentInnen arbeiten dürfen. Die nächste Stufe im ÖAGW-Entwurf stellten RettungssanitäterInnen dar: Mit 560 Stunden Ausbildung sollte ihre Hauptaufgabe die pflegerische und soziale Betreuung der PatientInnen sein, um als nicht verantwortliche zweite Sanitätsfachkraft den PatientInnentransport zu begleiten. Die oberste Stufe sah einen diplomierten Rettungsassistenten/eine diplomierte Rettungsassistentin mit 4400-stündiger Ausbildung vor. Dieser/diese sollte als hoch qualifizierte medizinische Assistenzfachkraft für die präklinische Versorgung PatientInnen eigenverantwortlich betreuen und dem Notarzt/der Notärztin vollwertig assistieren. Zusätzlich wurde die separate Ausbildung zum/zur diplomierten Lehrrettungsassistenten/Lehrrettungsassistentin vorgeschlagen. Als Ausbildungsort für das Rettungsdienstpersonal wurde eine Öster-

⁹⁰ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.17.

⁹¹ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.24.

⁹² Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.36.

reichischen Rettungsakademie und deren Departments an den Standorten der medizinischen Fakultäten in Erwägung gezogen, sowie auch Krankenpflegeschulen. Ausbildungsträger sollte der Bund bzw. die Sozialversicherungsträger sein. Zusätzlich wurden in diesem Entwurf Möglichkeiten zur Sonderausbildung sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten beschrieben. Überaus umfangreich war die geplante Fortbildungspflicht mit zehn Arbeitstagen pro Jahr geplant.

Die Studie ging davon aus, dass es durch diese Form der Rettungsdienst-Ausbildung und damit verbundener besserer Intensivbehandlung zu Einsparungen aufgrund geringerer Letalität, und verminderter Folgen von Invalidität kommen würde. Die höheren Kosten durch die verbesserte Ausbildung waren laut dem Forschungsbericht geringer als der errechnete Nutzen.⁹³

ÖBIG Expertise und Ausbildungskonzept

Im Jahr 1995 entstand eine 44-seitige Expertise über die Entwicklung der Ausbildung zum Sanitätsgehilfen/zur Sanitätsgehilfin im Rettungs- und Krankentransportwesen; diese wurde vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz veröffentlicht. Dabei wurden bereits die beiden modularen Ausbildungsebenen mit SanitäterInnen und NotfallsanitäterInnen beschrieben. Für den Sanitäter/die Sanitäterin war u.a. die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung während des Transports von kranken, verletzten und sonstigen hilfsbedürftigen Personen vorgesehen. Dabei war jedoch die eigenverantwortliche Betreuung von NotfallpatientInnen nicht enthalten – diese Tätigkeit wurde den Notfallsanitätern zugeordnet. Zusätzlich wurden folgende Sonderausbildungen empfohlen: Lehrtätigkeit, Fahrausbildung, LeitstellendisponentInnenausbildung, BetriebssanitäterInnenausbildung. Die Ausbildung zum Leitstellendisponenten/zur Leitstellendisponentin sollte dabei nur für NotfallsanitäterInnen möglich sein.⁹⁴ Eine nähere Aufschlüsselung der Ausbildungsdauer ist in der ÖBIG Expertise nicht vorhanden. Jedoch konnten bereits Grundzüge des heutigen SanG erkannt werden. Die notärztliche Assistenz für SanitäterInnen war darin jedoch noch vorgese-

⁹³ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.36ff.

⁹⁴ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.45ff.

hen und für die Ausübung der Notkompetenz war keine Verständigung oder Nachforderung eines Arztes/einer Ärztin geplant.⁹⁵

Zwei Jahre nach der ÖBIG Expertise wurde das ÖBIG Ausbildungskonzept für SanitäterInnen und NotfallsanitäterInnen erstellt. Es entstand ein vierstufiges, modulares Konzept, welches vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegeben wurde. Die Basisstufe sollte ein „Sanitätshelfer“ mit insgesamt 256 Stunden Ausbildungsdauer darstellen. Für die berufliche Tätigkeit war die darauf aufbauende Erweiterung mit 64 Stunden Theorie zum „Sanitäter“/zur „Sanitäterin“ geplant. Das Einsatzgebiet sollte dabei u.a. bis zum Einsatz im KTW und als zusätzliches Besatzungsmitglied im RTW reichen. Als dritte Stufe war der Notfallsanitäter/die Notfallsanitäterin mit zusätzlich 160 Stunden Theorie, 160 Stunden Krankenhauspraktikum und 160 Stunden Notarztdienstpraktikum mit einer Gesamtsumme von 800 Stunden geplant. Ebenso forderte die ÖBIG in ihrem Konzept eine Überprüfung der Kenntnisse im Zweijahres-Abstand. Die Voraussetzung als Leitstellendisponentenpersonal bereits NotfallsanitäterIn zu sein, wurde hier allerdings bereits nach unten revidiert und sollte auch für SanitäterInnen möglich sein. Das brachte auch Kritik der Ärztekammer zu diesem Entwurf, jedoch wurde die Zusatzausbildung zum Leitstellendisponenten/zur Leitstellendisponentin im SanG komplett weggelassen.⁹⁶

Gesetzesentwürfe

1998 wurde der Entwurf eines Bundesgesetzes über Beruf und Ausbildung der SanitäterInnen vom Gesundheitsministerium aufgelegt. Dieser sah u.a. vor, dass alle hauptberuflich tätigen SanitäterInnen die Vollausbildung (NotfallsanitäterInnen) absolvieren sollten, was zu einem massiven Protest der Länder führte. Deswegen wurde ein überarbeiteter Ministerialentwurf im Jahre 1999 erstellt. Darin wurde allerdings festgehalten, dass die untere Ausbildungsstufe – nun als RettungssanitäterIn bezeichnet – auch zur selbstständigen Tätigkeit im Rettungsdienst herangezogen werden kann. Auch wollte man mit dem Gesetzesentwurf in die Kompetenz der Länder auf keinen Fall eingreifen und die Organisation des

⁹⁵ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.50.

⁹⁶ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.51ff.

Rettungsdienstes in deren Wirkungsbereich belassen. Ein weiterer Punkt dieses Entwurfs war, dass die notärztliche Assistenz nur mehr den NotfallsanitäterInnen zugeordnet werden sollte und dass der jeweilige ärztliche Vertreter/die jeweilige ärztliche Vertreterin der Rettungsorganisation den Umfang der Medikamentenlisten festlegen kann. Dadurch besteht die Gefahr, dass ein Patient/eine Patientin je nach Rettungsorganisation unterschiedlich versorgt wird. Nichtsdestotrotz wurde diese Regelung beibehalten und ist nun gültig. Des Weiteren wurde festgelegt, dass der jeweilige ärztliche Vertreter/die jeweilige ärztliche Vertreterin die Genehmigung zur Ausübung der besonderen Notkompetenz NKI freigeben muss. Die standardmäßige Berechtigung der Defibrillation für SanitäterInnen war noch nicht Teil dieses Gesetzesentwurfs.⁹⁷

Der Gesetzesentwurf sorgte für teils heftigen Widerstand. So verlautbarte beispielsweise die Niederösterreichische Landesregierung, dass dadurch das auf ehrenamtliche MitarbeiterInnen gestützte Rettungssystem gefährdet sei und dieser Gesetzesentwurf abgelehnt werden müsse.

Ein weiterer Ministerialentwurf wurde im Oktober 2000 verfasst welcher in den meisten Teilen bereits dem späteren Sanitätergesetz glich. Erst in diesem Entwurf wurden Kompetenzen wie Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung oder die Verabreichung von Sauerstoff durch den Rettungssanitäter/die Rettungssanitäterin fixiert. Auch wurde nun die Defibrillation durch RettungssanitäterInnen erlaubt. Somit konnte man gewährleisten, dass diese auch im Rettungsdienst eingesetzt werden konnten, wenn auch nicht eigenverantwortlich bei der Betreuung von NotfallpatientInnen. Zusätzlich wurde für NotfallsanitäterInnen mit allgemeiner Notfallkompetenz die Regelung über die Verständigung eines Arztes/einer Ärztin eingeführt. Dabei wurde jedoch nicht festgelegt, welcher Arzt/welche Ärztin (der diensthabende Notarzt/die diensthabende Notärztin der eigenen Rettungsorganisation, der/die nächste erreichbare etc.) verständigt werden muss. Bei der besonderen Notfallkompetenz NKI wurde die Überprüfung der Kenntnisse und Fertigkeiten von sechs Monaten auf zwei Jahre verlängert.⁹⁸ Im Bereich der Ausbildungsdauer wurde diese für den hauptberuflichen

⁹⁷ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.57ff.

⁹⁸ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.80ff.

RettungssanitäterInnen im Vergleich zum vorherigen Entwurf von 160 auf 140 Stunden gesenkt; bei freiwilligen RettungssanitäterInnen von 120 auf 100.⁹⁹ Die Fortbildungsdauer wurde von acht Stunden in einem Jahr auf 16 Stunden in zwei Jahren geändert, um so Rücksicht auf die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zu nehmen. Sonderausbildungen wie zum Beispiel Einsatzfahrer oder Leitstellendisponent wurden gestrichen und somit den Organisationen selbst überlassen.

Danach folgte noch eine leicht angepasste Regierungsvorlage. Das SanG wurde am 18.01.2001 kundgemacht und trat mit 01.07.2002 in Kraft.

5.1.2 Hintergründe, Stellungnahmen und Kritik zu den SanG-Entwürfen

Nachdem der Ministerialentwurf BMAGS, 21.251/43-VIII/D/13/98 vom 27.08.1998 wie bereits erwähnt aufgrund der Absicht, alle beruflichen SanitäterInnen die Vollausbildung absolvieren zu lassen von Seiten der Länder zurückgewiesen wurde, hatte man einen überarbeiteten Entwurf erstellt. Dieser wurde am 04.03.1999 unter dem Zeichen BMAGS, 21.264/6-VIII/D13/99 veröffentlicht.¹⁰⁰ Durch diesen Ministerialentwurf wurde die ehrenamtliche Tätigkeit im Rettungsdienst bereits auch mit der untersten Ausbildungsstufe möglich.¹⁰¹ Auch wurde die Regelung eingeführt, dass der entsprechende ärztliche Vertreter/die entsprechende ärztliche Vertreterin der Rettungsorganisation bestimmen kann, welchen Umfang die Arzneimittelien haben.¹⁰² Dadurch kann es zu dem Fall kommen, dass ein Patient/eine Patientin – wie bereits erwähnt – je nach Rettungsorganisation und deren Arzneimittelien unterschiedlich behandelt wird. Diese besondere Regelung ist auch Teil des SanG und wurde nicht überarbeitet.

Danach folgte der erneut überarbeitete, aber schon sehr nah am zukünftigen SanG liegende Ministerialentwurf BMSG, 21.264/10-VIII/D/13/00 vom 19.10.2000. Zu diesem Entwurf gab es viele Stellungnahmen.

⁹⁹ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.84.

¹⁰⁰ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.53.

¹⁰¹ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.57.

¹⁰² Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitättergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.59.

Stellungnahme Christoph Redelsteiner

Eine sehr interessante, weil als einzige von einer Privatperson eingebrachte Stellungnahme kam von Christoph Redelsteiner. Dieser hat sich in den USA zum Paramedic (Notfallmedizinische Fachkraft; in einem Paramedic-System kommt in der Regel kein Notarzt vor Ort zum Einsatz), sowie zum Paramedic-Instruktor ausbilden lassen. Ebenso hat er die zweijährige Ausbildung zum deutschen Rettungsassistenten absolviert und als Lehrrettungsassistent gearbeitet. Seine Stellungnahme beschäftigt sich mit dem Grundtenor des Gesetzes und ist eher allgemein gehalten. Das Gesetz sollte als ersten Punkt die Verbesserung der Versorgungsqualität für PatientInnen enthalten und die erweiterten lebensrettenden Maßnahmen bis zum Eintreffen eines Notarztes/einer Notärztin beinhalten. Als zweites ist keine klar definierte Abgrenzung zwischen Krankentransport und Rettung von NotfallpatientInnen enthalten. Durch die geringe Ausbildung sollte die eigenverantwortliche Betreuung von NotfallpatientInnen durch RettungssanitäterInnen nicht zulässig sein und nur NotfallsanitäterInnen vorbehalten bleiben. Auch sollte ein Gesetz, das sich mit Ausbildung und Beruf des SanitäterInnen beschäftigt, eine typische Berufsausbildung beschreiben wie zum Beispiel im Sinne einer Lehre, Fachschule, HTL/HBLA etc. So hat beispielsweise ein Bäcker, Maler, Friseur etc. eine dreijährige Lehr- und Ausbildungszeit, was bei einem Sanitäter/einer Sanitäterin nicht der Fall ist. Dabei wird angemerkt, dass der vorliegende Entwurf aus einem Kompromiss entstanden ist. Auch eine breite berufliche Bildung wird in diesem Sinn dadurch nicht geboten. Zusätzlich wird angemerkt, dass keinerlei Umstiegsmöglichkeiten in verwandte Gesundheitsberufe möglich sind und somit ein „Sackgassenberuf“ geschaffen wird. Bezüglich der Fortbildungspflicht werden die vorgegebenen 16 Stunden in Anbetracht der raschen Weiterentwicklung der Notfallmedizin als zu gering angesehen. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern findet sich dieser Entwurf an der absolut untersten Grenze für Rettungsfachpersonal. Andere Länder, welche ein notarztgestütztes Rettungssystem haben, stellen dem Notarzt/der Notärztin eine präklinische Fachkraft analog zum diplomierten Krankenpfleger/zur diplomierten Krankenschwester zur Seite. Abschließend wird angemerkt, dass es sich bei dem Gesetzesentwurf um einen gerade noch tolerierbaren Kompromiss und ein absolutes Minimum handelt, das eine präklinische Versorgung gerade noch gewährleistet. Zusätzlich erläutert Redel-

steiner: „Jeder Abstrich nach unten wäre den Patienten gegenüber nicht zu verantworten und würde den hohen Aufwand, den wir uns glücklicherweise für die klinischen und extramuralen Bereiche des Gesundheitswesens leisten, ad absurdum führen. Der Gesundungsweg des Patienten/der Patientin beginnt oft mit dem Notruf zur Rettung. Versäumnisse der präklinischen Versorgung können auch Magnetresonanzgeräte, Unfall-, Neuro- und Transplantationschirurgen bzw. Rehabilitationszentren nie mehr aufholen.“¹⁰³

Die Forderung, dass RettungssanitäterInnen NotfallpatientInnen nicht eigenverantwortlich betreuen dürfen, wurde im späteren SanG umgesetzt.

Stellungnahmen einzelner Landesregierungen

Die Niederösterreichische Landesregierung war in ihrer Stellungnahme vom 21.11.2000 der Ansicht, dass die Medikamentengabe durch NotfallsanitäterInnen nicht zu befürworten ist.¹⁰⁴

In der umfangreicheren Stellungnahme der Wiener Landesregierung vom 23.11.2000 wird festgehalten, dass der Gesetzesentwurf nicht zu einem zeitgemäßen Berufsbild für SanitäterInnen führt und auch nicht eine Erweiterung des Tätigkeitsbereiches sowie eine Verbesserung der Ausbildung bewirkt. Ein wesentlicher Punkt sind dabei auch die entstehenden Mehrkosten. Unklarheiten werden bei der Unterscheidung der Kenntnisse zwischen Rettungs- und Notfallsanitäter bemängelt. Die Unterscheidung zwischen Notfallsanitätern ohne und solchen mit Notfallkompetenzen ist laut Ansicht der Wiener Landesregierung abzulehnen, da ein NFS die Kompetenz zur Versorgung von Notfallpatienten erst nach zwei zusätzlich absolvierten Modulen (NKA, NKV) besitzt. Der NFS sollte sich vom RS nicht nur davon unterscheiden, als professioneller Assistent des Notarztes tätig zu werden, sondern auch durch die Kompetenz zur Verabreichung von Arzneimitteln haben und die Punktion peripherer Venen sowie die Gabe von kristalloiden Infusi-

¹⁰³ Vgl. Webseite Parlament
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/ME/ME_00112_03/imfname_000000.pdf vom 15.05.2012.

