12/SN-297/ME

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen Ö.A.G.W.

An das
Präsidium des Nationalrates
Parlament
1010 Wien

Betrifft GESETZENTWURF
Zl. 12 -GE / 19 98
Datum: 29. Okt. 1998
Verteilt 30.10.1998

Wien, am 26. Oktober 1998

Betrifft: **GZ: 21.251/43-VIII/D/13/98 vom 27. August 1998**
Begutachtung *zum "Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Beruf und Ausbildung der Sanitäter erlassen wird und mit dem das MTF-SHD-Gesetz und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert werden; Begutachtung"*

Sehr geehrtes Präsidium,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete zum Nationalrat!

Beiliegend übermitteln wir Ihnen unsere Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Beruf und Ausbildung der Sanitäter erlassen wird und mit dem das MTF-SHD-Gesetz und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert werden inkl. Schreiben an die Damen und Herren Abgeordneten zum Nationalrat sowie einen Auszug aus dem 108. Bundesgesetz GuKG in 25facher Ausfertigung sowie unten angeführte Beilagen in einfacher Ausfertigung. Diese können auf Wunsch unter der Fax-Nummer 9792001 angefordert werden.

Wir verbleiben mit dem Ausdruck vorzüglicher Hochachtung sowie

mit freundlichen Grüßen

Dr. Christian Müller
(Präsident und wiss. Leiter der Ö.A.G.W.)

Beilagen:
- Begutachtung/Stellungnahme zum gegenständlichen Gesetzesentwurf (in 25facher Ausfertigung)
- Auszug aus dem 108. Bundesgesetz: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsge-

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: 0043/1/979 2000, Fax: 0043/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

setzes und des Ärztegesetzes 1984 vom 19. August 1997 betreffend die Sonderausbildungen der DGKS, 5. Abschnitt, Sonderausbildungen, §§65-72

Folgende Beilagen liegen in einfacher Ausfertigung bei und können bei Bedarf unter der Fax-Nr. 979 2001 angefordert werden:

- Kopie des Ausbildungsmodells der Ö.A.G.W.
- Kopie einer Ausbildungsgraphik des ÖBIG
- 1 Exemplar der Studie "Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst - Ausbildung zur Sanitätsfachkraft" der Ö.A.G.W.
- Auszug aus der themenspezifischen Literatur:
  1. "Viribus unitis" - Mit vereinten Kräften für ein Berufsbild des RD-Personals in Österreich (C. Müller; W. Ilias; S. Huber) - erschienen in der Zeitschrift Rettungsdienst - Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin des Verlages Stumpf & Kossendey
  2. Das Berufsbild des Sanitäters in Österreich (C. Müller); - erschienen in der Zeitschrift Rettungsdienst - Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin des Verlages Stumpf & Kossendey
  3. Publikation der Universität Osnabrück zum Thema "Rettungsdienst als Beruf - Erfahrungen mit dem deutschen Modell; Konsequenzen für die Berufsbilddiskussion in Österreich"

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: 0043/1/979 2000, Fax: 0043/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen Ö.A.G.W.

An die
Damen und Herren
Abgeordneten zum Nationalrat
Parlament
1010 Wien

Wien, am 26. Oktober 1998

Betrifft: **GZ: 21.251/43-VIII/D/13/98 vom 27. August 1998**
Begutachtung *zum "Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Beruf und Ausbildung der Sanitäter erlassen wird und mit dem das MTF-SHD-Gesetz und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert werden; Begutachtung"*

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete zum Nationalrat!

Die Ö.A.G.W. setzt sich seit nunmehr bald 10 Jahren für die Verbesserung der Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst unter Beachtung internationaler und europäischer Standards sowie Anforderungen ein. Bereits im August 1993 wurde dem damaligen Bundesminister Dr. Ausserwinkler unsere Studie "Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst - Ausbildung zur Sanitätsfachkraft" übermittelt.

Diese Studie wurde in enger Kooperation mit der Ärztekammer, dem ÖGB/Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe und der Fachgewerkschaft HTV, der AUVA sowie nationalen und internationalen Experten auf dem Bereich des Notfallwesens entwickelt. Eine Übersicht des Ausbildungsmodells liegt diesem Schreiben bei. Die näheren Details entnehmen Sie bitte der ebenfalls beiliegenden ca. 600seitigen Studie der Ö.A.G.W.

Im Rahmen der nachfolgenden Projektdurchführungen am ÖBIG wurde für eine qualifizierte Fachkraft im Rettungsdienst u.a. von einer Ausbildungsdauer von drei Jahren und einem Monat ausgegangen (siehe hiezu Beilage: ÖBIG, 2. Sitzung vom 4. 10. 1994).

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: 0043/1/979 2000, Fax: 0043/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Wir begrüßen nach dieser langen Phase der Bewußtmachung der anstehenden Probleme die Bestrebungen des do. Bundesministeriums zur Schaffung eines eigenen Berufsbildes für den Bereich der präklinischen Notfallmedizin. Insbesondere von der Gewerkschaft HTV wurde die Diskussion leider nicht immer mit der nötigen Sachlichkeit und Objektivität (z.B. Medien) geführt. Leider wurde in der großen Hektik, in der der Gesetzesentwurf letztendlich erstellt wurde, sowie vermutlich auch durch die massive Einflußnahme der überwiegend ehrenamtlichen Rettungshilfsorganisationen in der Formulierung des Gesetzesvorschlages aus unserer Sicht einige inhaltliche und strukturelle Fehlentwicklungen implementiert. Die beiliegende Stellungnahme soll Ihnen einen Einblick in unsere Bedenken und Kritikpunkte, aber auch mögliche Lösungsansätze geben.

Unsererseits wird nachdrücklich festgestellt, daß die "Minimalisierung" der Ausbildung für die "höchste" Ausbildungsstufe, dem "Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz", bei gleichzeitiger Einräumung aller möglichen und denkbaren auch ärztlichen Kompetenzen weder mit dem Aufbau des Systems der österreichischen qualifizierten Gesundheitsberufe kompatibel ist, noch europäischen und internationalen Standards entspricht.

Wir möchten an dieser Stelle jedoch keinesfalls destruktiv auf den durchaus positiv zu sehenden Prozeß zur Verbesserung der Ausbildungsqualität einwirken, sondern gemeinsam mit unserem Hauptkritikpunkt einen konstruktiven und - wie wir glauben - auch von allen Beteiligten akzeptablen Lösungsvorschlag vorlegen.

Unser Vorschlag wäre, das vorliegende und diesem Gesetzesvorschlag zugrunde liegende Modell dahingehend zu modifizieren, daß der derzeitige "Rettungssanitäter" von der Nomenklatur her durch den Begriff des "Rettungshelfers" ersetzt wird, der dem tatsächlichen Tätigkeitsspektrum auch viel eher entspricht. Der derzeitige "Notfallsanitäter" sollte künftig als "Rettungssanitäter" bezeichnet werden, dies würde auch dem eigentlichen Tätigkeitsspektrum besser entsprechen, - nämlich der Tätigkeit als Sanitäter am Rettungsmittel ohne jegliche Notkompetenz! Der "Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" (ein verbaler Anachronismus per se) in der derzeitigen Form gemeinsam mit der Notfallkompetenz für die in diesem Gesetzesentwurf beschriebenen Berufsbilder müßte ersatzlos gestrichen werden. Dies wird wie folgt begründet:

Derzeit sind für den "Rettungssanitäter" 335 Stunden und für den "Notfallsanitäter" in Summe 815 Stunden Ausbildung vorgesehen. Unser Vorschlag wäre nun, daß die 335 Stunden für die Stufe des "Rettungshelfers" (Rettungssanitäter lt. Gesetzesentwurf) sowie ein Ausbildung von ca. 815 Stunden für den Rettungssanitäter (im Gesetzesentwurf als Notfallsanitäter bezeichnet) unter der Prämisse vorgesehen werden, daß von "dieser Berufsgruppe" keinerlei Notfallkompetenzen oder ärztliche Handlungen erbracht werden. Sinnvollerweise sollte man die Ausbildungsstufe "Rettungssanitäter" (Notfallsanitäter lt. Geset-

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: 0043/1/979 2000, Fax: 0043/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

zesentwurf) jedoch stundenmäßig dem Pflegehelfer mit ca. 1200 Stunden anpassen. Diese Entwicklung würde auch den Vorstellungen und Forderungen der Hilfsorganisationen (Ausbildung 800 bis 1200 Stunden) weitestgehend entgegenkommen. Der "Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz", der schon rein von der Nomenklatur her einen Anachronismus darstellt, und die Notfallkompetenz per se sollten aus diesem Gesetzesentwurf zur Gänze gestrichen werden.

Anstatt des derzeit vorgesehenen "Notfallsanitäters mit Notfallkompetenz" sollte vielmehr nach dem Vorbild einiger nordischer Länder (z.B. den Niederlanden, vgl. SOSA - Stichting Opleidingen en Scholing ten behoeve van de Ambulancehulpverlening - Institution für die Aus- und Fortbildung für das Rettungswesen) diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit einer entsprechenden Sonderausbildung und Zusatzqualifikation eingesetzt werden. Für das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal würde ein noch näher zu definierendes Ausmaß von 1200 bis 1600 Stunden Ergänzungsausbildung (vgl. hiezu §68, Abs.1-4, des gelt. DGKS-Gesetzes betreffend 800 Stunden Basisausbildung und 400 bzw. 600 Stunde Zusatzausbildung für die Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege) für die im Gesetz diskutierte "Notfallkompetenz", die dann theoretisch auch durchaus "Regelkompetenz" bei Anwesenheit eines Arztes sein könnte, durchaus ausreichen. Dieses Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit der Zusatzqualifikation "Präklinische Notfallversorgung" in Analogie zu der "Sonderausbildung in der Intensivpflege, in der Anästhesiepflege und in der Pflege bei Nierenersatztherapie" könnte in diesem sensiblen und hochqualifizierten Bereich eingesetzt werden.

Darüber hinaus käme es hier auch sozial- und beschäftigungspolitisch zu einer "mehrfachen" Problemlösungsstrategie, da die durch den Bettenabbau im Sinne des ÖKAP und die Senkung der Verweildauer durch LKF nicht mehr benötigten DGKS neben dem extramuralen Bereich auch den Bereich der präklinischen Notfallmedizin als sinnvolle Ergänzung und mit einem neuen Berufsbild hochqualifiziert ausfüllen könnten, ohne daß erhebliche Mehrkosten für die Ausbildung anfallen würden. Darüber hinaus könnte das Personal in Zeiten mit geringer Einsatzfrequenz auch im Routinebetrieb an Intensivstationen eingesetzt werden, wodurch sich mehrere sinnvolle Argumente und Ansätze im Sinne einer Qualitätsverbesserung ergeben: bessere Kommunikation und Informationsweitergabe vom extra- zum intramuralen Bereich, laufende praktische Tätigkeit und auch klinische Anwendung der Sonderkompetenzen (z.B. Intubieren), Teilnahme an Visiten und Teambesprechungen, Reduktion des Reibungs- und Informationsverlustes an der Schnittstelle von der präklinischen zur stationären Versorgung, mehr Kontinuität in der Patientenversorgung, etc. Diese Ergänzungs- bzw. Zusatzausbildung der DGKS in "Präklinischer Notfallmedizin" sollte sinnvollerweise an den Krankenpflegeschulen in der erprobten und bewährten Verbindung mit Krankenhäusern und mit NAW-Stützpunkten erfolgen.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: 0043/1/979 2000, Fax: 0043/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Durch eine derartige Variante, die wir bei Bedarf gerne auch noch näher ausführen und beschreiben können, ließen sich die Anforderungen und Wünsche der Rettungsorganisationen, sozial- und beschäftigungspolitische Gesichtspunkte, die Wünsche der Gewerkschaft (Berufsbild für Sanitäter und zugleich sinnvoller Einsatz freiwerdender DGKS) und vor allem die Erfordernisse der Notfallpatienten hinsichtlich bestmöglicher präklinischer Versorgung und einem Continuous Quality Improvement optimal vereinen.

Wir glauben, daß dieser Vorschlag mit ein bißchen gutem Willen aller Beteiligten in kurzer Zeit in den vorliegenden Gesetzesvorschlag eingearbeitet werden könnte und zu einer echten Qualitätsverbesserung der präklinischen Notfallversorgung in Österreich beitragen kann. Wir stehen selbstverständlich gerne für weiterführende Gespräche und Informationen zur Verfügung.

Wir verbleiben mit dem Ausdruck vorzüglicher Hochachtung sowie

mit freundlichen Grüßen

Dr. Christian Müller
(Präsident und wiss. Leiter der Ö.A.G.W.)

Beilagen:

- Begutachtung/Stellungnahme zum gegenständlichen Gesetzesentwurf (in 25facher Ausfertigung)
- Auszug aus dem 108. Bundesgesetz: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984 vom 19. August 1997 betreffend die Sonderausbildungen der DGKS, 5. Abschnitt, Sonderausbildungen, §§65-72

Folgende Beilagen liegen in einfacher Ausfertigung bei und können bei Bedarf unter der Fax-Nr. 979 2001 angefordert werden:

- Kopie des Ausbildungsmodells der Ö.A.G.W.
- Kopie einer Ausbildungsgraphik des ÖBIG
- 1 Exemplar der Studie "Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst - Ausbildung zur Sanitätsfachkraft" der Ö.A.G.W.
- Auszug aus der themenspezifischen Literatur:
  1. "Viribus unitis" - Mit vereinten Kräften für ein Berufsbild des RD-Personals in Österreich (C. Müller; W. Ilias; S. Huber) - erschienen in der Zeitschrift Rettungsdienst - Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin des Verlages Stumpf & Kossendey
  2. Das Berufsbild des Sanitäters in Österreich (C. Müller); - erschienen in der Zeitschrift Rettungsdienst - Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin des Verlages Stumpf & Kossendey
  3. Publikation der Universität Osnabrück zum Thema "Rettungsdienst als Beruf - Erfahrungen mit dem deutschen Modell; Konsequenzen für die Berufsbilddiskussion in Österreich"

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: 0043/1/979 2000, Fax: 0043/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen
Ö.A.G.W.

Stellungnahme

zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Beruf und Ausbildung der Sanitäter erlassen wird und mit dem das MTF-SHD-Gesetz und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert werden

Wien, 28. September 1998

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Stellungnahme

zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Beruf und Ausbildung der Sanitäter erlassen wird und mit dem das MTF-SHD-Gesetz und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert werden

Zum Entwurf eines Bundesgesetzes des BMAGS, mit dem das Bundesgesetz über Beruf und Ausbildung der Sanitäter erlassen wird und mit dem das MTF-SHD-Gesetz und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert werden, wird wie folgt Stellung genommen:

Einleitung:

Aufgrund der seit mehr als zehn Jahren bestehenden Bestrebungen zur qualitativen Verbesserung der Ausbildung des Sanitätspersonals und einer Harmonisierung an internationale und europäische Erfordernisse wurden in den letzten Jahren eine Reihe von Studien zu diesem Thema durchgeführt. So wurde von der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen in ihrer Studie „Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst" schon 1993 ein modulares Ausbildungsmodell zur Sanitätsfachkraft entwickelt, das zwei Ausbildungsstufen, den Rettungssanitäter und den Diplomierten Rettungsassistenten, beinhaltet und mit internationalen und europäischen Standards harmonisiert ist. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter umfaßt 1040 Stunden (560 Stunden Theorie und 480 Stunden Praktikum = 26 Wochen), jene zum Diplomierten Rettungsassistenten eine dreijährige Ausbildung mit insgesamt 4400 Stunden (2240 Stunden Theorie inkl. Intensivpraktika im Krankenhaus und 2160 Stunden Praktikum im Rettungsdienst) mit Umstiegsmöglichkeit zum Diplomierten Krankenpflegepersonal. Ausschließlich mit dem Ausbildungsumfang des Diplomierten Rettungsassistenten wäre die Ausübung medizinischer Tätigkeiten in Ausnahmesituationen (Notkompetenz) gemäß standardisierter Handlungsabläufe gestattet.

Am Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurden in den nachfolgenden Jahren sogar zwei Studien zu diesem Thema durchgeführt, die sich jedoch vom Ergebnis her und auch inhaltlich massiv unterscheiden. Auch das ÖBIG kam im Rahmen seiner Projektdurchführung u.a. auf ein Modell im Ausmaß von drei Jahren und einem Monat, wobei die „Notkompetenz" immer wieder heftig umstritten war. Durch massive Interventionen einiger privater Rettungsorganisationen kam es letztendlich zur Abänderung des Modells und dem vorliegenden Gesetzesvorschlag, der jedoch leider nicht einmal die Mindestvoraussetzungen eines Kompromisses zwischen ökonomischen und notfallmedizinischen Erfordernissen erfüllt. Eine ähnliche Situation hat sich in Deutschland im Jahre 1989 ereignet. Die damit verbundenen und bis heute bestehenden Probleme sind in dieser Stellungnahme ebenfalls beschrieben.