¹⁰⁴ Vgl. Webseite Parlament
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/ME/ME_00112_13/imfname_000000.pdf vom 15.05.2012.

onen durchführen dürfen. In der Stellungnahme wird kritisch angemerkt, dass es im Ermessen der jeweiligen Organisation liegt, welche Arzneimittel durch NotfallsanitäterInnen verabreicht werden dürfen.¹⁰⁵ Das SanG wurde dahingehend nicht angepasst.

Die Stellungnahme der Salzburger Landesregierung vom 24.11.2000 kritisiert das Erfordernis einer vorangehenden Verständigung des Notarztes/der Notärztin bei der Anwendung von Notfallkompetenzen, welche missverständlich ausgelegt werden kann. Dabei ist unklar, ob das Herbeirufen eines (Not)arztes /einer (Not)ärztin erforderlich ist oder nur dessen/deren Information ausreicht.¹⁰⁶ Im beschlossenen Sanitätergesetz wurde dies beibehalten und somit reicht die bloße Verständigung.

Ein zusammenfassender Grundtenor, der sich durch einen Großteil der Stellungnahmen zieht, ist die Tatsache, dass es hauptsächlich um Mehrkosten geht welche kritisiert werden und dass die Tätigkeit der freiwilligen HelferInnen nicht gefährdet werden darf.

Diverse Stellungnahmen

In der Stellungnahme der Bundeskonferenz des wissenschaftlichen und künstlerischen Personals der österreichischen Universitäten vom 28.11.2000 wird der Entwurf als erster Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Jedoch wird die angesetzte Fortbildungsdauer aufgrund der raschen Entwicklungen in der Notfallmedizin als zu gering angesehen. Des Weiteren wird die Schaffung von Einsatzkriterien für NotärztInnen gefordert. Bezüglich der Gabe von Arzneimitteln wird vorgeschlagen, sich an internationalen Richtlinien zur orientieren, anstatt die jeweiligen Organisationen selber entscheiden zu lassen. Die Notwendigkeit, berufliche Umstiegsmöglichkeiten für SanitäterInnen zu schaffen, wird hier ähnlich wie in der Stellungnahme von Christoph Redelsteiner als Notwendigkeit angeführt, da eine lebenslange Beschäftigung in diesem Beruf kaum möglich ist. Abschließend wird angemerkt:

¹⁰⁵ Vgl. Webseite Parlament
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/ME/ME_00112_14/imfname_000000.pdf vom 15.05.2012.

¹⁰⁶ Vgl. Webseite Parlament
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/ME/ME_00112_15/imfname_000000.pdf vom 15.05.2012.

„Gerade weil dieser Entwurf keine typische Berufsausbildung vorsieht (was zu diskutieren wäre), wäre hier eine entsprechende Ausgestaltung notwendig.“¹⁰⁷

Die Tiroler Landeskrankenanstalten GesmbH verlautbarte am 22.11.2000, dass eine einheitliche Regelung im Rahmen eines Katalogs getroffen werden sollte, welches Arzneimittel zwecks welcher Maßnahme verabreicht werden sollte. Weiters wurde auf die paradoxe Situation verwiesen, in die NotfallsanitäterInnen kommen könnten, wenn sie bei mehreren Organisationen mit unterschiedlichen Arzneimittellisten tätig sind. Auch wird bemängelt, dass bei der NKI-Ausbildung die Mindestanzahl an durchzuführenden Intubationen vorgegeben werden sollte. Abschließend wird das Fehlen einer vorgegebenen Zusatzausbildung des Leitstellenpersonals bemängelt.¹⁰⁸

Im Statement der Österreichischen Ärztekammer, welches am 22.11.2000 ausgegeben wurde, wurde bemängelt, dass es für Leitstellenpersonal keine Mindestqualifikation im SanG gibt. Die Schaffung eines Leitstellensanitäters/einer Leitstellensanitäterin wird angeregt, da nicht alle SanitäterInnen die notwendigen Kompetenzen mitbringen. Zusätzlich wird die Empfehlung abgegeben, dass der Notruf von ÄrztInnen oder NotfallsanitäterInnen entgegengenommen werden soll. Die Ärztekammer fordert in der Stellungnahme, dass NotfallsanitäterInnen bei Verwendung von Notfallkompetenzen direkt einen Notarzt/eine Notärztin nachfordern müssen. Insbesondere bei Reanimationen wäre ein österreichweit einheitliches und verpflichtendes Dokumentationsblatt begrüßenswert. Dies wäre im Sinne der Qualitätssicherung von großer Bedeutung – nicht nur bei Wiederbelebensmaßnahmen. Im Entwurf werden RettungssanitäterInnen ermächtigt u.a. die Transportfähigkeit wiederherzustellen. Dieser Begriff ist jedoch viel zu weit gefasst und auch nicht klar definiert. Daher sollte klargestellt werden, was genau ein Rettungssanitäter/eine Rettungssanitäterin dabei darf. Im Bezug auf den „ordentlichen Notarzt-dienst“ sollte dieser Begriff eingeführt und in der Rechtspraxis der Länder verankert werden. Eine große Bedeutung hat die notwendige Gliederung von Wei-

¹⁰⁷ Vgl. Webseite Parlament
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/ME/ME_00112_28/imfname_000000.pdf vom 15.05.2012.

¹⁰⁸ Vgl. Webseite Parlament
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/ME/ME_00112_29/imfname_000000.pdf vom 15.05.2012.

sungsrecht und medizinischer Verantwortung, welche für jede Dienststelle definiert sein muss. Kritisiert wird die individuelle Ausgestaltung der Arzneimittellisten durch die einzelnen Organisationen und eine Angleichung an internationale Richtlinien wie zum Beispiel dem ERC (European Resuscitation Council) wird empfohlen. Die Ärztekammer fordert, dass bei Gebrauch der Notfallkompetenzen verbindlich Kontakt mit einem Arzt/einer Ärztin aufzunehmen ist. In der Ausbildung wird die Vorgabe, im Praktikum mindestens 100 Einsätze im Rettungsdienst zu absolvieren, als notwendig erachtet. Des Weiteren sollen 48 Stunden auf einer Leitstelle im Rettungs- und Krankentransportsystem absolviert werden. Ähnliches wird mit 50 Einsätzen im Notfallsanitäter-Praktikum für notwendig gehalten. NFS mit der besonderen Notfallkompetenz NKI sollen nur dann intubieren dürfen, wenn sie pro Jahr 6-12 Realintubationen durchführen.¹⁰⁹ In der Stellungnahme der Ärztekammer sind viele berechtigte und sinnvolle Anmerkungen zu finden, die jedoch keinen Einzug ins SanG gefunden haben. Auch fällt auf, dass viele Forderungen aufgestellt wurden, um die Interessen der Ärzteschaft bzw. des Arztberufs zu wahren und die Kompetenzen des nichtärztlichen Personals eher zu beschneiden – was bei einer Stellungnahme der Ärztekammer auch zu erwarten war.

5.1.3 Umsetzung des SanG in den einzelnen Bundesländern

Im österreichischen Bundesgebiet ist der Ausbildungsstand der Rettungsdienst-MitarbeiterInnen (beruflich, freiwillig, Zivildienstler) höchst unterschiedlich. So kommen manche Organisationen (auch solche, welche großteils mit Freiwilligen betrieben werden) der Verpflichtung, mindestens einen Notfallsanitäter/eine Notfallsanitäterin auf einem Rettungsfahrzeug zu haben nach. Andere wiederum sind fälschlicherweise der Ansicht, dass NotfallsanitäterInnen nur in Notarztsystemen einzusetzen sind. Nachstehende Tabelle gibt einen groben Überblick über die aktuellen Verhältnisse des Ausbildungsniveaus der Organisationen in Österreich (Stand August 2012).

¹⁰⁹ http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/ME/ME_00112_34/imfname_000000.pdf

Tab. 2: Ausbildungslevel Rettungsdienst-MitarbeiterInnen Österreich

Organisation	Bundesland	RS	NFS	NKA	NKV	NKI
RK	Steiermark	5665	803	234	223	104
RK	Vorarlberg	1071	310	15	134	X
RK	Kärnten	1436	297	X	X	X
RK	Oberösterreich	7000	246	?	?	X
RK	Salzburg	2284	108	0	75	4
RK	Wien	118	31	0	10	10
RK	Burgenland	1072	206	35	16	0
RK	Niederösterreich	7430	1251	79	385	X
RK	Tirol	2201	374		193	8
JUH	Wien	454	10	8	34	12
ASB	Oberösterreich	630	60	20 verteilt über alle NKs		
ASB	Niederösterreich	1227	140	106	92	45
ASB	Wien (EA)	797	57	5	49	13
ASB	Graz	39	1	0	2	0
ASB	Vorarlberg	46	4	0	8	X
Malteser	Ö gesamt	81	9	1	8	3
MA70	Wien	199	264	(insg.)		
voestalpine	Oberösterreich	0	0	0	17	0

Legende:

RK = Rotes Kreuz

JUH = Johanniter Unfall Hilfe

ASB = Arbeiter Samariter Bund

X = Wird nicht ausgebildet / anerkannt

Dabei ist hervorzuheben, dass in einigen Bundesländern bzw. Organisationen die Notfallkompetenz Intubation nicht zur Anwendung kommt.

Ausgehend von diesen Zahlen zeigt die nächste Tabelle das Verhältnis der NotfallsanitäterInnen (NFS, NFS NKA, NFS NKV, NFS NKI) zu den RettungssanitäterInnen in Prozent.

Tab. 3: Anteil der NotfallsanitäterInnen im Vergleich zu den RettungssanitäterInnen

 Anteil NFS zu RS in
 %

RK	Steiermark	24,08
RK	Vorarlberg	42,86
RK	Kärnten	20,68
RK	Oberösterreich	3,51
RK	Salzburg	8,19
RK	Wien	43,22
RK	Burgenland	23,97
RK	Niederösterreich	23,08
RK	Tirol	26,12
JUH	Wien	14,10
ASB	Oberösterreich	9,52
ASB	Niederösterreich	31,21
ASB	Wien (EA)	15,56
ASB	Graz	7,69
ASB	Vorarlberg	26,09
Malteser	Ö gesamt	25,93
MA70	Wien	132,66
voestalpine	Oberösterreich	100,00

Auffallend dabei ist, dass bei der Wiener Berufsrettung der Anteil der NotfallsanitäterInnen größer als jener der RettungssanitäterInnen ist. Auch sonst schwankt der Anteil im Bundesgebiet sehr stark. Die Werksrettung voestalpine nimmt eine Sonderstellung ein, da es dort nur berufliche NotfallsanitäterInnen gibt.

Den größten Anteil an NotfallsanitäterInnen weist – sieht man von der Wiener Berufsrettung ab – das Rote Kreuz Wien mit ca. 43% auf, dicht gefolgt von Vorarlberg mit ebenfalls fast 43%. Diese beiden Organisationen sind auch größtenteils auf freiwilligen MitarbeiterInnen aufgebaut. Den geringsten Anteil in der Liste hat Oberösterreich mit ca. 3,5%. Dabei ist die Zahl der NotfallsanitäterInnen geringer als des Roten Kreuzes Burgenland.

5.1.4 Fazit der Entwicklung des SanG

In der Nationalratsdebatte vom 13. Dezember 2001 wurde von mehreren Abgeordneten die Forderung gestellt, weitere Schritte zur Verbesserung des Sanitätergesetzes zu veranlassen.¹¹⁰ Im SanG ermöglicht §13 die Schaffung von neuen Notfallkompetenzen, was bisher allerdings noch nicht genutzt wurde.

Wenn die aktuelle Stundenanzahl in der RettungssanitäterInnen-Ausbildung mit der vor Einführung des SanG zu absolvierenden Stundenanzahl verglichen wird (135 Stunden), ist klar zu erkennen, dass sich hierbei kaum etwas verändert hat.¹¹¹ Zu merklichen Auswirkungen auf die Zahl der Freiwilligen hat die Einführung des neuen Sanitätergesetzes nicht geführt.¹¹² Das SanG trägt lt. Dr. iur. Hausreither vom Gesundheitsministerium dem Prinzip der Ehrenamtlichkeit Rechnung zu dem sich die Rettungsorganisationen bekannt haben und verursacht für diese keine gravierenden Änderungen in der Struktur und im Personal.¹¹³

Zusammenfassend kann das österreichische Sanitätergesetz als Kompromiss gesehen werden. Sowohl ÖAGW- als auch anfänglich der ÖBIG-Entwurf sahen eine durchaus intensive Ausbildung vor, welche nach und nach in den späteren Entwürfen reduziert wurde. Widerstand aus den Bundesländern war mitunter ein bedeutender Grund. Die Vorgabe, die Kosten nicht zu stark steigen zu lassen und die Freiwilligensysteme nicht zu gefährden, war wichtiger als eine umfangreiche, patientengerechte Ausbildung, wie in anderen Ländern üblich.

Wenn man die Ausbildung mit anderen medizinischen Berufen vergleicht, liegt sie am untersten Minimum. So ist beispielsweise in der insgesamt ca. 1600 Stunden dauernden Ausbildung zum medizinischen Masseur/zur medizinischen Masseurin das Fach Anatomie mit 120 Stunden vorgegeben¹¹⁴ – bei der RettungssanitäterInnen-Ausbildung, wo das Grundverständnis zur Funktion und zum Aufbau des

¹¹⁰ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.125.

¹¹¹ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.153.

¹¹² Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.159.

¹¹³ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.18

¹¹⁴ Vgl. Gesamte Rechtsvorschrift für Medizinischer Masseur- und Heilmasseur- Ausbildungsverordnung, Fassung vom 05.09.2012.

menschlichen Körpers ebenso von enormer Bedeutung ist, nimmt die Anatomie jedoch gerade einmal vier Stunden ein. Beim NotfallsanitäterInnen-Kurs sind es 24.¹¹⁵ Ähnlich verhält es sich beim Fach Pathologie – der Lehre von krankhaften Veränderungen im Körper. Hierbei sieht die Ausbildung zum medizinischen Masseur/zur medizinischen Masseurin welcher/welche unter ärztlicher Aufsicht Heilmassagen durchführen darf, eine Anzahl von 70 Stunden vor. Dagegen ist in der RS-Ausbildung eine Stundenanzahl von zwölf vorgegeben – rechnet man die Fächer wie „Störungen der Vitalfunktionen und Regelkreise und zu setzende Maßnahmen“ und „Notfälle bei verschiedenen Krankheitsbildern und zu setzende Maßnahmen“ zusammen. Beim NFS kommt man analog auf 30 Stunden. Darüber hinaus werden die Tätigkeiten von RS oder NFS im Gegensatz zu einem medizinischen Masseur/einer medizinischen Masseurin anfangs nur selten unter der Aufsicht eines Arztes/einer Ärztin durchgeführt, in einer nicht-planbaren und sich veränderlichen Umgebung und unter besonderem Zeitdruck, Stress sowie unter dem Gesichtspunkt, dass es um Menschenleben geht. Dies erhöht die Brisanz wesentlich.

5.2 Spannungsfeld Theorie und Praxis im Rettungsdienst-Alltag

5.2.1 Tätigkeit als SanitäterIn

Die Anforderungen an einen Rettungsdienst und das dort eingesetzte Personal wurden bereits eingangs erwähnt. Das SanG soll nicht nur diese Anforderungen erfüllen, sondern auch den SanitäterInnen bei ihrer Tätigkeit rechtliche Sicherheit bieten. Deswegen wurden verschiedene Module geschaffen, mit unterschiedlichen Kompetenzen. Nach dem Erreichen aller Notfallkompetenzen brauchen österreichische NotfallsanitäterInnen den Vergleich mit ausländischen Rettungssystemen nicht unbedingt zu scheuen und können so als adäquat ausgebildete Fachkräfte bedenkenlos in der Notfallmedizin eingesetzt werden.