Generelle Anmerkung:

Die eingangs im Inhaltsverzeichnis angeführte Gliederung in Abschnitte wurde im Rahmen des vorliegenden Gesetzesentwurfes nicht in der vorgegebenen Form beibehalten.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Zu den einzelnen Abschnitten und Paragraphen dieses Gesetzesentwurfes ist anzuführen:

Zu I. Hauptstück, 1. Abschnitt „Allgemeine Bestimmungen", §1
Unter die Definition „Sanitäter" fallen folgende Gruppen: „Rettungssanitäter", „Notfallsanitäter" und „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz".

- Im 2. Abschnitt §§5-10 spricht man von der Gruppe der Sanitäter allgemein. Somit sind diese §§ für alle Gruppen rechtsverbindlich.
- Siehe hiezu auch Anmerkungen zu §13.

Zu I. Hauptstück, 2. Abschnitt, § 6 „Dokumentationspflicht"
Diese Gesetzesstelle regelt die Dokumentationspflicht der Sanitäter.

- Hinsichtlich §6 Abs. 3 wäre darauf zu dringen, daß die Aufzeichnungen nicht wie im Gesetz vorgesehen, nur 10 Jahre, sondern wie im KAG üblich, 30 Jahre aufzubewahren sind. Insbesondere in Haftungsprozessen sowie in strafrechtlichen Verfahren ist unter Heranziehung des Instanzenzuges die vorgesehene Frist unter Umständen zu kurz bemessen.
- Weiters können durch die gesetzten paramedizinischen Maßnahmen unter Umständen auch nach den vorgesehenen 10 Jahren Spätkomplikationen auftreten, für die für eine Nachvollziehbarkeit die rettungskausale Dokumentation unbedingt erforderlich ist.

Zu I. Hauptstück, 3. Abschnitt „Berufsbild", § 10:
Diese Passage regelt die eigenverantwortliche Anwendung von Maßnahmen der qualifizierten Ersten Hilfe, der Sanitätshilfe und der Rettungstechnik.

- Die im Abs. 2 vorgesehenen Maßnahmen gemäß Abs. 1 sowie die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen stellen überwiegend Tätigkeiten dar, die gemäß Ärztegesetz ausschließlich den zur selbständigen Berufsberechtigung berechtigten Ärzten vorbehalten sind. Im Anhang 3, Seite 22, wird dies noch spezifiziert: „Entsprechend der jeweiligen Berufsberechtigung umfaßt der Beruf des Sanitäters unter bestimmten Voraussetzungen auch die Durchführung ärztlicher Tätigkeiten." Derartige „ärztliche Tätigkeiten", die nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf durch unzureichende und nicht qualifizierte paramedizinische Gruppen ausgeübt würden, stellen einen groben Eingriff in das derzeit bestehende Ausbildungs- und Berufssystem der Gesundheitsberufe in Österreich dar.
- Eine derartige Umsetzung würde neben der Änderung des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes auch einer Änderung des Ärztegesetzes bedürfen.
- Seitens der Ärztekammer bestehen zwar gegen den Einsatz halbautomatischer Defibrillatoren keine Vorbehalte, jedoch Maßnahmen, wie sie etwa die generelle Verabreichung von Medikamenten oder die Intubation darstellen, übersteigen jedoch bei weitem die fachlichen Kenntnisse und die allfällige Kompetenz von Nicht-Ärzten mit einer derartigen Kurzausbildung.

Zu I. Hauptstück, 3. Abschnitt „Berufsbild", §11 „Rettungssanitäter":
Hier werden die Aufgaben des Rettungssanitäters beschrieben, u.a. auch die „qualifizierte Durchführung lebensrettender Maßnahmen" sowie die „Durchführung von Defibrillation mit halbautomatischen Geräten".

- Soll eine Maßnahme „qualifiziert" durchgeführt werden, so hat auch die Ausbildung „qualifiziert" zu erfolgen, was bei dem derzeit geplanten Stundenumfang nicht der Fall sein kann.
- Die Definition „Rettungssanitäter" sollte in die Begriffsbestimmung „Rettungshelfer" umbenannt werden, um Mißverständnisse vor allem auch bei künftigen Patienten und deren

Angehörigen zu vermeiden, da „Rettungssanitäter" von „Notfallsanitätern" bzw. „Notfallsanitätern mit Notfallkompetenz" im Einsatz bzw. im Ernstfall von Laien sicher nicht differenziert werden können. Eine Rechtssicherheit für diesen Bereich ist jedoch nicht nur aus berufs-/interessenspolitischen Gründen für die Interessensvertretung der künftigen Sanitäter von Nutzen, sondern sollte vor allem auch zur Rechtssicherheit bei den Notfall-Patienten und bei der kompetenzrechtlichen Abgrenzung zu den anderen Gesundheitsberufen erfolgen.

Zu I. Hauptstück, 3. Abschnitt „Berufsbild", §12 „Notfallsanitäter":
Hier wird angeführt, daß neben den 1. Tätigkeiten des Rettungssanitäters 2. „die Durchführung lebensrettender Maßnahmen bei Notfallpatienten, wie insbesondere Beurteilung, Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen, Herstellung der Transportfähigkeit dieser Patienten sowie Durchführung des Transportes jeweils bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt", 3. die „Unterstützung des Arztes bei allen notfallmedizinischen Maßnahmen" und 4. „die Verabreichung von für die Tätigkeit als Notfallsanitäter erforderlichen Arzneimitteln" Aufgabe des Notfallsanitäters ist.

- Der angeführte Aufgabenbereich wäre dann dem Notfallsanitäter zumutbar, sofern er die dafür erforderliche Ausbildung in ausreichendem Umfang und Inhalt erfahren würde, insbesondere hinsichtlich der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Körperfunktionen und der Verabreichung von Notfallmedikamenten. Bei dem derzeit geplanten Stundenumfang ist dies jedoch nicht der Fall und muß daher aus ärztlicher Sicht striktest abgelehnt werden.
- Sowohl hinsichtlich §12 als auch §13, betreffend die „Verabreichung von für die Tätigkeit erforderlichen Arzneimitteln", muß nachdrücklich darauf hingewiesen werden, daß eine derartige pauschale und nicht näher definierte „Freigabe" von Arzneimitteln zur Anwendung an Nicht-Ärzte eine grobe Gefährdung der Notfallpatienten darstellt.
- Wenn man daran denkt, den Sanitätern die Kompetenz zur Verabreichung einzelner, ausgewählter und international für die Anwendung von Nicht-Ärzten erprobter Arzneimittel zu geben, muß man auch genau definieren, um welche chemisch-pharmazeutischen Stoffe es sich hierbei handelt. So werden auch in anderen Notfallsystemen, wie etwa in Deutschland, derartige „Notfallarzneimittel" genau angeführt und das für die Anwendung erforderliche Wissen, insbesondere auch hinsichtlich allfälliger bei der Anwendung auftretender Komplikationen, Risiken und Nebenwirkungen, in den Curricula und Ausbildungslehrgängen entsprechend vorgesehen und das für die jeweilige Anwendung erforderliche Wissen entsprechend vermittelt.
- In dieser „Pauschalfreigabe" sind weder die Arzneimittel genau definiert, noch ist geregelt, welches ärztliche Gremium (z.B. die Ärzte des Obersten Sanitätsrates?) über die Verabreichung und beschränkte Freigabe entscheiden. Für jedes einzelne pharmazeutische Präparat ist auch die genaue Indikationsstellung und die Notfallsituation, in der dieses Präparat von Nicht-Ärzten angewandt werden darf, genau zu regeln.

Zu I. Hauptstück, 3. Abschnitt „Berufsbild", §13 „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz":
Zusätzlich zu den unter §12 genannten Tätigkeiten darf der „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" 1. die Punktion peripherer Venen, 2. die Infusion kristalloider Lösungen und 3. die Verabreichung von für die Tätigkeit als Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen erforderlichen Arzneimitteln" durchführen.

- Befremdlich erscheint die Terminologie „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz". Eine Personengruppe, die im „Notfall" zum Einsatz kommt, sollte generell die Kompetenz, jedoch auch unbedingt die notwendige Qualifikation und das Wissen besitzen, entsprechende lebensrettende Maßnahmen zu setzen, aber dies logischerweise ausschließlich unter der Voraussetzung einer fachkompetenten Ausbildung. Umfang und Art der Ausbildung, wie sie in diesem Gesetz beschrieben sind, gewährleisten jedoch keinesfalls eine fach-

kompetente Ausbildung. Aus diesem Grund muß aus ärztlicher Sicht dieser Abschnitt massiv beeinsprucht werden.

- Hinsichtlich Abs. 1 Z 2 und 3 (Infusion kristalloider Lösungen und Verabreichung von Arzneimitteln) siehe auch Anmerkungen zu §12.
- Hinsichtlich Abs. 1 Z 1 „Punktion peripherer Venen" ist im Zusammenhang mit der diesem Gesetzesvorschlag zugrunde liegenden Minimalausbildung von 1600 Stunden darauf hinzuweisen, daß das diplomierte Krankenpflegepersonal jahrelang dafür kämpfen mußte, die Punktionen peripherer Venen nach ärztlicher Anordnung durchführen zu dürfen. Im §15 GuKG (Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich) ist u.a. die Verabreichung von Arzneimitteln, die Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen, die Vorbereitung und der Anschluß von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang (ausgenommen Transfusionen), die Blutentnahme aus den Venen und Kapillaren, das Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung, die Durchführung von Darmeinläufen und das Legen von Magensonden inhaltlich genau umrissen und festgelegt. Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).
- Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege dauert drei Jahre und dient der Vermittlung der zur Ausübung des Berufes erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten (§41 (1) GuKG).
- Bei Zusatzqualifikationen zusätzlich zur „normalen" Krankenpflegeausbildung sind weiters Zusatzausbildungen im Ausmaß von bis zu 1600 Stunden erforderlich (z.B.: 800 Stunden für die Sonderausbildung in der Intensivpflege, in der Anästhesiepflege und in der Pflege bei Nierenersatztherapie, §68 GuKG).
- In Anbetracht der vom BMAGS angestrebten Schaffung „eines modernen, umfassenden Gesetzes über Ausbildung und Berufsausübung, insbesondere Erweiterung des Tätigkeitsbereiches an die Anforderungen der Praxis sowie Qualitätssicherung durch entsprechende Ausbildungsverlängerung" als Ziel im Vorblatt zu den Erläuterungen in der Aussendung dieses Gesetzesentwurfes muß nachdrücklich darauf hingewiesen werden, daß der vorliegende Gesetzesentwurf einerseits dem Stufenbau der Ausbildung der Gesundheitsberufe in Österreich, andererseits bestehendem Berufsrecht der Ärzte, aber auch des Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals grob entgegensteht.
  Auf Grund der vorliegenden Umstände wäre es daher wünschenswerter, sich an dem Vorbild einiger nordeuropäischer Länder zu orientieren, und für diesen sensiblen und heiklen Bereich der Notfallversorgung in Österreich diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit einer entsprechenden Zusatzausbildung im Notfallbereich einzusetzen. Die SOSA (Stichting Opleidingen en Scholing ten behoeve van de Ambulancehulpverlening - Institution für die Aus- und Fortbildung für das Rettungswesen in den Niederlanden) hat einheitliche Richtlinien, ähnlich wie der IVR (Interverband für Rettungswesen in der Schweiz), für die Zusatzausbildung der DGKS im Rettungsdienst ausgearbeitet und in jahrelangem Einsatz erprobt.
- Gerade die derzeit laufenden Umstrukturierungs- und Reorganisationsmaßnahmen in Österreichs Krankenanstalten werden zu einer deutlichen Verringerung des im Krankenhaus benötigten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals führen und könnten so zu einer fachlich adäquaten Weiterbeschäftigung im Gesundheitsbereich beitragen. Darüber hinaus würde man bei entsprechend vorgebildetem Personal aus dem Bereich des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals mit einer diesem Gesetz zugrundeliegenden Ergänzungsausbildung (vergleichbar anderer Sonderausbildungen der DGKS) im Ausmaß von 800 bis 1600 Stunden sicherlich einen guten Ausbildungsstandard erzielen und könnte qualifizierte Kräfte im Bereich der präklinischen Notfallversorgung einsetzen.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

- Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht jedoch für Kompetenzen, die in einem großen Maße rein ärztliche Kompetenzen darstellen, die auch dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal trotz Zusatzausbildungen zumeist nicht zustehen, lediglich eine Kurzausbildung im Ausmaß von 1600 Stunden vor, wobei weder die Ausbildung (insbesondere praktische Tätigkeit) noch die spätere berufliche Tätigkeit einer laufenden ärztlichen Qualitätssicherung und laufenden ärztlichen Kontrolle unterstellt sind.
- Ausgereifte und erprobte Notfallsysteme im internationalen Vergleich setzen für dieses laufende Qualitäts-Controlling „Medical Directors" in den Rettungsdienststellen ein. Auch ein derartiges Instrumentarium ist im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht vorgesehen.

Zu I. Hauptstück, 3. Abschnitt „Berufsbild", §14 „Erweiterter Tätigkeitsbereich":
In diesem Paragraph wird der Institution (Anmerkung: zumeist private Vereine!), bei welcher der „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" tätig ist, das Recht zugesprochen, den „Notfallsanitäter mit Notkompetenz" mit zusätzlichen Kompetenzen im Hinblick auf „endotracheale Intubation ohne Prämedikation" und „endotracheale Adrenalinapplikation" auszustatten. Der Dienstnehmer muß über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen (Überprüfung der Kenntnisse durch Rezertifizierung), die Voraussetzung für die Durchführung ist 1. die entsprechende Anweisung durch einen anwesenden Arzt oder – sofern der Arzt nicht vor Ort ist – 2. die vorangehende Verständigung des Notarztes oder eines anderen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arztes.

- Ebenso wie bei §12 und §13 ist für die Durchführung der oben erwähnten Maßnahmen eine adäquate Ausbildung ein unbedingtes Muß; diese Ausbildung ist durch dieses Gesetz leider nicht gegeben. Weiters öffnet diese Bestimmung den Institutionen, ohne diesen eine unethische Handlungsweise unterstellen zu wollen, Tür und Tor, im Bedarfsfall einem Mitarbeiter - auch nachträglich - den „erweiterten Tätigkeitsbereich" zuzusprechen. Eine weitere Problematik ist darin gegeben, daß einige Institutionen nicht über die erforderliche Anzahl von (im Bedarfsfall anwesenden) Ärzten verfügen, den Rettungssanitätern mit Notfallkompetenz den erweiterten Tätigkeitsbereich zuzusprechen. Wie soll ein Notarzt, der die Mitarbeiter nicht kennt, den „Erweiterten Tätigkeitsbereich" einem Mitarbeiter zusprechen? Soll er fragen „Können Sie das?" Welcher Dienstnehmer würde diese an ihn gestellte Frage verneinen?
- Des weiteren erscheint es unlogisch, „Notfallsanitätern mit Notkompetenz" eine weitere zusätzliche Kompetenz zuzusprechen. Besser und für die Patienten effizienter wäre es, die Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz schon primär einer höherwertigeren Ausbildung zuzuführen und somit das Ausbildungsniveau und insbesondere die Qualität der Versorgung der Notfallpatienten sicherzustellen.
- Abgesehen von dem grundsätzlichen Vorbehalt und der Ablehnung des §14 muß darauf hingewiesen werden, daß es „anerkannten Rettungsorganisationen", die auf Österreich bezogen zumeist private Vereine und Gesellschaften sind, nicht abverlangt werden kann, derartige Entscheidungen hinsichtlich Intubation, etc. zu treffen. Dieses Problem war ja in den Ausführungen im Teil III, Besonderer Teil, zu Artikel I, §21 und §22 auf Seite 25 dem BMAGS im Rahmen der Nostrifikation sehr wohl bewußt. Dabei führt das BMAGS nämlich aus, daß „Urkunden über Ausbildungen, die im Rahmen von privaten Vereinen oder Gesellschaften erworben wurden, einer Nostrifikation nicht zugänglich sind." Im Rahmen der Umsetzung dieser Bestimmung in Österreich hat man offenbar übersehen, daß es sich beispielsweise beim Roten Kreuz ebenfalls nur um einen privaten Verein handelt. Abgesehen davon, daß künftige Nostrifikationswerber im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach EU-Recht den Europäischen Gerichtshof anrufen könnten, kann privaten Vereinen wohl auch nicht behördenähnlicher Charakter verliehen werden, wie dies etwa in §14 oder auch in §46 erfolgt.
- Für die Anwendung der Intubation genügt es nicht, diese rein manuell im Sinne eines Bewegungs- bzw. Handlungsablaufes zu beherrschen, es müssen vielmehr auch mögliche Gefahren, Risiken und Komplikationen rechtzeitig erkannt und geeignete Gegen- bzw. Interventionsmaßnahmen gesetzt werden. Im gegenständlichen Gesetzesentwurf

mit einem Gesamtausbildungsrahmen von 1600 Stunden ist das erforderliche Wissen für die verantwortungsvolle Anwendung dieser „Kompetenz" keinesfalls zu vermitteln.