Die Tätigkeit der SanitäterInnen kann selbstständig erfolgen, bei Abwesenheit eines Arztes/einer Ärztin ist diese vorgegeben. Dazu gehören schnelle Diagnose-

¹¹⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Sanitäter-Ausbildungsverordnung, Fassung vom 01.07.2012.

stellung und rasche Einleitung der richtigen Maßnahmen. Die Transportfähigkeit muss hergestellt werden und der fachgerechte Transport inklusive der Überwachung des Zustandes in das richtige Spital erfolgen. Ein Teil der Tätigkeiten entspricht somit denen eines Heilberufes.¹¹⁶ Jedoch ist diese Tätigkeit dadurch gekennzeichnet, dass nur selten eine direkte Ursachenbeseitigung vorgenommen wird, sondern eine teils lebenserhaltende und teils symptomatische Behandlung erfolgt. Dies erfolgt als unmittelbare Vorstufe zur endgültigen medizinisch-ärztlichen Behandlung und kann somit als Heilbehandlung eingestuft werden.¹¹⁷ Die (technische) Rettung von PatientInnen wurde ebenso der Tätigkeit der SanitäterInnen zugeordnet, welche beispielsweise auch den Umgang mit den Rettungsgeräten wie zum Beispiel Trage, Immobilisationsmaterial, etc. beinhaltet. Diese Tätigkeit ist somit den SanitäterInnen vorbehalten, da das Ärztegesetz für NotärztInnen keine entsprechende Ausbildung und Billigung dieser Kompetenzen vorsieht.¹¹⁸

Für die jeweilige Kompetenzstufe der SanitäterInnen wurde das Führen einer Berufsbezeichnung festgeschrieben. Jedoch hat man es verabsäumt, eine verpflichtende Kennzeichnung des Einsatzpersonals vorzugeben. Gerade bei der Übergabe an das Krankenhaus-Personal, beim Zusammenarbeiten mit Ärzten/Ärztinnen sowie bei größeren Ereignissen oder dem Aufeinandertreffen von unbekanntem KollegInnen ist dies von großem Vorteil.¹¹⁹

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das nichtärztliche Sanitätspersonal ein wichtiger, unverzichtbarer Teil unseres gesamten medizinischen Versorgungssystems ist und dessen Tätigkeiten denen von NotfallmedizinerInnen sehr nahe kommen. Deswegen kann der SanitäterInnenberuf durchaus als Heilberuf deklariert werden.¹¹²

¹¹⁶ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.184.

¹¹⁷ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.185.

¹¹⁸ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.193.

¹¹⁹ Vgl. Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätsgesetz 2002, Diplomarbeit, Wien S.63.

5.2.2 Qualifikation des nichtärztlichen Personals auf Rettungsfahrzeugen

Obwohl mit dem Sanitätergesetz nicht direkt in die Gesetzgebungskompetenz der Länder eingegriffen wird, erwirkt das SanG als Bundesgesetz deutliche Schranken im Handlungsspielraum der Länder und der Rettungsorganisationen, welcher durch Landesrettungsgesetze und organisationsinterne Vorschriften gebildet wird. Bei Rettungsfahrzeugen, welche auch in der Notfallrettung eingesetzt werden, muss damit gerechnet werden, mitunter auf NotfallpatientInnen zu treffen. Ein Notfallpatient/eine Notfallpatientin definiert sich als jemand, bei dem „im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, einzutreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist.“¹²⁰ Da der Gesetzgeber die Betreuung, sowie den sanitätsdienstlichen Transport dieser nur den NotfallsanitäterInnen zuschreibt¹²¹, ergibt sich der Umstand, dass eine Besetzung welche ausschließlich aus RettungssanitäterInnen besteht, unzulässig ist. Diese dürfen zwar lebensrettende Sofortmaßnahmen eigenverantwortlich ausüben¹²², doch stellt diese Tatsache bis zum Eintreffen eines Sonderrettungsmittels eine Minderversorgung dar und ist als Organisationsverschulden zu klassifizieren. Somit lässt sich ableiten, dass ein RTW mindestens mit einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin zu besetzen ist, wie es auch beispielsweise bei der Wiener Rettung die Vorgabe ist¹²³. Diese Tatsache wird auch in den Erläuterungen zum SanG näher untermauert, in denen die Tätigkeit des Notfallsanitäters/der Notfallsanitäterin bei Abwesenheit eines (Not)arztes/einer (Not)ärztin beschrieben wird, wo eine qualifizierte Erstversorgung durchgeführt werden kann und darf.¹²⁴ Auch wird erneut darauf hingewiesen, dass der Notfallsanitäter/die Notfallsanitäterin neben den Aufgabenbereichen des Rettungssanitäters/der Rettungssanitäterin zusätzlich die zum Teil eigenverantwortliche Betreuung von NotfallpatientInnen innehat.¹²⁴ In einer Stellungnahme

¹²⁰ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.21ff.

¹²¹ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.70.

¹²² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Sanitätergesetz, Fassung vom 03.07.2012 §9. (1).

¹²³ Vgl. E-Mail von Mag. Klvana, Administrativer Leiter Wiener Berufsrettung vom 24.07.2012.

¹²⁴ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.71.

des Bundesministeriums für Gesundheit, bezugnehmend auf die Anfrage des Autors wird basierend auf berufsrechtlicher Sicht erneut auf den klar abgegrenzten Tätigkeitsbereich von RettungssanitäterInnen hingewiesen und bei Akutsituationen nur die Hilfestellung hervorgehoben.¹²⁵ Dies entspricht nicht der Versorgung von NotfallpatientInnen.

Dieses Dilemma lässt sich nicht dadurch umgehen, keine als RTW deklarierten Fahrzeuge zur Verfügung zu stellen. Durch ein Mischsystem wo es keine RTW-KTW-Trennung gibt, muss praktisch gesehen jedes Fahrzeug – sofern es nicht dezidiert ausschließlich im Krankentransport eingesetzt wird – mit einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin besetzt sein. Dazu äußerte sich auch das Gesundheitsministerium, dass um dies auch zu gewährleisten die notwendige Strukturbeschaffung den Bundesländern in ihrem Wirkungsbereich unterliegt¹²⁴, welche auch gleichzeitig dafür Sorge zu tragen haben, dass diese Vorgaben eingehalten werden. Das heißt, es müssen genügend NotfallsanitäterInnen auf entsprechenden Fahrzeugen zur Verfügung stehen.

Die Vorgabe, auf jedem Fahrzeug der Notfallrettung einen Notfallsanitäter/eine Notfallsanitäterin zu haben, ist im Sinne einer optimalen PatientInnenversorgung, sowie im Sinne der MitarbeiterInnen, welche dadurch gemäß ihrem Kompetenzbereich handeln können. Auch wenn es bisher einige Rettungsorganisationen verabsäumt haben, gemäß diesen Vorgaben zu handeln, ergibt dies keine Rechtfertigung für die Zulässigkeit der ausgeübten Praktiken. Ebenso ist die Einengung des im SanG definierten Begriffs des Notfallpatienten/der Notfallpatientin nicht zulässig.

Seitens der Rettungsorganisationen liegt die Argumentation nahe, dass eine Mindestbesetzung mit NotfallsanitäterInnen zu Lasten von freiwilligen MitarbeiterInnen geht und Kosten aufgrund erweiterter Ausbildung verursacht – jedoch muss man dann den Stellenwert der fachgerechten präklinischen Versorgung von in Not geratenen Menschen berücksichtigen. Eine dem Stand der medizinischen Wis-

¹²⁵ Vgl. Stellungnahme Bundesministerium für Gesundheit auf Anfrage von A. Reisinger zu Sanitätsgesetz durch Fr. Dr. Kondor / Fr. Dr. Hausreither (BMG-92265/0013-II/A/2/2012) vom 28.08.2012.

senschaft angepasste Notfallversorgung darf kein Grund für Diskussionen sein, sondern muss als eine Selbstverständlichkeit angesehen werden, auf die jeder Bürger/jede Bürgerin ein Anrecht hat.

Tätigkeitsbereich Rettungssanitäter vs. Notfallsanitäter

Durch die Entwicklung des SanG lässt sich ableiten, dass für RettungssanitäterInnen ursprünglich die Tätigkeit in der Notfallrettung nicht vorgesehen war, was auch aufgrund der knappen Ausbildung berechtigterweise als kritisch anzusehen ist. Nach einigen Änderungen am Weg zum endgültigen Sanitätergesetz wurde die eigenverantwortliche Tätigkeit von RettungssanitäterInnen im Rettungsdienst allgemein ermöglicht. Jedoch ist erkennbar, dass der Gesetzgeber den Krankentransport als Tätigkeitsfeld für RettungssanitäterInnen und die Notfallrettung als Aufgabengebiet der NotfallsanitäterInnen vorsieht.¹²⁶ So wird der Krankentransport als Tätigkeit bezeichnet, welche der „Beförderung von Kranken, Verletzten und anderen hilfsbedürftigen Personen dient, die keine Notfallpatienten sind, jedoch fachgerechter Betreuung einschließlich allfälliger Erster Hilfe bedürfen.“¹²⁷

Diese – fast dem gleichen Wortlaut entsprechende – Beschreibung findet sich im Tätigkeitsbereich der RettungssanitäterInnen in §9. Abs.1 Z1 SanG wieder, welcher „die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports...“ beinhaltet.¹²⁸ Um beim Krankentransport auf Akutsituationen reagieren zu können, dürfen RettungssanitäterInnen Hilfestellung leisten und Sauerstoff verabreichen. Ebenso dürfen sie lebensrettende Sofortmaßnahmen ergreifen, welche bis auf Ziffer 3 „Herstellung der Transportfähigkeit und sanitätsdienstliche Durchführung des Transports“, sich mit

¹²⁶ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.203

¹²⁷ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.61

¹²⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Sanitätergesetz, Fassung vom 03.07.2012 §9 (1).

den Bereichen der Ersten Hilfe decken, da die Bedienung von halbautomatischen Defibrillatoren auch Laien-Helfern erlaubt wird.¹²⁹

RettungssanitäterInnen dürfen zwar im Rettungsdienst eingesetzt werden¹³⁰, jedoch unter der Bedingung, dass es sich dabei um ein vorzugsweise für Krankentransporte heranzuziehendes Fahrzeug handelt, welches nicht primär für Notfall-einsätze herangezogen wird. Ebenfalls können sie neben mindestens einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin auf einem Rettungswagen bzw. Misch-/Mehrzweckfahrzeug für Krankentransporte und Notfallrettung eingesetzt werden. Durch ihre Kenntnisse ist es den RettungssanitäterInnen jedoch möglich, in Notfällen Erste Hilfe zu leisten. Dies kann entweder während eines Krankentransports auftreten oder im Ausnahmefall, dass ein KTW als sogenannter „First Responder“ zu einem medizinischen Notfall zufährt.

Beim Einsatz mit einem Notarzt/einer Notärztin sind RettungssanitäterInnen nur im Umfang ihres Tätigkeitsbereichs zur Unterstützung dessen/derer berechtigt. Jedoch ist es nicht zulässig, Tätigkeiten, welche in den Aufgabenbereich von NotfallsanitäterInnen fallen, an RettungssanitäterInnen zu übertragen.¹³¹ Auch hier erläutert das Gesundheitsministerium in der angefragten Stellungnahme, dass RettungssanitäterInnen nur nach ärztlicher Anordnung und nur unter ständiger ärztlicher Aufsicht handeln dürfen.¹³²

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass RettungssanitäterInnen aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Kompetenzen vorzugsweise im Bereich des Krankentransports einzusetzen sind, wo sie eigenverantwortlich die Behandlung, den Transport und die Hilfestellung bei plötzlich auftretenden Akutsituationen durchführen dürfen. Sie dürfen jedoch auch im Rettungsdienst eingesetzt werden, wo sie nicht eigen-

¹²⁹ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.39

¹³⁰ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.70

¹³¹ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.64

¹³² Vgl. Stellungnahme Bundesministerium für Gesundheit auf Anfrage von A. Reisinger zu Sanitätergesetz durch Fr. Dr. Kondor / Fr. Dr. Hausreither (BMG-92265/0013-II/A/2/2012) vom 28.08.2012.

verantwortlich NotfallpatientInnen betreuen dürfen. Neben einem Notfallsanitäter/einer Notfallsanitäterin können sie aber Aufgaben übernehmen, welche konkret auch die direkte technische Rettung (zum Beispiel Schaufeltrage, Vakuummatratze, etc.) umfassen.

Nachdem man sich von einem modernen, zeitgemäßen Rettungsdienst erwartet, dass dieser mit entsprechend geschultem Personal und zeitgemäßer Ausrüstung zum Einsatz kommt, erübrigt sich die Diskussion – abgesehen von der rechtlichen Seite – nur RettungssanitäterInnen auf Fahrzeugen der Notfallrettung einzusetzen, da diese im Grunde genommen nur lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführen können und dürfen. Dieser Umstand geht zu Lasten des Patienten/der Patientin und zu Lasten der MitarbeiterInnen, welche dadurch zum Teil in einem rechtlichen Graubereich arbeiten müssen.

Fallbeispiel

Wie dies in der Praxis aussieht zeigt das folgende Beispiel: Ein Notruf erreicht die Leitstelle, dass ein Patient/eine Patientin über mittelmäßige Schmerzen in der Brust klagt. Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin handelt nach Instinkt und entsendet einen Rettungswagen mit Sondersignal, aber kein Notarztmittel. Vor Ort angekommen, sind die RettungssanitäterInnen mit der Situation konfrontiert, dass sie zwar den aktuellen Zustand sowie die medizinische Vorgeschichte des Patienten/der Patientin in Erfahrung bringen können, aber keine umfassendere Diagnostik wie beispielsweise ein EKG zur Verfügung haben (welches deutliche Anzeichen eines Herzinfarktes zeigen würde). Da der Patient/die Patientin nur mäßige Schmerzen hat und die Vitalparameter (noch) unauffällig sind, entscheiden die RettungssanitäterInnen ihn/sie ohne Notarzt-Begleitung ins Krankenhaus zu bringen. Dabei ist in dieser Situation bereits das Kriterium eines Notfallpatienten/einer Notfallpatientin erfüllt, da eine eventuell mögliche Beeinträchtigung der Vitalfunktionen nicht sicher auszuschließen ist. Der Patient/die Patientin wird sitzend in das Rettungsauto verbracht. Aufgrund eines stärkeren Unwohlseins, entscheidet der Transportführer/die Transportführerin die Fahrt mit Sondersignal in das 15 Minuten entfernte Krankenhaus fortzusetzen. Plötzlich kippt der Patient/die Patientin zur Seite und hat einen Atem-Kreislauf-Stillstand. Das Fahrzeug muss jetzt sofort an

einer sicheren Stelle anhalten und zu zweit der/die 100kg schwere PatientIn auf die Trage gehievt werden. Nun beginnen die Wiederbelebensmaßnahmen und ein Notarztmittel muss alarmiert werden. Dieses trifft nach zehn Minuten ein und muss sich zunächst im engen Raum des – des von der Norm her bestenfalls Notfallkrankwagens – einrichten. Der Notfallsanitäter/die Notfallsanitäterin des Notarzteinsatzfahrzeuges bereitet außerhalb des Fahrzeuges mangels verfügbaren Platzes die benötigten Materialien vor. Nach primär erfolgreicher Reanimation und durchgeführter Intubation wird der Patient/die Patientin an die Beatmungsmaschine angeschlossen, welche vom NEF in das Rettungsfahrzeug verbracht wird. Der Notfallsanitäter/die Notfallsanitäterin steigt in das Rettungsfahrzeug zu, um gemeinsam mit dem Notarzt/der Notärztin den Transport durchzuführen. Da von den beiden RettungssanitäterInnen nur einer/eine die Berechtigung zum Lenken von Einsatzfahrzeugen hat, wird das NEF vor Ort abgestellt und bleibt so die ganze Zeit nicht einsatzbereit.

Dieser durchaus vorkommende exemplarische Fall zeigt deutlich, welche ungünstigen Faktoren den weiteren Genesungsverlauf des Patienten/der Patientin beeinträchtigen.