Zu I. Hauptstück, 3. Abschnitt, Berufsbild, § 15 „Notfallkompetenzverordnung":
In dieser Gesetzesstelle ist geregelt, daß das BMAGS entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaften weitere Methoden der Notfallkompetenz sowie ihre Ausbildung und Anwendung festlegen und bestimmen kann.

- Gemäß Teil III, Besonderer Abschnitt, führt das BMAGS wie folgt aus: „Diese Bestimmung normiert eine umfassende Verordnungsermächtigung an den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hinsichtlich der Festlegung weiterer der in den §§13 und 14 abschließend geregelten Notfallkompetenzen."
- In Anbetracht der bereits unter den §§12, 13 und 14 beschriebenen Einwände und Schwierigkeiten muß eine derartige „Generalklausel" zur Verordnungsermächtigung für Notfallkompetenzen durch das BMAGS striktest abgelehnt werden, da es hier quasi „schleichend" zu einer weiteren Verschiebung von Kompetenzen aus dem ärztlichen Bereich an paramedizinisches, halbgebildetes Sanitätspersonals kommen kann und wird. Darüber hinaus sollte auch die Folgewirkung für derzeit durch das Ausbildungsvorbehaltsgesetz hintangehaltene Berufe wie Heilpraktiker, etc. einer kritischen Betrachtung unterzogen und eine sachlich fundierte Folgeabschätzung des vorliegenden Gesetzesentwurfes auf das Gefüge der österreichischen Gesundheitsberufe durchgeführt werden.
- Grundsätzlich muß festhalten werden, daß eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe sowie eine Umstiegsmöglichkeit zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen mit entsprechenden Ergänzungslehrgängen als eine durchaus wünschenswerte Entwicklung zu verstehen ist. Sie kann aber bei falschem Verständnis auch zu nicht unbedenklichen Fehlentwicklungen führen. Im Zuge der aktuellen Gesetzesbegutachtungen wurde aber nunmehr beispielsweise den gewerblichen Masseuren (mit nur einigen hundert Ausbildungsstunden) mit einer Ergänzungsausbildung von 20 Stunden die Berufsberechtigung als „Heilmasseur" von ca. 1600 Stunden zuerkannt.
- Betrachtet man nun diese minimalen Ergänzungsausbildungen im Verhältnis zu dem Differenzbereich auf die regulierten Ausbildungserfordernisse und legt sie auf das gesamte Ausbildungssystem der Gesundheitsberufe um, drängt sich gerade beim „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" zwangsläufig die Frage auf, wie lange es wohl dauern wird, bis ein derartig paramedizinisch „ausgebildeter" Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz mit einer Ergänzungsausbildung von „beispielsweise 30 Stunden" zum Dr.med.univ. promoviert und vielleicht auf Grund mehrjähriger praktischer Tätigkeit als Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz auch gleichzeitig das Ius practicandi, sprich die Berufsberechtigung, mit verliehen bekommt.

Zu I. Hauptstück, 4. Abschnitt, Berufsberechtigung §16 „Rettungssanitäter" und §17 „Notfallsanitäter":
In diesen Gesetzespassagen wird die Berufsberechtigung betreffend „Rettungssanitäter" und „Notfallsanitäter" geregelt.

- Gemäß §16 Z 7 sowie §17 Z 5 sind Ärzte mit Berufsberechtigung zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes auch zur Ausübung des Berufes des Rettungssanitäters sowie des Notfallsanitäters berechtigt. Dies scheint in der Praxis jedoch von nur marginalem Interesse, da Ärzte wohl kaum eine Berufsausübung mit diesen Bezeichnungen anstreben werden. Es erscheint jedoch hinsichtlich des nachfolgenden §18 von kuriosem Charakter und aufklärungsbedürftig.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Zu I. Hauptstück, 4. Abschnitt, Berufsberechtigung, §18 „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz":
Dieser Bereich regelt die Berufsberechtigung betreffend „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz".

- In §18 ist die Berufsberechtigung für Ärzte für die Ausübung des Berufes als „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" jedoch nicht mehr vorgesehen. Vielmehr wird dazu noch im Teil III, Besonderer Teil, Seite 24 durch das BMAGS näher ausgeführt: „Ausdrücklich ist darauf hinzuweisen, daß auch Personen, die zur selbständigen Ausübung des Arztberufes berechtigt sind, eine verkürzte Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz/Notfallsanitäterin mit Notfallkompetenz erfolgreich absolvieren müssen." Gemäß diesen Ausführungen wird der Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz im Stufenbau der Gesundheitsberufe über den ärztlichen Beruf gestellt und über die Bestimmungen des Ärztegesetzes einfach hinweggegangen.
- Siehe hierzu auch die Ausführungen des §51 Abs. 1 und Abs. 2 dieses Gesetzesentwurfes

Zu I. Hauptstück, 4. Abschnitt, §22 bis 23 betreffend „Nostrifikation":
In diesen Passagen wird die Nostrifikation ausländischer Absolventen einer Notfallausbildung für Sanitäter geregelt.

- Die Ausführungen dieser Paragraphen bleiben jedoch eine Antwort dahingehend schuldig, inwieweit eine Ausbildung in der Praxis tatsächlich auf die Vergleichbarkeit überprüft werden kann.

Zu I. Hauptstück, 4. Abschnitt, §24 „Berufsbezeichnung":
In diesem Paragraphen ist die Berufsbezeichnung geregelt.

- Im Abs. 3 dieses Paragraphen sind die Voraussetzungen enthalten, wann Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Angehörige), die auf Grund dieses Bundesgesetzes zur Ausübung als Sanitäter berechtigt sind (§20), die im Heimat- oder Herkunftsstaat gültigen rechtmäßigen Ausbildungsbezeichnungen bzw. deren Abkürzungen führen zu dürfen. .... Diese Regelung erscheint auf Grund der Vielfalt an unterschiedlichen Bezeichnungen für das Rettungsdienstpersonal in Europa, aber insbesondere auch im Hinblick auf die starken Qualifikations- und Kompetenzunterschiede, mehr als irreführend und sollte daher im Interesse der Notfallpatienten sowie ihrer Angehörigen tunlichst vermieden werden.

Zu I. Hauptstück, 4. Abschnitt, §25:
§ 25 (1) regelt die Ausübung „des Berufes des Sanitäters" im Dienstverhältnis bzw. ehrenamtlich ..., sofern die Aufsicht durch einen Arzt gewährleistet ist.

- Im Teil III, Besonderer Teil, wird ausgeführt, daß unter „ärztlicher Aufsicht" im Sinne des Abs. 1 Z 2 keine laufende Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin, sondern eine Rückkoppelungsmöglichkeit zu verstehen ist. In diesem Zusammenhang muß sehr wohl auf eine laufende Kontrolle der in Ausbildung Befindlichen durch die verantwortlichen fachlichen Ausbildungsleiter (z.B. verantwortlicher medizinischer Direktor) großer Wert gelegt werden, da einem in Ausbildung Befindlichen sicherlich nicht die fachliche Kompetenz zuzusprechen ist, selbst zu beurteilen, ob eine Rückkoppelung mit dem Arzt notwendig ist oder nicht.
- Interessant ist auch, daß man Ärzte in ihrer praktischen Ausbildungszeit (Turnus) sehr wohl unter die ärztliche Aufsicht und Kontrolle durch zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Ärzte des jeweiligen Faches stellt. Wieso man hier, wo es doch um ärztliche Tätigkeiten per definitionem geht und nur minimale Vorkenntnisse auf Grund der 1600-Stunden-Minimalausbildung voraussetzen kann, von diesem Prinzip abweicht und lediglich von „Rückkoppelungsmöglichkeit" spricht, ist unverständlich.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

- Aus Abs. 2 Punkt 2 geht hervor, daß auch schon in Ausbildung befindliche Personen den „Beruf" ausüben, sofern sie dies im Rahmen eines Dienstverhältnisses tun. Unklar ist es, warum ein Sanitäter im Rahmen eines Dienstverhältnisses zur Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz quasi per Gesetz gezwungen werden soll. Es handelt sich vermutlich lediglich um eine berufspolitische bzw. interessenspolitische Maßnahme seitens der Interessensvertretung der Sanitäter. Aus fachlichen Gründen ist eine derartige Forderung nicht zu verstehen.
- Diese Regelung würde gegenüber den derzeit bestehenden Rechtsvorschriften keine die Qualität der Ausbildung und vor allem die Qualität der Versorgung verbessernde Maßnahme darstellen und muß somit in der vorliegenden Formulierung abgelehnt werden.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung, 1. Abschnitt, Allgemeine Bestimmungen, §28:
In dieser Passage wird die Verteilung der praktischen und theoretischen Ausbildung für alle vier Module mit je 800 Stunden angeführt.