5.2.3 Diskussionsthema Notfallkompetenzen

Mit der Schaffung der Notfallkompetenzen hatte der Gesetzgeber nicht die Absicht, ÄrztInnen in der Notfallmedizin abzuschaffen, sondern vielmehr die möglichst frühzeitige und effektive Versorgung der PatientInnen zu gewährleisten, welche auch bereits vor Eintreffen eines Arztes/einer Ärztin, bzw. prähospital erfolgen soll. Damit sollte eine kontinuierliche medizinische Versorgung des Patienten/der Patientin ab Eintreffen des Rettungsdienstes sichergestellt werden. Sofern ein Arzt/eine Ärztin bereits anwesend ist, kann der Notfallsanitäter/die Notfallsanitäterin mit Notfallkompetenz dem Arzt/der Ärztin insofern assistieren, als dieser/diese beispielsweise Tätigkeiten, wie das Legen eines venösen Zugangs übernimmt. Die Abschaffung des Notarztsystems darf aufgrund dieser Tatsache keinesfalls im Raum stehen. Die Angst der Entscheidungsträger vor einem Paramedic-System war groß und sollte um jeden Preis verhindert werden. Doch im Sinne einer effektiven PatientInnenversorgung ist dagegen nichts einzuwenden – stellt doch die

Ausbildung in einem Paramedic-System international eine der umfangreichsten dar.¹³³ Auch muss eine solch erweiterte Ausbildung nicht das Ende des Notarztsystems bedeuten, denn dadurch wird dem Arzt/der Ärztin eine fähige Assistenzfachkraft zur Seite gestellt. Gleich verhält es sich im innerklinischen Bereich, wo auch mit- und eigenverantwortliche Diplomkrankenschwestern und -schwestern tätig sind, sowie PflegehelferInnen welche nur auf Anordnung und unter Aufsicht handeln dürfen. Dieses Personal ersetzt ebenfalls keine ÄrztInnen, aber es bietet eine adäquate Unterstützung. Ihnen eine geringere Ausbildungsdauer zuzusprechen, steht nicht zur Debatte. So beträgt die aktuelle Ausbildungsdauer eines DKGP / einer DGKS drei Jahre und die von PflegehelferInnen ein Jahr.¹³⁴

Allgemeine Notfallkompetenzen

Die Notfallkompetenzen stellen von NotfallsanitäterInnen eigenverantwortlich durchzuführende bedeutsame Tätigkeiten dar, welche grundsätzlich ÄrztInnen vorbehalten sind,¹³⁵ aber per Gesetz nun auch den entsprechend ausgebildeten NotfallsanitäterInnen zugebilligt werden. Dazu zählen, wie bereits erwähnt, als erste Stufe die Notfallkompetenz Arzneimittellehre, welche die selbstständige und eigenverantwortliche Verabreichung von Medikamenten ermöglicht. Dabei dürfen nur Medikamente verabreicht werden, welche vom ärztlichen Leiter/von der ärztlichen Leiterin der jeweiligen Organisation freigegeben wurden. Diese Arzneimittel bilden die jeweiligen Arzneimittellisten, welche von Organisation zu Organisation und von Bundesland zu Bundesland stark von einander abweichen können, was zu unterschiedlicher Versorgungsqualität führen kann. Die Arzneimittellisten zu sehr zu beschränken, wie es mancherorts propagiert und praktiziert wird, ist nicht im Sinne der PatientInnen. Auch wird gefordert, dass sie in Zukunft weitgehend einheitlich sind.¹³⁶ Sie sind auf jeden Fall entsprechend dem aktuellen Stand der

¹³³ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.203.

¹³⁴ Vgl. Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien S.6ff

¹³⁵ Vgl. Andreaus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien S.210.

¹³⁶ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.72

medizinischen Wissenschaft zu gestalten. So stellt eine Weigerung von Rettungsorganisationen, diese Listen umfangreich einzurichten eine Missachtung der rechtlichen und medizinischen Notwendigkeit dar. Diese Minderversorgung müsste die Aufsichtsbehörden auf den Plan rufen und bei Weiterführung der Missstände der Rettungsorganisation die Anerkennung entzogen werden.¹³⁷ Das Wohl der PatientInnen darf nicht in Frage gestellt werden – ebenso wenig die Ausübung der Notfallkompetenzen – welche der Gesetzgeber für die Überbrückung der Zeit vorgegeben hat, bis ein Patient/eine Patientin in notärztlicher oder hospitaler Behandlung ist. Jedoch ist es dabei auch notwendig, eine entsprechende Anzahl von NotfallsanitäterInnen mit Notfallkompetenz zur Verfügung zu stellen, da dies sonst keinen Sinn ergibt.

Aktuell werden die (rechtlichen) Möglichkeiten in der Versorgung von PatientInnen welche durch das SanG ermöglicht wird, meist nicht in vollem Umfang ausgenutzt.¹³⁸ Dies ist einerseits begründet durch eine zum Teil geringe Anzahl von NotfallsanitäterInnen mit besonderen und allgemeinen Notfallkompetenzen und zum Teil durch eine Beschränkung von Arzneimittellisten, sowie deren regionale und organisationsabhängige Unterschiedlichkeit. Sofern diese Beschränkungen dazu dienen, um die Beiziehung von NotärztInnen zu forcieren, ist dies nicht zulässig.¹³⁹ Die Arzneimittellisten sind gemäß dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu gestalten – eine Anlehnung an international einheitlich gültige Guidelines und Algorithmen wie zum Beispiel vom European Resuscitation Council (ERC) oder ähnlichen ist notwendig.

Auch ist es erforderlich, den Umfang dieser Listen basierend auf der Notwendigkeit und Häufigkeit der Medikamente sowie deren Bedarf, basierend auf einer Auswertung der Einsätze, anzupassen. Dabei muss überlegt werden, Medikamente deren Gabe auch für SanitäterInnen leicht möglich ist und die oft im Notarzteinsatz benötigt werden, in die Arzneimittelliste aufzunehmen. Somit kann einerseits auch die Ressource Sonderrettungsmittel geschont werden und andererseits

¹³⁷ Vgl. Andraus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien, S.75.

¹³⁸ Vgl. Gschnaller, B. (2012): Notkompetenzen im Rettungsdienst Österreich, Saarbrücken. S.18.

¹³⁹ Vgl. Andraus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien, S.202.

das therapiefreie Intervall für den Patienten/die Patientin minimiert bzw. die Versorgung verbessert werden.

Um eine effektive Versorgung damit gewährleisten zu können, muss das Personal dementsprechend geschult und die Anwendung der Medikamente in vorgegebenen Algorithmen festgelegt werden.

Die zweite allgemeine Notfallkompetenz ist die Notfallkompetenz zum Legen eines venösen Zugangs (NKV) über welchen Infusionslösungen und Medikamente verabreicht werden können.

Anwendung der Notfallkompetenzen

Die Notfallkompetenzen können klarerweise nicht beliebig angewandt werden. Es müssen dazu einige Voraussetzungen gegeben sein, wie zum Beispiel dass der NFS am Notfallort auf sich alleine gestellt und rechtzeitige ärztliche Hilfe nicht gegeben ist oder ein anwesender Arzt die jeweilige Aufforderung dazu gibt. Auch müssen die Möglichkeiten zur Abwehr von Gefahren für Leben oder Gesundheit des Patienten durch weniger invasive Maßnahmen bereits ausgeschöpft sein.¹⁴⁰ Jedoch ist der Sanitäter auch zur Anwendung verpflichtet, d.h. es ist keine „Kann-“, sondern eine „Muss-Bestimmung“. Ein Unterlassen der Anwendung ist rechtswidrig.¹⁴¹

Eine große Unsicherheit gibt es auch bei der Zulässigkeit der Anwendung der Notfallkompetenzen. So schreibt das SanG lediglich „die vorangehende Verständigung oder die Veranlassung derselben“ vor.¹⁴² Das bedeutet ausdrücklich nicht die Nachforderung eines notarztbesetzten Sonderrettungsmittels. Auch bestehen für die Verständigung des Notarztes keinerlei Formerfordernisse.⁹⁹ Somit ist es zulässig, einen eventuell vorhandenen Bereitschafts(not-)arzt zu informieren, wenn Notfallkompetenzen angewendet werden. Dies ist entsprechend zu protokollieren.

¹⁴⁰ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.74.

¹⁴¹ Vgl. Andraus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien, S.214.

¹⁴² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Sanitätergesetz, Fassung vom 03.07.2012 §11 (2).

Das SanG sieht keine Konsequenz aus dieser Verständigung vor, d.h. der Arzt/die Ärztin kann den NotfallsanitäterInnen die Ausübung der Tätigkeit nicht untersagen.

Insgesamt kann mit einem flächendeckenden Netz an ausgebildeten NotfallsanitäterInnen mit Notfallkompetenzen sowie der ausreichenden medizintechnischen Einrichtung eine optimale (und auch geforderte) Versorgungsqualität der NotfallpatientInnen gesichert werden, welche im 21. Jahrhundert in einem westlichen Industrieland Standard sein sollte. Dabei sollte nicht erst das Eintreffen des Notarztes/der Notärztin abgewartet werden, um die medizinische Behandlung gemäß internationalen Standards möglichst frühzeitig zu beginnen. Bei Anwesenheit eines Arztes/einer Ärztin kann dieser/diese zielführend unterstützt werden, was sich in einer Notfall- / Stresssituation als förderlich für das Outcome des Patienten/der Patientin erweist. Im Falle, dass die nicht kritische Situation durch den Notfallsanitäter/die Notfallsanitäterin selbst beherrscht werden kann, wird die kostbare Ressource Notarzt/Notärztin geschont, was im Hinblick auf den bevorstehenden Ärztemangel sowie den Anstieg von Einsätzen immer mehr an Bedeutung gewinnt. Ein praktisches Beispiel für die Anwendung ist hier die durch Hypoglykämie (Unterzucker) ausgelöste Bewusstlosigkeit. Dabei werden durch den Notfallsanitäter/die Notfallsanitäterin vorerst die Umstände abgeklärt und die Lebensfunktionen überwacht. Mittels Blutzuckermessung wird der Zuckerwert des Patienten/der Patientin bestimmt. Nun ist ein (Not-)arzt laut Gesetz von der Gebrauchmachung der Notfallkompetenz zu informieren, um dem Patienten/der Patientin einen venösen Zugang zu legen und über diesen eine zuckerhaltige Infusionslösung zu verabreichen. Dadurch wird sich der (Bewusstseins-)zustand des Patienten/der Patientin vermutlich rasch verbessern und danach kann dieser bei Bedarf ins Krankenhaus transportiert werden. Ansonsten müsste in einem anderen Fall, wo nur Personal ohne Notkompetenzen zur Verfügung steht, das jeweilige Notarztmittel verständigt werden. Dabei kann bis zu dessen Eintreffen nichts für den Patienten/die Patientin getan werden, außer überwachende Maßnahmen, Sicherung der Atemwege, sowie Sauerstoffgabe.

Besondere Notfallkompetenzen

Die besondere Notkompetenz zur endotrachealen Intubation und Beatmung (NKI), welche die höchste erreichbare Ausbildungsstufe für NotfallsanitäterInnen darstellt, sorgt seit je her für reichlich Zündstoff. Dabei ist die besondere Notkompetenz erweiterbar gehalten für entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft notwendige Tätigkeiten, die NotfallsanitäterInnen vor Eintreffen des Notarztes/der Notärztin durchführen dürfen.¹⁴³

Derzeit wird es den dementsprechend ausgebildeten NotfallsanitäterInnen (mit aufrechter Rezertifizierung im Zwei-Jahres-Abstand) ermöglicht, dem Patienten/der Patientin einen Luftschauch in die Luftröhre zu applizieren, um ihn/sie so künstlich beatmen zu können. Dadurch erfolgt ein nahezu kompletter Aspirationsschutz (Gefahr, dass Mageninhalt etc. in die Atemwege kommt) und die Herzdruckmassage kann im Fall des Atem-Kreislauf-Stillstandes unterbrechungsfrei fortgeführt werden. Dies ist nur bei intubierten PatientInnen möglich. Ansonsten muss die Herzdruckmassage nach 30 Kompressionen unterbrochen werden und mit Maske-Beutel-Beatmung zwei Mal beatmet werden. Zusätzlich ermöglicht die NKI die Gabe von Vasokonstriktoren (gefäßverengende Substanzen, wie z.B. Adrenalin) über den Tubus. Allerdings darf die Intubation nur ohne Prämedikation durchgeführt werden, d.h. nur im Falle eines Atem-Kreislauf-Stillstandes, wenn primär keine Notfallnarkose benötigt wird. Sofern mehrere NotfallpatientInnen vorhanden sind, darf der Arzt/die Ärztin die Maßnahme auch delegieren.

Alternative Atemwegssicherungen wie zum Beispiel Larynxtubus sind nicht von der NKI erfasst und mittlerweile auch vom Gesundheitsministerium als unbedenklich eingestuft. Der Larynxtubus wird in manchen Bundesländern auch schon von RettungssanitäterInnen eingesetzt, da diese Methode einfacher und unkomplizierter ist als die Masken-Beutel-Beatmung, welche in der Schwierigkeit der korrekten Handhabung von vielen SanitäterInnen unterschätzt wird.

Die Anwendung der NKI bedarf einer Freigabe durch den zuständigen ärztlichen Leiter/die zuständige ärztliche Leiterin bzw. VertreterIn der jeweiligen Rettungsorganisation.¹⁰⁴ Jedoch bringt sie dementsprechend ausgebildete SanitäterInnen in

¹⁴³ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.75.

eine rechtliche „Zwickmühle“. Laut Organisation wird ihnen – bei nicht erfolgter Freigabe – quasi untersagt, dass sie diese Maßnahme zur unmittelbaren Abwendung der Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der NotfallpatientInnen treffen dürfen, wozu sie aber lt. SanG verpflichtet wären.¹⁴⁴ Somit wird den NKI-SanitäterInnen eine lebensrettende Maßnahme verboten und widerspricht dem verfassungsmäßigen Recht auf Leben.¹⁴⁵ Im Endeffekt würde es für die NotfallsanitäterInnen mit der besonderen Notfallkompetenz bedeuten, dass sie die Maßnahme(n) setzen müssen, unabhängig davon ob der ärztliche Leiter/die ärztliche Leiterin und/oder die Organisation dies freigegeben hat oder nicht.¹⁴⁶ Dieser Ansicht widerspricht jedoch das Gesundheitsministerium in einer Stellungnahme: Zwischen den – zur Wahrung des PatientInnenwohls und im Sinne der Qualitätssicherung – strengen berufsrechtlichen Vorschriften und den sich aus dem StGB ergebenden verpflichtenden Erste-Hilfe-Leistungen durch Laien (z.B. § 95 StGB) ist zu unterscheiden. Weiters wird angemerkt, dass die Berufung auf die Hilfeleistungspflicht gemäß § 95 StGB keinesfalls zu einer Umgehung der berufsrechtlichen Regelungen sowie Pflichten gemäß dem SanG führen dürfen.¹⁴⁷ Aufgrund dieser unklaren Lage sollte jeder NKI-Sanitäter/jede NKI-Sanitäterin diese Frage für sich selbst entscheiden.

5.3 Einführung von normierten internationalen Ausbildungskonzepten

5.3.1 Zielsetzung

Einheitliche Standards in der Notfallmedizin garantieren den PatientInnen eine zeitgemäße Behandlung und vereinfachen die Arbeit der Rettungsdienst-

¹⁴⁴ Vgl. Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitättergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien S.76.

¹⁴⁵ Vgl. Andraus, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien, S.214.

¹⁴⁷ Vgl. Stellungnahme Bundesministerium für Gesundheit auf Anfrage von A. Reisinger zu Sanitättergesetz durch Fr. Dr. Kondor / Fr. Dr. Hausreither (BMG-92265/0013-II/A/2/2012) vom 28.08.2012.

MitarbeiterInnen untereinander, sowie gemeinsam mit anderen medizinischen Berufen.

Medizinische Notfälle passieren überall auf die gleiche Art und Weise. Somit würde es nahe liegen, dass auch die Behandlung auch überall gleich erfolgt. Doch das ist noch nicht der überall der Fall. Die Versorgungsstrategien unterscheiden sich von Land zu Land und teilweise auch von Rettungsorganisation zu Rettungsorganisation. Jedoch halten vermehrt (international) einheitliche Standards Einzug in die diversen Lehrmeinungen der Rettungsorganisationen. Immer umfangreicher werden internationale Guidelines und Richtlinien herausgegeben und die regionalen Lehrmeinungen orientieren sich an diesen Vorgaben. Man könnte beinahe von einer Globalisierungstendenz der Versorgungsstrategien sprechen.

Die fast überall bereits gängige Verfahrensweise in der heutigen Notfallmedizin kann man als „treat and run“ oder „do as necessary“ bezeichnen. D.h. „behandeln und abfahren“ oder „soviel als notwendig“. Es sind alle effektiv notwendigen Maßnahmen zu treffen, was aber nicht die Verweildauer am Einsatzort erhöhen soll. Die Reduktion der Transportzeit mit ausreichenden medizinischen Maßnahmen ist dabei das Ziel im Hintergrund, welches es zu beachten gilt. Durch normierte internationale Ausbildungskonzepte wird versucht, u.a. diese Ziele zu realisieren – basierend auf den aktuellen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft. Die nachfolgenden dargebrachten Beispiele zeigen, in welche Richtung der Trend geht.

5.3.2 ERC – European Resuscitation Council

Das European Resuscitation Council, zu Deutsch der „Europäische Rat zur Wiederbelebung“ hat das Ziel, Menschenleben zu retten mit Hilfe einer qualitativ hochwertigen Wiederbelebung, welche jedem zugänglich gemacht werden soll.¹⁴⁸ Das ERC befasst sich wissenschaftlich mit der Reanimation von Menschen. Dabei wird Wert auf eine breite Forschung gelegt. In bestimmten Abständen werden neue Richtlinien / Guidelines herausgegeben, welche den aktuellen Stand der

¹⁴⁸ Vgl. Webseite European Resuscitation Council: <http://www.erc.edu> Stand vom 10.08.2012.

medizinischen Wissenschaft bei der Reanimation widerspiegeln. Diese Guidelines dienen auch als Basis für die Lehrmeinung der einzelnen Rettungsorganisationen.

5.3.3 PHTLS – Pre Hospital Trauma Life Support



Abb. 4: Logo Pre Hospital Trauma Life Support © PHTLS Austria

Das PHTLS-Konzept hat zum Ziel, Trauma-PatientInnen schnell, professionell und nach einheitlichen Standards zu versorgen und dabei unnötige Folgeschäden zu vermeiden. Dabei werden klare Behandlungsprinzipien und -techniken angewandt, um für die PatientInnen das bestmögliche Outcome zu erreichen. Die Behandlungsstrategien sind dabei u.a. die schnelle und genaue Untersuchung, die Feststellung von Schock und Unterkühlung, das Ergreifen der richtigen Maßnahmen zur richtigen Zeit sowie der rechtzeitige Transport an den richtigen Ort.¹⁴⁹ Das evidenzbasierte PHTLS-Trainingsprogramm, in dem bereits eine halbe Million Rettungsdienstmitarbeiter geschult wurden, ist in mehr als 40 Ländern verbreitet.

Die internationale Trägerorganisation ist die NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians). Sie ist die Interessensvertretung, bzw. Vertretung des Berufsstandes der MitarbeiterInnen in der prähospitalen Erstversorgung und wurde 1975 gegründet. Als Ziel gilt die zukünftige Entwicklung von RettungsdienstmitarbeiterInnen in Richtung eines einheitlichen Gesundheitsberufes. Dabei

¹⁴⁹ Vgl. NAEMT (Hrsg.) (2009): Präklinisches Traumamanagement – Das PHTLS-Konzept, München, S.5.

werden neue Ausbildungsprogramme und Standards entwickelt und gefestigt. Somit wurden bereits weltweite Standards geschaffen.

In Österreich ist die Trägerorganisation der ÖBS (Österreichischer Berufsverband für SanitäterInnen).

Im Jahr 1983 wurde das PHTLS-Komitee gegründet und seit 1988 werden die Militärärzte der US-Streitkräfte darin trainiert. Dabei konnte eine deutliche Reduktion der Sterblichkeitsrate im Feld erreicht werden.¹⁵⁰

Um zu gewährleisten, dass die Kursinhalte überall auf der Welt die selben sind, gibt es für jedes Land nationale und regionale Koordinatoren. Von Beginn an wurde die medizinische Aufsicht durch das American College of Surgeons, Committee on Trauma gewährleistet.

Mit PHTLS sollte eine große Gemeinschaft geschaffen werden um mit der Arbeit von ForscherInnen und PraktikerInnen aus der ganzen Welt die Standards der Traumaversorgung zu definieren.¹⁵¹

5.3.4 AMLS – Advanced Medical Life Support



Abb. 5: Logo Advanced Medical Life Support © AMLS Austria

¹⁵⁰ Vgl. NAEMT (Hrsg.) (2009): Präklinisches Traumamanagement – Das PHTLS-Konzept, München, S.4.

¹⁵¹ Vgl. NAEMT (Hrsg.) (2009): Präklinisches Traumamanagement – Das PHTLS-Konzept, München, S.5.

Das AMLS-Konzept ist in der gleichen „Familie“ wie das von PHTLS zu Hause, mit dem Unterschied, dass es jünger ist, und zur akutmedizinischen Versorgung von internistischen und neurologischen PatientInnen im Rettungsdienst beziehungsweise in der Notfallaufnahme gedacht ist.¹⁵² So soll NotärztInnen und NotfallsanitäterInnen ein einfaches und effektives Werkzeug mitgegeben werden, um eine systematische Anamnese und Untersuchung durchführen zu können und Prioritäten bei der Behandlung zu setzen. Somit kann die Behandlungsqualität für die PatientInnen gesteigert und auch eine gemeinsame Sprache zwischen behandelndem Rettungsdienst- und Krankenhauspersonal geschaffen werden. Das ist im Sinne einer optimalen und effizienten PatientInnenversorgung und -übergabe. AMLS wurde 2011 vom ÖBS in Österreich eingeführt und gewinnt seither stetig an Bedeutung. Genau wie bei PHTLS ist die Ausbildung gleichermaßen für NotärztInnen, als auch NotfallsanitäterInnen gedacht, welche gemeinsam im Team arbeiten und so die Zusammenarbeit verbessern können. Dabei wird ein erweitertes theoretisches Hintergrundwissen verlangt, aber auch ein überdurchschnittlicher hoher Stellenwert auf die praktische Ausbildung gelegt.

5.3.5 ÖBS – Österreichischer Berufsverband für SanitäterInnen



Abb. 6: Logo Österreichischer Berufsverband für Sanitäter © ÖBS

Der ÖBS wurde als organisationsübergreifende Interessensvertretung für berufliche und freiwillige MitarbeiterInnen gegründet. Ein wichtiges Ziel ist die Qualität und deren Sicherung im Bereich der präklinischen Versorgung von PatientInnen. Dies betrifft Aus- und Fortbildung und (Re-)zertifizierung von SanitäterInnen.

¹⁵² Vgl. Webseite AMLS Austria: <http://www.amlis.at> Stand vom 10.08.2012.

Auch wird eine enge Zusammenarbeit mit ärztlichen und nichtärztlichen Organisationen, Institutionen und Interessensvertretungen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in der Versorgung von NotfallpatientInnen angestrebt. Aus- und Fortbildungsangebote sollen ausgeweitet und die bundes- und organisationsweite gleiche Umsetzung des Sanitätärgesetzes in der geltenden Fassung überwacht werden.

Die Weiterentwicklung und Forschung im Bereich der präklinischen Versorgung ist ebenfalls ein Ziel des ÖBS. Ebenso will der ÖBS als organisationsunabhängiger Fürsprecher für PatientInnen und SanitäterInnen fungieren und als Ansprechpartner für Behörden, Institutionen, Medien und Einzelpersonen in Fachfragen ohne vereinspolitische Ziele auftreten. Unterstützend dazu soll ein organisationsunabhängiges Networking auf nationaler und internationaler Ebene stattfinden.

Präklinische Versorgungsstrategien sollen auf artverwandte Tätigkeitsfelder (Feuerwehr, Exekutive, Bundesheer, Wasserrettung, Bergrettung,..) ausgedehnt und ausgeweitet werden.

Awards sollen in den Bereichen Qualität, Forschung, besondere Leistungen und Lebenswerk vergeben werden.

Der ÖBS hat es sich allerdings definitiv nicht das Ziel gesetzt, ein reines Paramedic-System in Österreich zu etablieren. Ebenso soll kein eigener Rettungsdienst gegründet, keine Personalvertretung in arbeitsrechtlichen Angelegenheiten oder eine eigene Lehrmeinung geschaffen werden.¹⁵³

Im Bereich der standardisierten Fortbildungen werden vom ÖBS als Lizenznehmer der NAEMT die PHTLS- und AMLS-Ausbildungen angeboten.

¹⁵³ Vgl. Persönliches Email von Stefan Spielbichler, Öffentlichkeitsarbeit ÖBS vom 10.09.2012.

5.4 Qualitätssteigerung im Rettungsdienst

5.4.1 Idealversorgung im Rettungsdienst

Die Definitionen von bzw. Ansprüchen an Qualität in der Medizin sind abhängig von der Situation und vom Umfeld. Bearbeitungszeiten, wie etwa Transportzeiten, sind ein Parameter, der im Erstversorgungsbereich eine große Rolle spielen kann. Qualität im Notfallmedizinischen Bereich bedeutet auch, dass die behandelnde Person die richtigen Entscheidungen und Handlungen wählt.

Um medizinische Erkenntnisse und Versorgung zu garantieren, trat 2004 das Gesundheitsqualitätsgesetz in Kraft, welches den Aufbau eines Qualitätssystems für ganz Österreich vorsieht. Für die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation ist das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) zuständig.

Dieses Gesetz bezieht sich allgemein auf das Gesundheitswesen: Um maximale Qualität sicherzustellen, muss ein Qualitätssystem patientenorientiert sein, und die PatientInnen sollten „unterstützt werden, ihre Lebensqualität selbst mitzugestalten und zu verbessern“. Die Leistungen und Ergebnisse müssen dokumentiert und nachvollziehbar sein, um Qualität zu messen bzw. zu vergleichen. Ziel eines Qualitätssystems ist die Steigerung der Effektivität unter Beibehaltung von größtmöglicher Effizienz (i.e. das ausgewogene Verhältnis von Mitteln und Ergebnis).¹⁵⁴

Die „Mitgestaltung der Lebensqualität“ beim Punkt der PatientInnenorientierung trifft für den Notfallversorgungs-Bereich natürlich nicht in demselben Ausmaß wie in anderen Bereichen zu. Nichtsdestotrotz sollte darauf geachtet, die Leistungen in Form von Einsatzprotokollen im Detail zu dokumentieren.

Der zentrale Punkt der Effektivität umfasst im Rettungswesen relevante Parameter, wie Überlebensraten im präklinischen Bereich, bleibende Schädigungen, Komfort der PatientInnen und dergleichen.

¹⁵⁴ Vgl. Gesundheit Österreich GmbH (2005): Auszug aus dem Gesundheitsreformgesetz 2005, BGBl. I Nr. 179/2004 Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – QQG)

Eine steigende Anzahl zu transportierender PatientInnen, die Komplexität von Notfallsituationen und gestiegenen Anforderungen (Effektivität der Erstversorgung, PatientInnenansprüche) machten den Einzug von evidenzbasierten Methoden in der Notfallmedizin notwendig. Neue technische Entwicklungen, wie zum Beispiel neue Defibrillationsautomaten und neue Behandlungskonzepte (z.B. PHTLS) bedürfen objektiver Überprüfung, um letztendlich die optimale Lösung an den PatientInnen anzuwenden. Die Evidenzbasierte Medizin (EbM) unterscheidet mehrere Evidenz-Hierarchien. Ein Beispiel für ein diesbezügliches Klassifikationssystem ist das GRADE-System (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation), welches die Qualität betrachteter Evidenz klassifiziert und die Empfehlung in „strong“ und „weak recommendation“ gliedert. Der Goldstandard einer Studie ist der RCT (randomised controlled trial), der sich durch gut durchdachtes Design und Vermeidung von Bias jeglicher Art auszeichnet. In der Notfallmedizin bringen viele RCTs allerdings keine ausreichende Größe bzw. Anzahl von PatientInnen/Probanden zusammen. Evidenz von moderater Qualität umfasst u.a. RCTs mit Defiziten sowie Beobachtungsstudien; Evidenz niedriger Qualität sind Studien auf der Basis von Beobachtungen oder Meinungen von Key Opinion Leaders.¹⁵⁵

Die Durchführung und Publikation von qualitativ hochwertigen Studien leistet einen großen Beitrag für eine spätere weiterführende Analyse. Eine jüngst publizierte Wiener Studie befasst sich beispielsweise mit der Inzidenz und dem Outcome von außerhalb des Spitalsbereiches auftretendem Herzstillstand: Out of hospital cardiac arrest in Vienna: Incidence and outcome.¹⁵⁶ In dieser Studie werden Daten analysiert, welche in einem definierten Zeitraum im Rahmen der üblichen Versorgung erhoben wurden. In diesem Fall führt die Diskussion der Ergebnisse zu dem Schluss, dass die Überlebensraten für „out of hospital“-Herzstillstand schlecht sind und der Fokus darauf liegen sollte, u.a. hochqualitative Wiederbelebung durch ErsthelferInnen zu fördern.

¹⁵⁵ Vgl. Rowe B. (2009): Evidence-Based Emergency Medicine, Blackwell.

¹⁵⁶ Vgl. Department of Emergency Medicine, Medical University of Vienna, Austria (2012): Out of hospital cardiac arrest in Vienna: Incidence and outcome, Studie, Wien.

Systematic Reviews, systematische Übersichtsarbeiten, spielen eine wichtige Rolle, um die Ergebnisse solcher einzelnen Studien zusammenzufassen und werden oft als Basis für weiterführende Entscheidungen (etwa den Einsatz eines neuartigen Defibrillationsautomaten) genutzt. Meta-Analysen sind qualitative systematische Übersichtsarbeiten, die eine zusammengefasste gepoolte statistische Auswertung beinhalten. Beispiel für solche Arbeiten ist der Review Delayed versus immediate defibrillation for out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials¹⁵⁷, welche den Effekt von verzögerter Defibrillation durch CPR mit sofortiger Defibrillation auf die Überlebensrate bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus vergleicht.

Weiters stellen und beantworten Systematic Reviews eine klare klinische Frage. Mittels umfassender, definierter Suchstrategie sowie klar festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien von Studien wird hierbei versucht, alle relevanten Ergebnisse einzuschließen. Komponenten der Entwicklung einer klinischen Frage im Rahmen von Systematic Reviews sollen Details über die Population, Intervention, Vergleiche (z.B. zu einer Standardpraxis) sowie Outcome (z.B. physiologische Parameter wie ROSC, Überlebensraten im präklinischen Bereich etc.) und Analysen von Studien führen wie erläutert zur Definition und Etablierung von anzuwendender Praxis. Standardisierung in der Praxis ist eine wichtige Voraussetzung, um Verbesserung von Qualität zu erzielen.¹⁵⁸

Ein essentielles Thema, welches eng mit der Qualität korreliert ist die Ausbildung. Gute Leute sind notwendig, welche jeden Tag jeden Patienten/jede Patientin perfekt versorgen, sei es von medizinischer oder menschlicher Seite. Von den Hilfsorganisationen wird propagiert, dass in Österreich tausende von professionellen HelferInnen im großteils ehrenamtlichen Einsatz sind um die PatientInnen auf einem hohen Niveau zu versorgen.

¹⁵⁷ Vgl. Ambulance Research Institute, Ambulance Service of New South Wales (2010): Delayed versus immediate defibrillation for out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, Sydney.

¹⁵⁸ Vgl. Rowe B. (2009): Evidence-Based Emergency Medicine, Blackwell.

Doch wie definiert man eine optimale PatientInnenversorgung? Ab wann ist sie „ausreichend“ bzw. wer legt dies fest? Fakt ist – sie ist im Laufe der Jahre besser geworden. Die Ausbildung wurde in einem eigenen Gesetz fixiert, durch Installation von flächendeckenden Notarztsystemen konnte man von der Load&Go-Verfahrensweise (Rettungsdienst beschränkt sich auf die Taktik, die PatientInnen ohne große Stabilisierungsmaßnahmen für den Transport einzuladen und rasch abzutransportieren) in Richtung des Stay&Play-Systems zu gehen (PatientIn wird vor Ort Notfallmedizinisch transportfähig gemacht). Doch ein System darf sich nicht nur an sich selber messen – es muss sich auch mit anderen Systemen im Ausland vergleichen. Geht man von dem Level aus, der bis in die 1990er-Jahre im Land herrschte, sieht der Rettungsdienst heute professionell aus. Betrachtet man jedoch Systeme, wie sie beispielsweise in Deutschland, Schweiz oder dem anglo-amerikanischen Raum vorherrschen, wirkt ein Rettungssystem, in dem vorwiegend RettungssanitäterInnen die Versorgung übernehmen, eher als letzte vertretbare untere Mindestgrenze.