- Nachfolgende Gegenüberstellung zeigt, daß die theoretische Ausbildung lediglich 445 Stunden und die praktische Ausbildung 1155 Stunden beträgt. Krankenhauspraktikum ist, wie der Name schon sagt, eine praktische Ausbildung und kann daher nicht der Theorie zugeordnet werden.
- Beim Praktikum zu Modul 3 ist eine Stunde Anleitung pro Woche vorgesehen, im Modul 4 sind 4 Stunden pro Woche eingerechnet. Es handelt sich jedoch lediglich um „Anleitung" und keine geregelte, auf einem Curriculum basierende, theoretische Ausbildung.

Ausbildungsstufe	Theorie	Praxis	Summe Theorie	Summe Praxis
Rettungssanitäter Modul 1 Modul 2	 40 120	 160 KTW 15 Defibrillation		
Summe RS			**160**	**175**
Notfallsanitäter Modul 3	160	160 Krankenhaus 160 NAW		
Summe NFS			**160**	**320**
Notfallsanitäter m. Notfallkompetenz Modul 4	125	180 Krankenhaus 480 NAW		
Summe NFS mit Notfallkompetenz			**125**	**660**
Summe gesamt			**445**	**1155**

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §31 „Ausbildung zum Rettungssanitäter":
Dieser Abschnitt regelt die Ausbildung zum Rettungssanitäter mit 2 Modulen theoretischer Ausbildung im Gesamtausmaß von 160 Stunden (40 Stunden plus 120 Stunden) zuzüglich einer 15-stündigen praktischen Ausbildung (Defibrillation) bei Modul 2 sowie zuzüglich einer „praktischen Ausbildung" im Ausmaß von 160 Stunden, welche im Rettungs- bzw. Krankentransportwagen abgeleistet werden soll. Insgesamt ergibt dies für den Rettungssanitäter eine Gesamtstundenanzahl von 335 Stunden (= 8,375 Wochen), ein Plus von lediglich 200 Stun-

den (= 5 Wochen) gegenüber der bisher geltenden Bestimmung. Auf die Gesamtstunden der derzeitigen theoretischen Ausbildung bezogen stehen 135 Stunden den 160 Stunden des neuen vergleichbaren Ausbildungsäquivalentes (Modul 1 und 2) gegenüber, die theoretischen Stunden vermehren sich daher lediglich um 25 Stunden.

- Unter dem Aspekt, daß auch bereits in Ausbildung befindliche Personen den „Beruf" ausüben dürfen (§25 des vorliegenden Gesetzesentwurfes) und somit mit fast keinem bzw. minderem Ausbildungsumfang auf die Patienten losgelassen werden können, stellt dies keine positive Novellierung des Gesetzes, sondern die Beibehaltung alter Gegebenheiten dar. Auch die „Stundenerhöhung" um 200 Stunden ergibt sich zum Großteil lediglich aus der Hinzurechnung der Tätigkeit am RTW und KTW.
- Eine Regelung, wer die qualifizierte Anleitung bzw. Ausbildung am RTW bzw. KTW durchführt, bleibt dieser Gesetzesentwurf ebenfalls schuldig (sieht man von dem „Praktikumsbegleiter gemäß §44 ab).

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §§32-33:

In §32 sind die Ausbildungsinhalte des Moduls 1 (40 Stunden), in §33 (1) die Ausbildungsinhalte des Moduls 2 (120 Stunden) plus 15 Stunden praktische Ausbildung bezüglich Defibrillation und 160 Stunden Praktikum am KTW näher definiert. Vorgesehen ist, den Ausbildungserfolg durch ein sgn. Rasterzeugnis nachzuweisen.

- In den Erläuterungen zu dem vorliegenden Gesetzesentwurf ist auf Seite 28 bezüglich §§ 31-35 angeführt, daß das Eingangsmodul (= Modul 1) vor oder während Modul 2 absolviert werden kann. Die Sinnhaftigkeit dieser Bestimmung läßt sich nicht nachvollziehen. Welchen Vorteil soll es haben, daß zwei Module gleichzeitig absolviert werden können? Dies könnte darauf hindeuten, daß die Lehrinhalte im Umfang von 40 Stunden (= 1 Arbeitswoche) vorgesehen sind, aber „nebenbei" im Modul 2 unterrichtet werden. Wichtig ist, daß Personen in Ausbildung das ihnen vermittelte Wissen aufnehmen, lernen und auch entsprechend umsetzen können. Sinn in der vom Gesetzgeber gewählten Form könnte lediglich darin liegen, den Ausbildungsinstitutionen die Möglichkeit zu geben, eine Ausbildung vom „Notfallsanitäter" bzw. „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" mit einem Gesamtstundenumfang von Modul 1 und 2 sowie 15 Stunden praktische Ausbildung für Defibrillation (bei Modul 2) zuzüglich 160 Stunden praktische Ausbildung im Rettungs- und Krankentransportwagen en block anzubieten.
- Es ist ergänzend darauf hinzuweisen, daß die Lehrinhalte von Modul 1 Inhalte darstellen, die Rahmencharakter besitzen, mit Ausnahme der „Angewandten Psychologie", die für die Patientenbetreuung von Wichtigkeit ist.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §34:

In diesem Gesetzesabschnitt ist geregelt, daß die Ausbildung zum Rettungssanitäter mit einer kommissionellen Prüfung abschließt und welche Mitglieder der Prüfungskommission angehören.

- Der Prüfungskommission gehören lediglich der Ausbildungsbeauftragte sowie ein Unterrichtender pro Unterrichtsfach an. Somit ist eine einheitliche Prüfung aller in den verschiedenen Institutionen ausgebildeten Rettungssanitätern nicht gewährleistet, sondern hängt vom jeweiligen „Ausbildungs-Level" der verschiedenen Institutionen ab. Dadurch ist ein bundesweit gleich hohes Niveau der Ausbildung und der abgelegten Prüfung somit nicht gegeben. Es muß auch noch darauf hingewiesen werden, daß es sich bei den Rettungsorganisationen in den meisten Fällen um private Vereine handelt und keine offiziellen oder staatlichen Stellen und man ihnen daher keinen behördenähnlichen Charakter als Prüfungskommission einräumen sollte. Dies insbesondere, da Studien in der Vergangenheit gezeigt haben, daß die Ausbildung durch diese privaten Rettungsorganisationen auch bisher bereits sehr unterschiedlich und vielerorts von schlechter Qualität waren und durch unzureichende Ausbildner erfolgten.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

- Daraus folgt, daß die Prüfungsvorschriften in der vorlegten Form nicht akzeptiert werden können.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §35:
In diesem Gesetzesabschnitt ist die Verleihung der Berufsbezeichnung „Rettungssanitäter/Rettungssanitäterin" geregelt.

- Aus der vorliegenden Formulierung geht hervor, daß auch bereits zum „Rettungssanitäter" ausgebildete Personen einen „Beruf" innehaben sollen. Daraus folgt, daß man bereits mit einer nur 335-stündigen Ausbildung (= ca. 8,5 Wochen) eine Berufsbezeichnung tragen kann, die der Ausbildungsdauer und dem Ausbildungsniveau in keiner Weise adäquat ist. Wenn überhaupt, kann von diesem Ausbildungsstand im internationalen Kontext bestenfalls von der Stufe eines „Rettungshelfers" gesprochen werden.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §36 „Ausbildung zum Notfallsanitäter":
In § 36 ist geregelt, daß Personen, die die Ausbildung zum Rettungssanitäter absolviert haben und einen Einsatz im Rettungs- oder Krankentransportwagen von 500 Stunden nachweisen, zur Ausbildung zum Notfallsanitäter zugelassen werden dürfen. Die Ausbildung des sgn. Modul 3 von insgesamt 480 Stunden teilt sich in 160 Stunden theoretische, 160 Stunden praktische Ausbildung in dafür fachlich geeigneten Krankenanstalten und 160 Stunden praktische Ausbildung im Notarztwagen.