Im Gesundheitsbereich, besonders im Rettungsdienst eine „Idealversorgung“ zu definieren ist schwierig. In einem Produktionsbetrieb läuft das Erstellen von zu erfüllenden Qualitätskriterien, sowie die Überwachung derer noch vergleichsweise einfach: Entweder das Werkstück erfüllt die Maß-, Form- und Passtoleranzen, oder es fällt unter Ausschuss. Ein Ausschuss-Werkstück steigert zwar nicht unbedingt die Wirtschaftlichkeit, jedoch ist hier nicht unmittelbar die Gesundheit von Menschen betroffen. Im Rettungsdienst gestaltet sich der Prozess der Definition von einheitlichen Standards schon schwieriger. Es gibt zwar ein Sanitätergesetz, eine Lehrmeinung mit einzuhaltenden Algorithmen und diverse organisationsinterne Vorschriften, Regeln und Anweisungen – doch keine PatientInnenversorgung gleicht im Detail der anderen. Das macht die besondere Schwierigkeit aus. Auch kann die Einhaltung der Qualitätsstandards nur sehr bedingt überwacht werden; der Handlungsspielraum bei deren Nicht-Erfüllung ist leider nur eingeschränkt gegeben, wobei die Gefahr besteht, dass sich manche Dinge schon im rechtlich unzulässigen Bereich befinden.

Am Ende ist jedoch nur möglich – neben allen anderen Dingen – das Hauptaugenmerk auf die tatsächliche Behandlungs- bzw. Versorgungsqualität zu legen,

auch wenn dies meist nur schwer bzw. subjektiv möglich ist. Die rettungsdienstliche Hilfe hat in möglichst kurzer Zeit (hier seien auch die wichtigen ErsthelferInnen erwähnt) am richtigen Ort zu erfolgen und zwar gemäß dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Das heißt, das richtige Rettungsmittel (RTW oder RTW + Notarzt) muss zuerst korrekt basierend auf dem geschilderten Notfallgeschehen beim Notruf entsandt werden und innerhalb der Hilfsfrist beim Patienten/bei der Patientin ankommen. Die Behandlung der PatientInnen hat lege artis verzugsfrei zu erfolgen. Dabei darf es zu keiner (weiteren) Schädigung des Gesundheitszustandes kommen und der Transport hat schonend, rasch und sicher in die richtige Klinik zu erfolgen. Dort muss eine fachgerechte Übergabe erfolgen, damit die Behandlung nahtlos fortgesetzt werden kann. Ein überdurchschnittliches Maß an guter, intensiver Ausbildung ist der Schlüssel zu einer fachgerechten, modernen Behandlung.

5.4.2 Einflussfaktoren auf die Qualität im Rettungsdienst

Neben der Ausbildung des Personals haben auch andere Faktoren einen Einfluss auf einen qualitativ hochwertigen Rettungsdienst: Hilfsfristen in der Notfallrettung, Wartezeiten im Krankentransport, Dispositionsstrategien, Reservenbildung, Infrastruktur, Fahrzeuge, Ausrüstung etc.¹⁵⁹ Auch ist es unerlässlich, von alten eingefahrenen Strukturen und Hierarchien wegzugehen. Sie gehören zweckmäßig angepasst. Dies ergibt sich alleine schon aus der Tatsache, dass der Qualitätsanspruch ständig steigt, sich neue Erkenntnisse in der Notfallmedizin und Technik ergeben, der Kostendruck intensiver wird und auch mancherorts ein Wettbewerbsdruck durch Ausschreibungen entsteht. Auch fordern die MitarbeiterInnen immer mehr Mitspracherecht bei Entscheidungen. Eine Einbindung dieser kann als „Quasi-Frühwarnsystem“ für Missstände in den eigenen Bereichen dienen. Gerade die eigenen MitarbeiterInnen sind die ersten, welche auf Unstimmigkeiten oder Probleme im Dienstbetrieb bzw. in der Organisation aufmerksam machen. So können rechtzeitig notwendige Maßnahmen oder Anpassungen getroffen werden,

¹⁵⁹ Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edewecht, S.14.

was die Versorgungsqualität aber auch die Zufriedenheit der eigenen MitarbeiterInnen aufrecht erhält bzw. verbessert.

Ein zielführendes Instrument zur Erfassung und Steigerung des Qualitätslevels im Rettungsdienst ist die sogenannte SWOT-Analyse. Dabei werden eigene Stärken und Schwächen Chancen und Risiken gegenübergestellt.¹⁶⁰

Den Rettungsdienst als Teil der gesamten, „integrierten Versorgung“ von PatientInnen zu sehen ist einer der wesentlichen Punkte, die es vielerorts noch gilt, umzusetzen. Dabei geht es auch um Bewusstseinsbildung, bzw. klare Position und Rollenverteilung, wo der Rettungsdienst in der Tätigkeit und in der Wichtigkeit eingereiht wird. Die präklinische Behandlung nach dem Konzept der evidenzbasierten Medizin muss mit den weiteren Betreuungsschritten im klinischen Bereich wie Zahnräder ineinander greifen, denn die medizinische Behandlung beginnt eigentlich schon mit Absetzen des Notrufs. So lassen sich deutliche Verbesserungen für das Outcome (Gesundheitszustand) der PatientInnen erreichen.¹⁶¹

Um dies zu erreichen müssen gemeinsame Prozesse im Bereich von Rettungsdienst, Leitstellen, Ärzten/Ärztinnen und Krankenhaus definiert und aktiv gelebt werden. Doch dazu müssen auch gemeinsame Fortbildungen absolviert werden – denn Teamarbeit ist nicht nur unter Rettungsdienst-MitarbeiterInnen, sondern auch interdisziplinär notwendig. Um eine „gemeinsame Sprache“ zu sprechen macht es Sinn, Schulungen wie beispielsweise in Kapitel 5.3 zu besuchen. Auch steigt dadurch die gegenseitige Akzeptanz zwischen den einzelnen Berufsgruppen, was in der komplexen Aufgabe der ganzheitlichen PatientInnenbetreuung deutlich erleichternd ist.

Weiters ist eine effektive Dokumentation unerlässlich. Sie muss konsequent angewandt und abschließend evaluiert werden. So ist es möglich, einen „Soll-Ist-Vergleich“ durchzuführen. Das beginnt schon bei der Entsendung des Rettungsmittels: Wie oft musst ein Notarzt/eine Notärztin nachalarmiert oder storniert werden? Wurde der Zustand der PatientInnen richtig eingeschätzt? Im Einsatz selbst

¹⁶⁰ Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edewecht, S.26.

¹⁶¹ Vgl. Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edewecht, S.26.

gilt es, den Eindruck, den Verlauf und die Anamnese der PatientInnen sowie alle gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren – ein Punkt, der in Zukunft immer wichtiger wird, gilt doch der Grundsatz „Was nicht dokumentiert wurde, wurde nicht gemacht.“ Ebenso wichtig ist anschließend eine Auswertung dieser Informationen: Wurden die richtigen Maßnahmen zur richtigen Zeit gesetzt? Was wurde nicht gemacht? Nur so kommt man dem Ziel einer optimalen PatientInnenversorgung näher.

6 FachexpertInnenmeinungen, Zusammenfassung und Fazit / Ausblick

6.1 Stellungnahmen von FachexpertInnen

6.1.1 Stellungnahme Mag. Dr. Susanne Ottendorfer – Medizinische Leitung Notruf Niederösterreich

A. Reisinger: Wie sehen Sie in Zukunft die Rolle des (Not-)arztes/der (Not-)ärztin im Rettungsdienst?

Mag. Dr. S. Ottendorfer: Aufgrund bestehender gesetzlicher Regelungen wird auch in Zukunft das bewährte Notarzt-System aufrecht erhalten bleiben. Notfallmedizin ist Teamarbeit – deswegen ist es notwendig, eine bessere Verankerung des Notarztes in der Rolle als Teamleader bereits in der Ausbildung der NotärztInnen zu gewährleisten.

A. Reisinger: Wie kann sich ein eventueller ÄrztelInnenmangel auf die präklinische Versorgung und die Ausbildung der MitarbeiterInnen auswirken?

Mag. Dr. S. Ottendorfer: Aktuell gibt es bereits Situationen, in denen offene Stellen von ÄrztInnen bereits teilweise nicht mehr nachbesetzt werden können. Weiters muss der Notarztjob finanziell besser gestellt werden. In der Vergangenheit hat es in Niederösterreich Bestrebungen gegeben, die Notärzte und den Ärztenotdienst (Anm. Bereitschaftsdienst von praktischen Ärzten für nicht dringende Angelegenheiten) zusammenzulegen. Dies konnte jedoch bisher noch verhindert werden.

Jedoch darf der Ärztemangel weder Vorwand noch Anlass für eine bessere Ausbildung der Rettungs- und Notfallsanitäter sein, denn dies sollte ein Ziel per se sein.

A. Reisinger: Empfinden Sie die Umsetzung der Möglichkeiten des SanG als ausreichend (NKV, NKA, NKI)? (Das SanG schafft zwar weitreichende Möglichkeiten

für nichtärztliches Personal – jedoch werden nur wenige in den Notfallkompetenzen ausgebildet, bis auf einige wenige Organisationen.)

Mag. Dr. S. Ottendorfer: Nein, die Möglichkeiten welche das SanG schafft, werden absolut nicht ausreichend umgesetzt. Die Umsetzung hängt von den Rettungsorganisationen einzeln ab und auch innerhalb dieser ist dies nicht einheitlich. So gibt es in manchen Bezirken beispielsweise zwei Drittel der NotfallsanitäterInnen mit den allgemeinen Notfallkompetenzen NKA und NKV und in anderen Bezirken wird die Ausübung dieser nicht zugelassen. Auch wird in Niederösterreich die Ausbildung zur besonderen Notfallkompetenz NKI nicht angeboten und nicht anerkannt, wenn sie woanders absolviert wurde. Im Gegensatz dazu fördert die MA70 beispielsweise die Notfallkompetenzen inklusive NKI sehr stark.

A. Reisinger: Welche Bedeutung messen Sie Ausbildungskonzepten wie AMLS, PHTLS etc. zu?

Mag. Dr. S. Ottendorfer: Ein strukturiertes logisches Vorgehen mit „Checklisten“ ist sinnvoll und in Zeiten vermehrter Inanspruchnahme der PatientInnenanwaltschaft auch absolut empfehlenswert. Auch nach langjähriger praktischer Tätigkeit im Rettungsdienst sind diese Konzepte absolut empfehlenswert.

Österreichweit wird eine einheitliche Ausbildung über alle Organisationen benötigt – denn wie kommt der Patient dazu, unterschiedlich versorgt zu werden, je nachdem welches Emblem der Rettungs- oder Notfallsanitäter auf der Uniform hat?

6.1.2 Stellungnahme Mag.(FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, DSA, MSc – Lehrgangsrleiter „Rettungsdienstmanagement“ Donau-Uni Krems, National Coordinator PHTLS Austria, Associate National Coordinator AMLS Austria, Lehrrettungsassistent, Lehr-Paramedic

A. Reisinger: Wie sehen Sie in Zukunft die Rolle des (Not-)arztes/der (Not-)ärztin im Rettungsdienst?

Mag.(FH) PhDr. C. Redelsteiner, DSA, MSc: NotärztInnen werden künftig zielgerichteter nur für allerschwerste Notfälle zum Einsatz kommen, ein Teil der NotärztInnen wird in zwei neuen Rollenbildern aktiv werden: einerseits stärker auf der

strategisch medizinischen Ebene im Sinne des Setzens von Standards für Rettungsfachpersonal bzw. die Überwachung dieser Vorgaben auf einer Ebene unabhängig von jener der direkten Dienstleister (Medical Oversight), andererseits im Sinne eines Tele-Notarztes (siehe Pilotprojekt Aachen) bei der unmittelbaren Behandlung von PatientInnen wo der Notarzt/die Notärztin nicht mehr direkt vor Ort ist, sondern mehrere Rettungsdienste online bei der PatientInnenversorgung unterstützt.

A. Reisinger: Wie kann sich ein eventueller ÄrztInnenmangel auf die präklinische Versorgung und die Ausbildung der MitarbeiterInnen auswirken?

Mag.(FH) PhDr. C. Redelsteiner, DSA, MSc: Der ÄrztInnenmangel wirkt sich bereits jetzt auf die präklinische Versorgung aus. Aufgrund von Ressourcenmangel werden mancherorts die Auswahlkriterien für eingesetzte NotärztInnen gelockert (Zeugnis genügt) bzw. die im Sanitätergesetz vorgesehenen Qualifikationskriterien für ÄrztInnen in der rettungsdienstlichen Ausbildung mancherorts sehr locker interpretiert. In manchen Regionen muss die geographische Lokalisierung von Notarztstützpunkten neu überdacht werden, vereinzelt blieben auch bereits Notarztstützpunkte aufgrund von Personalausfall für einzelne Schichten unbesetzt.

A. Reisinger: Empfinden Sie die Umsetzung der Möglichkeiten des SanG als ausreichend (NKV, NKA, NKI)? (Das SanG schafft zwar weitreichende Möglichkeiten für nichtärztliches Personal – jedoch werden nur wenige in den Notfallkompetenzen ausgebildet, bis auf einige wenige Organisationen.)

Mag.(FH) PhDr. C. Redelsteiner, DSA, MSc: Das Sanitätergesetz selbst bietet ausreichende Möglichkeiten einer zeitgemäßen und kompetenten PatientInnenversorgung. In Wien und auch in einigen anderen Regionen in Österreich werden die vom Gesetzgeber gewünschten Möglichkeiten der PatientInnenversorgung durch NotfallsanitäterInnen höherer Ausbildungsstufen seit mehreren Jahren systematisch und konsequent umgesetzt. In vielen Teilen Österreichs verzichtet man auf diese Form der konsequenten Aus- und Weiterbildung, die auch eine Personalentwicklungsmaßnahme darstellt, und bietet so den PatientInnen nur ein eingeschränktes Versorgungsspektrum an.

A. Reisinger: Welche Bedeutung messen Sie Ausbildungskonzepten wie AMLS, PHTLS etc. zu?

Mag.(FH) PhDr. C. Redelsteiner, DSA, MSc: Standardisierte Kurssysteme wie ALS des European Resuscitation Councils, AMLS und PHTLS sind auf internationaler Ebene verankert und langjährig erprobt. Sie werden künftig zur Standard- bzw. Pflichtausbildung für NotärztInnen und NotfallsanitäterInnen gehören. Ein wesentlicher Vorteil dieser Konzepte ist, dass sie auch zu anderen Berufsgruppen und schnittstellenübergreifend (Leitstelle, Rettungsdienst, Notarzt, Krankenhaus) eine gemeinsame Sprache herstellen.

A. Reisinger: Auf welche Herausforderungen muss sich der Rettungsdienst in Österreich in den nächsten fünf bis zehn Jahren einstellen?

Mag.(FH) PhDr. C. Redelsteiner, DSA, MSc: Einerseits gilt es in Bezug auf die demographische Entwicklung völlig neue Einsatzstrategien und Versorgungskonzepte zum Einsatz zu bringen – dies vor dem Hintergrund fehlender Pflegekräfte und einer geringeren Zahl von ÄrztInnenen – insbesondere von HausärztInnen. Die Pflege wird versuchen, durch Überleitungsausbildungen die besten SanitäterInnen in ihrem Bereich zu motivieren – umso mehr bedarf es konsequenter Ausbildungs- und Personalentwicklungsmodelle um motivierte und kompetente SanitäterInnen im Bereich des Rettungsdienstes zu behalten. Eine mögliche Abschaffung des Präsenzdienstes und damit einhergehender Verlust der Zivildienstleistenden wird eine Neuaufstellung des Rettungsdienstes im Sinne einer Professionalisierung beschleunigen.

6.1.3 Stellungnahme Dr. Reinhard Malzer – Stv. Leiter Abt. II/6, Chefärztlicher Dienst des Bundesministeriums für Inneres; Medical Director AMLS Austria

A. Reisinger: Wie sehen Sie in Zukunft die Rolle des (Not-)arztes/der (Not-)ärztin im Rettungsdienst?

Dr. R. Malzer: Eine Zukunft des Rettungsdienstes in Österreich ohne NotärztInnen ist nicht vorstellbar. Die NotärztInnen sollten von der Ausbildung her einen weitaus höheren Mindeststandard erreichen als der derzeitige 60-Stunden-Notarztekurs.

Auch ein ERC-Kurs ist nicht ausreichend für die Anforderungen an eigenverantwortliche NotärztInnen.

Ideal wäre ein Facharzt/eine Fachärztin für Notfallmedizin, welcher/welche im Krankenhaus die Erstversorgung nach dem Muster der Notfallaufnahme im AKH Wien abdeckt und im Rahmen dieser Tätigkeit auch prähospital tätig ist. Das ist allerdings noch ein langer Weg – das Notfallreferat der Ärztekammer winkt aber derzeit ab: Ein Facharzt/eine Fachärztin für Notfallmedizin ist ein „No Go“.

Ohne NotärztInnen geht es im Rettungsdienst jedenfalls nicht. Die (Mindest-)ausbildung muss besser werden (ist schon in Entwicklung) und ideal wäre die Mischung aus prähospitaler und hospitaler eigenverantwortlicher Routinetätigkeit an notfall-/intensivmedizinischen Einrichtungen, also ein erfahrener Intensivmediziner/eine erfahrene Intensivmedizinerin.

A. Reisinger: Wie kann sich ein eventueller ÄrztInnenmangel auf die präklinische Versorgung und die Ausbildung der MitarbeiterInnen auswirken?

Dr. R. Malzer: Der ÄrztInnenmangel sollte sich eigentlich gar nicht auswirken – die Professionalisierung der SanitäterInnen sollte unabhängig von der Verfügbarkeit von NotärztInnen vorangetrieben werden. So viele NotärztInnen können wir gar nicht haben, dass der Mangel an kompetenten SanitäterInnen ausgeglichen werden kann (wäre auch nicht sinnvoll). Bei flächendeckender kompetenter Versorgung durch SanitäterInnen kann der Notarzt/die Notärztin dann auch selektiver disponiert werden, sodass auch bei geringerer Zahl die Verfügbarkeit beim „wirklichen“ Notfall nicht leidet.

A. Reisinger: Empfinden Sie die Umsetzung der Möglichkeiten des SanG als ausreichend (NKV, NKA, NKI)? (Das SanG schafft zwar weitreichende Möglichkeiten für nichtärztliches Personal – jedoch werden nur wenige in den Notfallkompetenzen ausgebildet, bis auf einige wenige Organisationen.)

Dr. R. Malzer: Unser San-Gesetz ist nicht optimal, weil erstens die Ausbildung nicht weit genug greift und zweitens ein/eine „NotfallsanitäterIn auf jedem RTW“ nicht direkt vorgeschrieben ist. Aus meiner Sicht braucht jedes Fahrzeug mindestens einen/eine NFS NKV – mit NKI bin ich nicht glücklich weil die endotracheale

Intubation seit 2010 ja nur mehr wirkliche Profis machen sollten (also AnästhesistInnen und IntensivmedizinerInnen). Airwaymanagement einschließlich Larynx-tubus mit Praktikum in OPs wäre aber zu fordern – eine sinnvolle Änderung der Ausbildungsverordnung wäre für mich nach dem RS ein NFS-LT (für Larynx-tubus, Airway also schon hier) und letzte Stufe NKV/NKA als gemeinsames Modul. Da sollten dann auch Schmerzmittel hinein.

A. Reisinger: Welche Bedeutung messen Sie Ausbildungskonzepten wie AMLS, PHTLS etc. zu?

Dr. R. Malzer: ERC hat mit dem ALS Kurs vor zehn Jahren und den Guidelines einen Meilenstein gesetzt – der Kurs ist nicht mehr wegzudenken und hat die Landschaft in Österreich verändert: Alle Organisationen haben nun das gleiche Ziel. Ähnliches schreibe ich PHTLS fürs Trauma zu – AMLS ist erst seit kurzer Zeit implementiert, ich höre aber auch immer wieder positives Feedback aus dem Krankenhaus von SanitäterInnen nach AMLS-versorgten PatientInnen.

A. Reisinger: Wie sehen Sie das Thema Rettungsdienst und nichtärztliches Sanitätspersonal allgemein?

Dr. R. Malzer: Zusammenfassend über dieses Thema könnte ich sagen: Sozialdienst und Krankentransport sind ein anderes Kapitel, aber der Rettungsdienst gehört in professionelle Hände – 4.000 Profis statt 40.000 Freiwilligen und Zivis braucht das Land!

6.1.4 Gespräch mit Dr. Walter Aichinger, Präsident Rotes Kreuz Oberösterreich

Auf die Frage des derzeitigen Zustandes des Rettungsdienstes beim RK OÖ erläutert Dr. Aichinger beim persönlichen Gespräch am 06.08.2012, dass in Oberösterreich Rettungs- und Krankentransportdienst gut zusammenarbeiten. Bedingt durch die Vorhaltekosten soll die Kombination der beiden Bereiche auch so bleiben. Für besondere Notfälle stehen die Sonderrettungsmittel bereit. Anders verhält es sich im städtischen Bereich, wo eine Trennung zwischen Rettungsdienst und

Krankentransport leichter möglich ist.

Im Bezug auf die Einbindung von freiwilligen MitarbeiterInnen erläutert er, dass jeder/jede dritte Freiwillige im Österreichischen Roten Kreuz ist in Oberösterreich tätig ist – das sind ca. 18.000 MitarbeiterInnen. Das derzeitige gemischte System mit hauptberuflichen und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen soll gehalten werden, nicht nur aufgrund einer Kostenfrage, aber auch aufgrund eines emotionalen Aspektes. Die Ehrenamtlichkeit hat eine sehr große Bedeutung für die Gesellschaft und muss auch gefördert und gefestigt werden.

Zu den großen Herausforderungen, mit denen man in Zukunft zu rechnen hat, erläutert Dr. Aichinger, dass eine Anpassung der eigenen Strukturen an die Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung und den Siedlungsstrukturen unbedingt notwendig ist, um die kommenden gesellschaftlichen und demographischen Veränderungen zu meistern. Ebenso muss die Bevölkerung noch intensiver und flächendeckender in Erster Hilfe geschult werden.

Eine bedeutende Herausforderung wird der Ärztemangel – besonders in Bezug auf den niedergelassenen, praktischen Arzt am Land. Der Altersdurchschnitt steigt an und die Versorgung vor Ort zu gewährleisten wird immer schwieriger. Diese Versorgung vor Ort muss aber verbessert werden, dazu sind alle Partner ins Boot zu holen wie Land, Gemeinden, Pflege- und Betreuungsdienste, Ärzte und Rettungsdienst. Die Ausbildung einer Zwischenstruktur, welche die derzeitigen Versorgungslücken füllt, muss geschaffen werden. Jedoch kann nicht jeder medizinische Behandlungsbedarf ins Krankenhaus transportiert werden – die Versorgung vor Ort muss an Bedeutung gewinnen. Der Rettungsdienst soll auch mithelfen, die belasteten Krankenhausambulanzen zu entlasten. Dazu ist es notwendig, die Ausbildung in Richtung Triagierung und Diagnostik zu verbessern, welche in der Struktur eventuell denen von Paramedic-Systemen ähnelt. Falls sich im Bezug auf die medizinische Versorgung am Land nichts ändert, muss auch offen über ein Paramedic-System, wie es beispielsweise in nordischen Ländern etabliert ist, diskutiert werden. Aktuell soll der Ausbildungsstand aber bedarfsorientiert angepasst werden die Anzahl der NotfallsanitäterInnen nicht drastisch erhöht werden.

Von großer Wichtigkeit ist jedoch auch, dass jeder Bürger/jede Bürgerin Verantwortungsbewusstsein für die eigene Gesundheit entwickelt.

6.1.5 Gespräch mit Mag. Dr. Rainer Gottwald, MBA, Senatsrat und Leiter der Wiener Berufsrettung und Mag. Dr. Jochen Haidvogel, MBA, Wiener Rettungsdienstleiter, Abteilungsleiter-Stv.

Im Bezug auf den zu erwartenden Ärztemangel erläutern Dr. Gottwald und Dr. Haidvogel beim persönlichen Gespräch am 06.09.2012, dass es in Wien zum Teil bereits schwierig ist, freie Notarzt-Planposten zu besetzen. Die Attraktivierung des Berufes ist von großer Bedeutung, da es für viele InteressentInnen an begrenzten Karrieremöglichkeiten mangelt. Die Notarzt-Ausbildung ist in Österreich keine Facharzt-Ausbildung im Gegensatz zu Nachbarstaaten – ein Zusatzfach würde allerdings Sinn machen. Bei der Wiener Berufsrettung gibt es ein erhöhtes Qualitätsniveau für NotärztInnen. Dieses soll auf jeden Fall gehalten werden, auch wenn dadurch die Suche nach neuen NotärztInnen schwieriger wird. Um die Attraktivität des Berufsbildes zu steigern, ist es von Bedeutung, den Notarzt/die Notärztin nur bei wirklichen Indikationen zu alarmieren und die Ausrückeordnung zu analysieren, um einen effizienten Einsatz dieser Ressource zu gewährleisten. Die derzeitige Struktur in Wien von 15 Notarztmitteln soll gehalten werden.

Auf die Frage bezüglich möglicher zukünftiger Entwicklungen im Bereich der SanitäterInnen geben Dr. Gottwald und Dr. Haidvogel bekannt, dass im Sinne eines zeitgemäßen und qualitativ hochwertigen Rettungsdienstes auch die Schaffung einer zusätzlichen Struktur in Bezug auf Ausbildung und Kompetenzen des nicht-ärztlichen Personals notwendig ist, welche die Lücke zwischen Notfallkompetenzen und ärztlichen Maßnahmen schließen kann. So wäre die Schaffung eines Tätigkeitsfeldes eines „Berufsretters“/einer „Berufsretterin“ durchaus überlegenswert, welcher/welche aufgrund seiner/ihrer häufigen Tätigkeit von der Professionalität her anders agieren könnte als ein freiwilliger Sanitäter/eine freiwillige Sanitäterin mit einer geringeren Dienstfrequenz. So wäre es möglich, eine intensivere Ausbildung zu forcieren und statt der Notkompetenzen bestimmte Regelkompetenzen einzuführen, welche allerdings keinesfalls das Notarztwesen ersetzen, aber viel mehr während der Abwesenheit von ärztlichem Personal die optimale PatientInnenversorgung garantieren sollen. Bundesweit kann sich die Realisierung einer solchen Lösung allerdings als schwierig erweisen.

6.2 Zusammenfassung

Die Fragestellung, welche diese Masterthesis beleuchtet, ist welche Herausforderungen in Bezug auf Ausbildung und strukturelle Entwicklung der Rettungsdienst in Österreich zu bewältigen hat. Diese Herausforderungen werden verursacht durch gesteigerte Anforderungen an Qualität, ein sich veränderndes Umfeld in Bezug auf Bevölkerungsstruktur, Ärztemangel und zunehmenden Kostendruck.

Dabei wurden zuerst der Stellenwert und die rechtlichen Grundlagen des österreichischen Rettungsdienstes erörtert. Die verantwortungsvolle Tätigkeit des Rettungsdienstes wird oftmals unterschätzt, ebenso seine Bedeutung als Teil der gesamtmedizinischen Versorgung. Jedes Bundesland hat sein eigenes Landesrettungsgesetz, jedoch definiert das SanG als Bundesgesetz seit 2002 Tätigkeiten, Aufgaben, Kompetenzen sowie Aus- und Fortbildung der SanitäterInnen. Das Rettungswesen kann in Österreich auf eine lange Geschichte zurückblicken – dabei bildet die Tätigkeit von freiwilligen MitarbeiterInnen von Beginn an die tragende Säule.

Als Beispiel für eine Organisation, welche größtenteils auf ehrenamtlichen MitarbeiterInnen aufbaut, wird der Rettungsdienst des Roten Kreuzes Oberösterreich vorgestellt. Als Gegenbeispiel dazu wird die Wiener Berufsrettung präsentiert, bei welcher der Ausbildungs- und Qualitätsstandard sehr hoch ist. Abschließend wird die Werksrettung voestalpine vorgestellt, welche als beruflicher Rettungsdienst zwar zum Stahlkonzern gehört, aber unter dem Roten Kreuz tätig ist und erweiterte Aufgaben wahrnimmt.

Der Anstieg der Rettungstransporte ist absehbar. Mitverantwortlich dafür ist auch die demographische Entwicklung: Der Anteil der älteren, pflegebedürftigen Menschen nimmt zu und die Einsatzbilder werden komplexer. Dem gegenüber steht ein Rettungssystem, welches derzeit auf freiwillige und hauptberufliche MitarbeiterInnen, Zivildienstleistende sowie auf ärztliches Personal baut. Der mögliche Wandel von traditionell gebildeten Strukturen ergibt neue Herausforderungen.

Zu den primären Leistungsbereichen des Rettungsdienstes gehören Notfallrettung und Krankentransport – eine Trennung erweist sich dabei als vorteilhaft. Dabei müssen je nach Einsatzzweck die entsprechenden Fahrzeuge zum Einsatz kommen.

Es gibt eine Vielfalt von Rettungsdienst-Systemen – auch in Europa sind sie zum Teil unterschiedlich. Zur Darstellung der Mannigfaltigkeit wurden die Systeme von Deutschland, der Schweiz, Tschechien und den USA dargestellt. Das österreichische System ist im Vergleich zu diesen als nicht so umfangreich einzustufen.

Als bedeutendes Qualitätsmerkmal im Rettungsdienst ist die Ausbildung zu klassifizieren. Dem 2002 in Kraft getretenen Sanitätergesetz ging ein langer Weg voraus – der Umfang der Ausbildung wurde aus Sorge vor neuen Kosten und negativen Folgen für die Freiwilligkeit im Vergleich zu anfänglichen Entwürfen drastisch reduziert. Übriggeblieben ist ein gerade noch vertretbarer Kompromiss. Nach zehn Jahren haben es manche Rettungsorganisationen immer noch verabsäumt, eine ausreichende Anzahl von entsprechend ausgebildeten NotfallsanitäterInnen mit Notfallkompetenzen bereitzustellen. Dabei ergeben sich Spannungsfelder in den Tätigkeiten der SanitäterInnen, beispielsweise im Bezug auf Notfallkompetenzen und ebenso die unzulässige Besetzung von Rettungsfahrzeugen nur mit RettungssanitäterInnen.

International normierte Ausbildungskonzepte heben den Standard der Versorgung auf ein einheitliches Niveau und bieten bedeutende Vorteile im Bezug auf die Zusammenarbeit mit Schnittstellen des Rettungsdienstes. Dabei wurden das European Resuscitation Council, das PHTLS- und AMLS-Konzept, sowie der Österreichische Berufsverband für SanitäterInnen als Interessensvertretung vorgestellt. Abschließend wurde die Idealversorgung im Rettungsdienst beschrieben sowie Einflussfaktoren auf die Qualität aufgezeigt.

6.3 Fazit / Ausblick

Der Rettungsdienst hat die Aufgabe, PatientInnen nach medizinischen Notfällen aller Art zu versorgen und zu transportieren. Dementsprechend müssen Ausrüstung und Ausbildung der dort eingesetzten MitarbeiterInnen gegeben sein. Ihm nur eine „First-Responder-Funktion“ zuzuschreiben ist nicht zulässig. Die Argumentation, dass „für Notfälle die Sonderrettungsmittel zur Verfügung stehen“ ist falsch. Denn damit würde man offiziell eine Versorgungslücke zugeben, die entsteht bis der Notarzt am Berufungsort eintrifft. Auch ist es nicht Aufgabe des Notarztdienstes, die Minderversorgung durch den Rettungsdienst zu kompensieren. Der Rettungsdienst muss bei lebensbedrohenden Notfällen die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztdienstes, das durchaus länger als 15 Minuten dauern kann, medizinisch sinnvoll und im Sinne der PatientInnen überbrücken. Gerade für solche Fälle sind die Notfallkompetenzen gedacht. Dabei wird nicht die Kompetenz des ärztlichen Personals streitig gemacht, aber es beschleunigt und verbessert die Versorgung im Sinne der PatientInnen.