- Problematisch erscheint erstens, daß bei der Angabe „500 Stunden" keinesfalls davon auszugehen ist, daß der Anwärter bereits adäquate Erfahrung in ausreichendem Ausmaß gesammelt hat, da die Tätigkeit eines Rettungssanitäters im Rettungs- und Krankentransportwagen auf allgemeine Maßnahmen, vor allem auf den Krankentransport, beschränkt ist. Weiters stellen 500 Stunden unter der Annahme einer 40-Stunden-Woche 12,5 Wochen Einsatzdauer, ungeachtet der Form und vor allem der Anzahl der Einsätze, dar.
- Der Hinweis des BMAGS im III. Teil, Besonderer Teil, „Das Praktikum im Notfallwagen findet unter Anleitung eines Notarztes/einer Notärztin statt. Dieser hat auch das Rasterzeugnis zu bestätigen." ist in den Gesetzesteil zu verschieben, da dieser einzig und allein rechtsverbindlich ist. Bleibt dieser Passus in den Erläuterungen, so kann jeder Notarzt einer Institution irgend einem Auszubildenden das Rasterzeugnis bestätigen.
- Die 160 Stunden umfassende praktische Ausbildung am NAW ist gleichzeitig auch unbedingt an eine verbindliche Anzahl von Einsätzen nach Schweregrad (z.B. NACA) zu binden, da lediglich Stundenangaben keinerlei Hinweis auf die Möglichkeit zum Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten zulassen.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §37:
In diesem Gesetzesabschnitt sind die Ausbildungsinhalte der Ausbildung zum "Notfallsanitäter" geregelt. Im Modul 3 im Ausmaß von insgesamt 480 Stunden werden zuzüglich zu den zu „vertiefenden" Inhalten der Fächer der Ausbildung zum Rettungssanitäter (§33 Abs. 1 Z 1-13) zwei neue Fächer, „Arzneimittellehre" und „Einsatztaktik", unterrichtet. Die vertiefende praktische Ausbildung umfaßt Störungen der Vitalfunktionen und Regelkreise, verschiedene Krankheitsbilder und spezielle Notfälle in einem dafür geeigneten Krankenhaus. Die in der Theorie angeeigneten und durch Übungen erlernten Fähigkeiten und Kenntnisse sind im Praktikum unter Anleitung eines/r Notarztes/Notärztin zu perfektionieren (Kommentar, Seite 28). Ein Rasterzeugnis zum Nachweis der Ausbildung ist vorgesehen.

- Geht man von der geplanten 160-stündigen theoretischen Ausbildung aus, erscheint es mehr als zweifelhaft, daß in lediglich 4 Wochen tiefergreifendes Wissen vermittelt werden kann. Dies betrifft auch das 160 Stunden umfassende Krankenhauspraktikum und die 160 Stunden umfassende praktische Ausbildung am Notarztwagen, bei welchem

wiederum Art und Anzahl der Einsätze hinterfragt werden müssen. Stundenangaben sagen prinzipiell nichts über Art und Anzahl der tatsächlichen Notfälle - und diese sind hier ja wohl angesprochen - aus.

- Es erscheint aus medizinischer Sicht mehr als fraglich, daß Personen, die eine lediglich 20 Wochen bzw. 5 Monate umfassende Ausbildung genossen haben, die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten aufweisen und imstande sind, Notfällen adäquat zu begegnen, ohne daß dabei der Patient in einem Großteil der Fälle zu Schaden kommt.
- Die in der theoretischen Ausbildung vorgesehene „Arzneimittellehre" beschäftigt sich, wie schon aus dem Wort ableitbar, mit den chemisch-pharmazeutischen Wirkstoffen, aber nicht bzw. nur marginal mit deren Wirkungsweise, Interaktionen, Nebenwirkungen, etc. Wenn im Rahmen von 160 Stunden eine vertiefte theoretische Ausbildung in den Fächern der Module 1 und 2 sowie in Einsatztaktik erfolgt, sind die für die Arzneimittellehre verbleibenden Stunden mit Sicherheit nicht ausreichend, den in Ausbildung Befindlichen das notwendige Wissen für einen verantwortungsvollen Umgang mit pharmazeutischen Wirkstoffen sowie deren gezielter Einsatz je nach Indikationsstellung zu vermitteln. Dies erscheint insbesondere dadurch als unmöglich, da man im Gesetz – anders als in Deutschland – die Arzneimittelverabreichung nicht auf einige wenige Substanzen beschränkt, sondern pauschaliert zur Anwendung freigeben möchte.
- Hinsichtlich des Abs. 2 wird vom „Einführungspraktikum in folgenden Fächern" gesprochen. Die Antwort darauf, um welche Abteilungen es sich im konkreten handelt, bleibt der Gesetzesentwurf jedoch schuldig. Lediglich in Teil 3 führt das BMAGS weiter aus: „Die Krankenanstalt, an der diese Ausbildung durchgeführt wird, muß so beschaffen sein, daß der Auszubildende die Möglichkeit hat, die für seine Qualifikation erforderlichen Bereiche der medizinischen Versorgung kennenzulernen (z.B. interne, chirurgische, unfallchirurgische und geburtshilfliche Versorgung)." Wenn man also durchaus konkrete Vorstellungen hat, daß Auszubildende praktische Erfahrungen an einer internen, an einer chirurgischen, an einer unfallchirurgischen und an einer geburtshilflichen Station sammeln, dann sollte man dies auch dezidiert in §37 Abs. 2 anführen und auch die Dauer der Ausbildung für jede dieser Stationen beispielsweise mit einer Woche festlegen.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §38:

In diesem Gesetzesabschnitt ist geregelt, daß die Ausbildung zum Notfallsanitäter mit einer kommissionellen Prüfung abschließt und welche Mitglieder der Prüfungskommission angehören.

- Der Prüfungskommission gehören lediglich der Ausbildungsbeauftragte, ein fachkundiger Berufsvertreter sowie ein Unterrichtender pro Unterrichtsfach an. Somit ist eine einheitliche Prüfung aller in den verschiedenen Institutionen ausgebildeten Rettungssanitätern nicht gewährleistet, sondern hängt vom jeweiligen „Ausbildungs-Level" der verschiedenen Institutionen ab. Dadurch ist ein bundesweit gleich hohes Niveau der Ausbildung und der abgelegten Prüfung somit nicht gegeben. Weiters kann auf Grund praktischer Erfahrungen festgehalten werden, daß es derzeit keine fachkundigen Berufsvertreter bei den gesetzlichen Interessensvertretungen gibt, die eine derartige für eine Prüfungskommission notwendige Fachkompetenz aufweisen. Wäre dies nämlich der Fall, wäre der vorliegende Gesetzesentwurf nicht mit derart vielen gravierenden Mängeln behaftet.
- In der Prüfungskommission sollten auf jeden Fall ein leitender Sanitätsbeamter des jeweiligen Landes sowie ein qualifizierter Notarzt bzw. Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin vertreten sein.
- Daraus folgt, daß die Prüfungsvorschriften in der vorgelegten Form nicht akzeptiert werden können.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §39:
In diesem Gesetzesteil ist die Verleihung der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter/Notfallsanitäterin" geregelt.

- Gegenüber anderen qualifizierten Berufen, wie z.B. Elektriker, Galvaniseur, Bürokaufmann/Bürokauffrau, etc., die eine Ausbildungsdauer von 3 Jahren aufweisen, erscheinen die Termini „Berufsbezeichnung" und „Berufsbild" als blanker Hohn, zumal es gerade in dem sensiblen Bereich der Notfallmedizin um Menschenleben geht. Eine lediglich 5-monatige Ausbildung, insbesondere im Hinblick auf die Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen, ist mehr als fragwürdig und zeigt von grober Unkenntnis der Materie. Bedenkt man, daß ein Arzt ein mindestens 12-semestriges Studium und eine mindestens dreijährige praktische Ausbildung durchlaufen muß, um lebenserhaltende Maßnahmen setzen zu dürfen, und daß Krankenpflegepersonal eine ebenfalls dreijährige Ausbildung absolvieren muß, um pflegerische Handlungen am Patienten setzen zu dürfen, erscheint die vorliegende geplante Gesetzesbestimmung als Mißachtung gegen allen anderen, redlich erlernten Berufen zum Wohle des Patienten.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §40 und §41 „Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz":
Dieser Teil des Gesetzes regelt die Dauer und Inhalte der Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz. Vorgesehen ist ein Modul 4 mit insgesamt 785 Stunden (= 19,5 Wochen), gegliedert in 125 Stunden theoretische Ausbildung, 180 Stunden Krankenhauspraktikum und 480 Stunden Praktikum im Notarztwagen. Des weiteren ist eine inhaltliche Aufgliederung des Ausbildungsmoduls angeführt sowie die vorgesehenen Praktika.