Leider ist diese Versorgung in manchen Teilen von Österreich nicht gegeben. Gerade in extremeren Fällen, wie beispielsweise bei einem Herzinfarkt ist die „Hilflosigkeit der Helfer“ sehr belastend. Wird zum Beispiel ein Rettungsfahrzeug zu solchen PatientInnen entsandt, und ist dabei nur Personal ohne Notfallkompetenzen bzw. RettungssanitäterInnen zu finden, dann wird das Warten auf den Notarzt/die Notärztin zur Zerreißprobe auch für PatientInnen und Angehörige. Nicht selten kommt es dabei zu großem Unverständnis und Aussagen „warum denn nichts gemacht werde“. Denn im schlimmsten Fall hat das Personal keine weiteren Möglichkeiten außer Sauerstoffgabe, Anamnese- und Medikationserhebung, Lagerung, Kontrolle von Puls- und Blutdruck und gutem Zuspruch während der Patient/die Patientin massiv nach Luft ringt und starke Schmerzen hat. So schreiben die RS-Ausbildungsunterlagen des ÖRK z.B. beim Herzinfarkt vor, dass folgende Maßnahmen zu setzen sind: Keine körperliche Anstrengung, Lagerung mit erhöhtem Oberkörper, beengende Kleidungsstücke öffnen, PatientInnen beruhigen und zu ruhiger Atmung anhalten, allgemeine Maßnahmen (Sauerstoffgabe). Die Beschreibung des gesamten Notfallbildes, welches häufig auftritt, nimmt in den Un-

terlagen gerade mal eine knappe DIN A4-Seite ein.¹⁶² Die entspricht dem Niveau eines BLS-Systems und kann bestenfalls als erweiterte Erste Hilfe gesehen werden. Rettungsdienst ist allerdings mehr als Erste Hilfe, guter Zuspruch samt „Händchen halten“ und das Hoffen auf ein baldiges Eintreffen des Notarztmittels.

Eine tatsächliche Intervention des Rettungsdienstpersonals ist in o.g. Situation nur im „worst case“ möglich – entweder wird der Patient/die Patientin bewusstlos oder erleidet einen Atem-Kreislauf-Stillstand, bei dem dann mit der Wiederbelebung begonnen werden muss, was die Situation verschärft. Meist ist auch kein EKG-Monitor auf den Rettungsfahrzeugen vorhanden – somit dauert es, bis einerseits der Notarzt/die Notärztin eintrifft, der/die dann erst ein komplettes Monitoring durchführen muss, einen venösen Zugang legen und am Schluss erst die helfenden Medikamente geben kann. Auch werden oft durch mangelnde Ausbildung und nicht verfügbare diagnostische Maßnahmen lebensbedrohende Zustände nicht oder zu spät erkannt wie der Vergleich der Notarzt-Einsatzraten zwischen Deutschland und Oberösterreich zeigt. Diese Versorgungssituation ist nicht nur für die MitarbeiterInnen des Rettungsdienstes unzufriedenstellend, sie stellt definitiv eine untragbare Minderversorgung dar und entspricht nicht einem zeitgemäßen Notfallrettungsdienst wie er in westlichen Industrieländern Standard sein sollte. Jegliche Diskussionen über das derzeitige Rettungsdienstsystem in manchen Bundesländern erübrigen sich.

Jedes Land hat das Rettungssystem, das es verlangt. Am Beispiel der Entwicklung der Paramedics in den USA lässt sich verdeutlichen, wie der Druck der Öffentlichkeit dazu geführt hat, den Rettungsdienst auf ein zeitgemäßes Niveau zu heben. In Österreich weiß die Bevölkerung wenig bis nichts über den tatsächlichen Ausbildungsstand des Rettungsdienstes. Öffentlich debattiert werden nur Kosten und der mögliche dramatische Wegfall des Zivildienstes in Verbindung mit dem „Zusammenbruch des Rettungssystems“. Über Qualifikationen und Kompetenzen der SanitäterInnen hört man nichts, bis auf überzogen positive Darstellungen mancher Hilfsorganisationen über tausende bestausgebildete Freiwillige die

¹⁶² Vgl. Österreichisches Rotes Kreuz Generalsekretariat (2011): Sanitätshilfe - Ausbildung, Wien.

selbstlos PatientInnen retten. Solange nicht genügend Druck von der Öffentlichkeit kommt, wird das starre System, welches durch Politik und Hilfsorganisationen aufrecht erhalten wird, kaum bedeutende Veränderungen zeigen. Die Devise muss aber lauten: „Zuerst kommt der Patient/die Patientin und dann erst die Freiwilligkeit, denn Notfallmedizin ist kein Spielzeug.“

Die Unmöglichkeit der Durchführbarkeit einer ordentlichen Ausbildung wird meist mit dem Umstand begründet, dass dies enorme Kosten verursacht und die Zahl der Ehrenamtlichen zurückgehen würde. Doch was ist der Rettungsdienst wert? Hier ist eine Diskussion darüber erst gar nicht angebracht, dass 260 Stunden Ausbildung und Fahrzeuge, welche nicht der notwendigen Norm entsprechen, definitiv zu wenig und auch nicht zulässig sind. Auch andere Organisationen, welche mit großteils ehrenamtlichen MitarbeiterInnen arbeiten, schaffen es, die notwendigen Anforderungen zu erfüllen.

Das System der Ehrenamtlichkeit sollte aus gesellschaftlichen Gründen erhalten werden; die großen finanziellen Einsparungen wie sie immer wieder propagiert werden, sind allerdings nicht direkt nachvollziehbar. In Bezug auf den derzeitigen Zustand und die zukünftigen Herausforderungen ist eine Professionalisierung der Notfallrettung in Österreich unumgänglich. Dies führt dazu, dass der Beteiligungsgrad von Freiwilligen im Rettungsdienst wahrscheinlich sinken wird. Ein Grund dafür ist, dass eine intensivere Ausbildung viele Freiwillige abschreckt und für manche auch nicht machbar ist. Wenn für freiwillige MitarbeiterInnen aufgrund niedrigerer Ausbildung großteils nur mehr der Krankentransport als Betätigungsfeld überbleibt, wird der Anteil dieser MitarbeiterInnen ebenfalls sinken, da dieser Leistungsbereich nach Ansicht vieler SanitäterInnen weniger abwechslungsreich und spannend ist.

Jeder der im Rettungsdienst tätig ist – 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.

6.3.1 Mindestanforderungen an einen modernen Rettungsdienst

Herausforderung und Ziel muss es sein, den Rettungsdienst österreichweit auf ein einheitliches Niveau zu heben:

- Trennung professionelle Notfallrettung und qualifizierter Krankentransport mit gegenseitiger Unterstützung bei Bedarf
- Ausrüstung und Fahrzeugeinsatz gemäß aktuellen Normen und Leitlinien
- RTW muss ein Fahrzeug nach ÖNORM EN 1789 Typ C sein, besetzt mit mind. 1 NFS NKV und 2 weiteren Sanitätern (vorzugsweise NFS)
- Schaffung eines Berufsbildes und einer mehrjährigen Ausbildung für beruflichen RettungsdienstmitarbeiterInnen wie es auch in anderen Ländern oder (Lehr-)Berufen Standard ist -> z.B. diplomierter Notfallsanitäter/diplomierte Notfallsanitäterin (DNFS). Dabei weg von der Notfallkompetenz hin zur Regelkompetenz. Berufliche MitarbeiterInnen, deren tägliche Arbeit der Rettungsdienst ist, brauchen mehr Ausbildung und Kompetenzen als Ehrenamtliche oder Zivildienstler
- Überarbeitung und Anpassung der jetzigen Ausbildungsstufen RS, NFS, NFS mit Notfallkompetenzen mit Anpassung an internationale Standards
- Erhaltung des Notarztsystems mit verbesserter Ausbildung der dort eingesetzten Ärzte/Ärztinnen und Steigerung der Qualitätsanforderungen
- Reduktion von neun Landesrettungsgesetzen auf ein Bundesrettungsgesetz
- Forcierte Einbindung von internationalen, normierten Ausbildungskonzepten in Aus- und Weiterbildung
- Erhöhung der verpflichtenden Aus- und Fortbildungsdauer
- Strengere Qualitätskriterien bei der Aufnahme und Rezertifizierung von Rettungsdienst-MitarbeiterInnen
- Mehr Weiterbildungsmöglichkeiten (Verbindung zu anderen Gesundheitsberufen)
- Schaffung des Berufsbildes von Leitstellen-MitarbeiterInnen mit fundierten medizinischen und einsatztaktischen Kenntnissen, sowie vorhergehender mindestens fünfjähriger Tätigkeit als NFS im Rettungsdienst

- Schaffung des Berufsbildes eines Lehrsanitäters/einer Lehrsanitäterin mit fundierten medizinischen, einsatztaktischen und didaktischen Kenntnissen, sowie mindestens vorhergehender fünfjähriger Tätigkeit als NFS im Rettungsdienst
- Installation von „Field-Supervisor“-Systemen
- Einführung von Qualitäts-Management-Systemen, welche eine einheitliche Versorgung garantieren und Unzulässigkeiten möglichst verhindern
- Platzierung des Rettungsdienstes als hochwertige Dienstleistung im Gesundheitsbereich als Teil der gesamtmedizinischen Versorgung
- Verteilung der Rettungsmittel nach Gefahren- und Einsatzdatenanalyse gemäß mathematischen und statistischen Verfahren, um optimale Auslastung und Einsatzzeiten zu gewährleisten
- Laufender internationaler Vergleich und Erfahrungsaustausch mit anderen Rettungsdienst-Systemen
- Leistungsgerechte Finanzierung des Rettungsdienstes, Sicherstellung der Kostenwahrheit

Von der (Landes-)politik und den Rettungsorganisationen ist allerdings in dieser Hinsicht starker Widerstand zu erwarten, da es einen enormen Aufwand von personeller, finanzieller und organisatorischer Seite erfordert, die derzeitigen Missstände zu beseitigen. Denn je länger Strukturen historisch gewachsen sind, desto schwerer wird es, sie neu anzupassen und auszurichten. Dies auch in einem Umfang, mit dem man den Bedürfnissen aller Beteiligten gerecht werden kann. Diskussionen oder das Aufzeigen von Missständen löst vielerorts bei diversen Rettungsorganisationen meist eine „allergische Reaktion“ aus und „die Zerstörer des Freiwilligen-Systems“ sind schnell identifiziert, denn „bisher hat es ja auch funktioniert.“ Argumentiert wird mit Unfinanzierbarkeit und unmöglicher Umsetzbarkeit, abgesehen von den dramatischen organisatorischen Folgen. Auf eine fachlich fundierte Argumentation können sich diese Aussagen allerdings nicht stützen. Szenarien, wie sie sich im Bundesland Tirol abspielen, wo der Rettungsdienst ausgeschrieben wurde, könnten allerdings so manch „alteingesessene“ Rettungsorganisation noch unter Zugzwang bringen.

Seitens der Rettungsorganisationen werden zwar erstaunlich hohe Zahlen über tausende freiwillige MitarbeiterInnen, gefahrene Kilometer, geleistete Ausfahrten und absolvierte (freiwillige) Stunden präsentiert. Jedoch geht es im Rettungsdienst selbst um optimale medizinische Versorgungsqualität, da jeder einzelne Patient/jede einzelne Patientin zählt und eine Minderversorgung – selbst in Einzelfällen – auf keinen Fall tragbar ist. In diesem Sinne beschreibt es auch der aktuelle Slogan des Österreichischen Roten Kreuzes sinngemäß: „Aus Liebe zum Menschen.“

Literaturverzeichnis

Andreas, F. (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation, Wien

Ambulance Research Institute, Ambulance Service of New South Wales (2010): Delayed versus immediate defibrillation for out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, Sydney

Bens, D. (2010): Rettungsdienst-Management, Edewecht.

Bundesministerium für Gesundheit: Gesamte Rechtsvorschrift für Medizinischer Masseur- und Heilmasseur- Ausbildungsverordnung, Fassung vom 05.09.2012

Bundesministerium für Gesundheit: Sanitäter-Ausbildungsverordnung, Fassung vom 01.07.2012

Bundesministerium für Gesundheit: Sanitätergesetz, Fassung vom 03.07.2012

Deutsche Bundesregierung (2012): Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung des Hebammengesetzes

Bundesministerium für Gesundheit: Stellungnahme auf Anfrage von A. Reisinger zu Sanitätergesetz durch Fr. Dr. Kondor / Fr. Dr. Hausreither (BMG-92265/0013-II/A/2/2012) vom 28.08.2012.

Bundesministerium für Inneres (2010): Aus dem Zivildienst, Wien

DIN Deutsches Institut für Normung (2010): DIN EN 1789 Rettungsdienstfahrzeuge und deren Ausrüstung – Krankenkraftwagen, Berlin

Department of Emergency Medicine, Medical University of Vienna, Austria (2012): Out of hospital cardiac arrest in Vienna: Incidence and outcome, Studie, Wien

Gesundheit Österreich GmbH (2005): Auszug aus dem Gesundheitsreformgesetz 2005, BGBl. I Nr. 179/2004 Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)

Gschnaller, B. (2012): Notkompetenzen im Rettungsdienst Österreich, Saarbrücken

- Habl C. / Bachner FI. (2009): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Wien
- Halmich, M. (2012): Recht für Sanitäter und Notärzte, Wien
- Hansak, P. et al (2010): LPN Notfall-San Österreich, Edeweicht
- Hausreither, M. / Kanhäuser S. (2004): Sanitätergesetz mit San-AV und SanAFV Kommentar, Wien
- Heinz A. (2008): Die demographische Entwicklung in Österreich und ihre Auswirkungen auf die Notarzt-Einsatzkriterien bis ins Jahr 2030, am Beispiel des Bundeslandes Oberösterreich, Masterthesis, Krems
- Hofmarcher M. / Rack H. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich, Kopenhagen
- Interverband für Rettungswesen IVR – IAS (2010): Richtlinien zur Anerkennung von Rettungsdiensten, Bern
- NAEMT (Hrsg.) (2009): Präklinisches Traumamanagement – Das PHTLS-Konzept, München
- Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Oberösterreich (2007): Der Weg zur Führung, Linz
- Österreichisches Rotes Kreuz (2012): Der Rettungsdienst als Daseinsvorsorge, Wien
- Österreichisches Rotes Kreuz (2012): Information Zahlen über den Zivildienst beim Österreichischen Roten Kreuz, Fanny Tamussino vom 15.03.2012.
- Österreichisches Rotes Kreuz Generalsekretariat (2011): Sanitätshilfe - Ausbildung, Wien
- Redelsteiner, Ch. et al (2005): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter, Wien
- Rowe B. (2009): Evidence-Based Emergency Medicine, Blackwell.
- Stellungnahme Bundesministerium für Gesundheit auf Anfrage von A. Reisinger zu Sanitätergesetz durch Fr. Dr. Kondor / Fr. Dr. Hausreither (BMG-92265/0013-II/A/2/2012) vom 28.08.2012

Wagner, Ch. (2011): Der Werksrettungsdienst der voestalpine Stahl GmbH in Linz, Offiziersarbeit Rotes Kreuz Oberösterreich, Linz

Weisser, R. (2009): Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit, Wien

Webseite AMLS Austria: <http://www.amls.at> Stand vom 10.08.2012

Webseite Berufsrettung Wien: <http://www.wien.gv.at/rettung/> Stand vom 29.06.2012

Webseite Der Standard: <http://derstandard.at/1338559175005/Herz-Kreislauf-Die-haeufigsten-Todesursachen-der-Oesterreicher> vom 11.06.2012.

Webseite European Resuscitation Council: <http://www.erc.edu> Stand vom 10.08.2012

Webseite Forum BBRW http://www.forum-bbrw.ch/content/cmscontent/100341_transportsanitterin_biz.pdf Stand vom 01.08.2012

Webseite Gesundheitsberichterstattung des Bundes http://www.gbe-bund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/dbo...aid=40336985&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=6077442 vom 05.10.2012

Webseite Landesrettungsschule Baden Deutsches Rotes Kreuz: http://www.lrs-baden.de/uploads/media/Normen_01.pdf Stand vom 11.07.2012

Webseite OGNK:
http://www.ognk.at/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=58
Stand vom 22.08.2012

Webseite OÖN:
<http://www.nachrichten.at/oberoesterreich/muehlviertel/art69,357253> vom 23.10.2010

Webseite ÖRK: <http://www.roteskreuz.at/mitmachen/mitarbeit/rettungs-und-krankentransport/> vom 09.09.2012

Webseite Parlament: <http://www.parlament.gv.at/> vom 15.05.2012

Webseite Rettungsdienst.de: <http://www.rettungsdienst.de/nachrichten/tele-notarzt-fahrt-in-aachen-mit-12633> vom 04.09.2012

Webseite Statistik Austria:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html vom 09.09.2012

Webseite Statistik Austria:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/sterbetaeln/index.html#index1 vom 09.09.2012

Webseite Statistik Austria:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html vom 05.10.2012