- Die Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz ist sehr praktikumslastig gestaltet. In 125 Stunden sind wohl kaum jene theoretischen Kenntnisse zu vermitteln, die der Auszubildende benötigt, um jene Maßnahmen auch verantwortungsvoll – bei einem derartigen „Wissensstand" der Sanitäter – durchführen zu können, die vorgesehen sind.
- Der Großteil des Praktikums wird im NAW durchgeführt, also am Patienten, der wohl zu einem „Versuchskaninchen" degradiert wird.
- In Zusammenhang mit §46 bzw. §§58-60 muß darauf hingewiesen werden, daß das derzeit tätige Sanitätspersonal über keine ausreichende und adäquate Ausbildung, um – allein bzw. gemeinsam mit dem Notarzt – diese verantwortungsvolle Tätigkeit übernehmen zu können, verfügt.
- Außerdem besteht a la longue die Gefahr, daß aus Kostengründen die derzeit eingesetzten Notärzte durch billigere „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" ersetzt werden.
- Hinsichtlich §41 Abs. 1 ist anzumerken, daß die Teilmodule 4a (Arzneimittellehre) und 4c (Intensivausbildung mit Schwerpunkt Beatmung) bei einem Ausbildungsstand, wie er in diesem Gesetzesentwurf vorgesehen ist, ersatzlos gestrichen werden sollten, da sie für diese „Berufsgruppe" nicht sinnvoll oder für die Notfall-Patienten gar zumutbar wären!
- Im Teil III, Besonderer Teil, wird zu Teilmodul 4c ausgeführt: „Es ist ein Praktikum im Intensiv- und Anästhesiebereich vorgesehen. Es dient dazu, Maßnahmen der Akutmedizin kennenzulernen und zu praktizieren. Im Rahmen dieses Praktikums soll es auch möglich sein, die „Erweiterte Notfallkompetenz" der Intubation Angehörigen dieser Berufsgruppe, an die diese „Erweiterte Notfallkompetenz" delegiert wurde, zu vermitteln." In diesem Zusammenhang muß nochmals darauf hingewiesen werden, daß eine „Intensivausbildung" für eine derartige unterqualifizierte und schlecht ausgebildete „Berufsgruppe" mit Berechtigung zur Anwendung medizinischer Tätigkeiten am Patienten eine grobe Fahrlässigkeit darstellt und mit der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" über die in der Praxis fehlende Kompetenz und vor allem die fehlenden Kenntnisse nicht hinweg getäuscht werden kann!
- In Bezug auf §41 Abs. 3 „praktische Ausbildung am NAW" fehlt der Hinweis, daß die praktische Ausbildung und Anleitung am NAW nur unter Aufsicht eines zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arztes mit Notarztdiplom, der über die notwendigen fachlichen und pädagogischen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, erfolgen darf. Hin-

sichtlich der 480 Stunden am NAW ist, wie bereits bei den Bestimmungen zur Ausbildung zum Notfallsanitäter ausgeführt, eine bloße Stundenangabe nicht ausreichend, sondern sie muß vielmehr um Anzahl und Art der Einsätze hinsichtlich Schweregrad sowie der praktisch erfolgten Tätigkeiten ergänzt werden.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §42:
In diesem Gesetzesabschnitt ist die Zusammensetzung der Prüfungskommission „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" geregelt.

- Auf Grund dessen, daß der Bereich der Intubation im vorliegenden Gesetzesentwurf in Frage gestellt werden muß, erübrigt sich eine Stellungnahme hinsichtlich der Prüfungskommission betreffend die Prüfung zum „Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz".

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §43 „Berufsbezeichnung":

- Siehe hierzu die Ausführungen zu §39.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §44 „Bewilligung der Module":
In diesem Teil des Gesetzes ist die Bewilligung der Ausbildungsinhalte durch den Landeshauptmann geregelt.

- Insbesondere hinsichtlich Lehrpersonal ist diese Textpassage sehr „schwammig" ausgeführt. Wie kann der Landeshauptmann über die Fachkompetenz eines Praktikumsbegleiters entscheiden? Welche spezifischen Voraussetzungen müssen Praktikumsbegleiter vorweisen, um als solche anerkannt zu werden? Alle hierfür in Frage kommenden Personen müßten primär selbst über spezielle Kenntnisse verfügen. Im Vergleich zum Krankenpflegepersonal (Lehrschwestern) müßte auch hier definitiv der Nachweis der Absolvierung und positive Abschluß einer speziellen Ausbildung gefordert werden.
- Die Bezeichnung „Praktikumsbegleiter" ist irreführend, da hier eine praktische Ausbildung und Anleitung durch den Ausbildner erfolgen muß und nicht nur der Auszubildende während seiner Tätigkeit „begleitet" werden soll. Eine nähere Spezifizierung ist unbedingt erforderlich.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §45 „Modulleitung":
In Abs. 2 wird angeführt, daß die „fachspezifische und organisatorische" Leitung einschließlich der Dienstaufsicht der Module 2 bis 4 einer fachkompetenten und pädagogisch geeigneten Person unterliegen soll.

- Ebenso wie in §44 stellt sich hier die Frage, wie die „Fachkompetenz" sowie die „pädagogische Eignung" festgestellt werden sollen. Bis dato übliche Kurzschulungen für „Ausbildner" im Ausmaß von im Durchschnitt 10 bis 14 Tagen können wohl kaum die pädagogische und gemeinsam mit der bisherigen Gesamtausbildung die „Fachkompetenz" bescheinigen.
- Es erscheint im Hinblick auf die Zielgruppe und die in diesem Gesetzesentwurf tatsächlich vorgesehene Ausbildung nicht sinnvoll, von einer „medizinisch-wissenschaftlichen" Leitung zu sprechen. Es wäre wohl vollkommen ausreichend, einen „medizinischen" bzw. „ärztlichen" Leiter der Module zu etablieren, der jedoch sinnvoller Weise gleichzeitig auch „Ärztlicher Leiter" (Medical Director) im Rettungsdienst ist.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §46 „Anrechnung":
In diesem Gesetzesabschnitt werden die Anrechnungsmodalitäten der bisherigen Ausbildung im Sanitätsbereich und ebenso anrechenbare Lehrinhalte anderer Gesundheitsberufe, sofern in Inhalt und Umfang zur geplanten Ausbildung gleichgesetzt, geregelt. Ebenso sollen teilweise schon abgelegte Prüfungen den einzelnen Stufen der bisherigen Sanitäterausbildung

angerechnet werden. Lediglich die Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz bleibt hiervon unberührt.

- Dazu muß gesagt werden, daß man hier den klassischen Kardinalfehler wie in Deutschland begeht, nämlich daß Personen, die die bisherige Ausbildung abgelegt haben, anstandslos bis hin zum Notfallsanitäter „überstellt" werden können, ohne daß sie sich einer Prüfung des vermittelten Wissens bzw. der erlernten Fertigkeiten unterziehen müssen. Wie auch in Deutschland soll es somit in Zukunft in Österreich „Notfallsanitäter" geben, die mit einem Ausbildungsstand von heute die „Berufsbezeichnung" von morgen führen, jedoch in der Ausbildung keine Qualitätsverbesserung erfahren haben. Die Verantwortlichen für diesen Gesetzesentwurf sind wohl darum bemüht, eine „arbeitnehmerzentrierte" Ausbildung zu schaffen, das Wohl der Patienten hat man dabei leider gänzlich aus den Augen verloren.
- Schon Univ.-Prof. Dr. Sefrin, ein im Bereich des Notfall- und Rettungswesens international anerkannter Experte der Universität Würzburg, bekrittelte 1997 diesen Modus vivendi. Derzeit ist man in Deutschland bemüht, den Fehler von gestern wieder gut zu machen – in Österreich haben die dafür zuständigen und kostenoptimierenden Verantwortlichen für diesen Gesetzesentwurf rein absolut gar nichts aus dieser Situation gelernt, denn ihre Meinung lautet anscheinend nach wie vor: **minimierte Ausbildungskosten sind wichtiger als durch qualitativ hochstehend ausgebildetes Personal gerettete Menschenleben!**
- Die im Teil III, Besonderer Teil, vom BMAGS vorgesehene Behördenfunktion betreffend die Anrechnung durch den organisatorischen Leiter der Ausbildung ist auf Grund der negativen Erfahrungen im benachbarten Ausland (Deutschland) und auf Grund der überwiegend privaten Vereinsstruktur der Rettungsdienste in Österreich abzulehnen.

Zu II. Hauptstück „Ausbildung", 1. Abschnitt, §47 „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung":

In dieser Textpassage sind die Inhalte der zu erlassenden „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung" geregelt.

- Neben den im Gesetzesentwurf angeführten Punkten, die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt werden sollen, sind im Teil III, Besonderer Teil, des BMAGS auch „Regelungen über verkürzte Ausbildungen" Gegenstand dieser künftigen Verordnungen. Es handelt sich hier vermutlich um verkürzte Ausbildungsbestimmungen, wie sie auch bei der Überführung der gewerblichen Masseure zu den Heilmasseuren mit einer Ergänzungsausbildung von lediglich 20 Stunden vorgesehen sind.

Zu II. Hauptstück, 2. Abschnitt, „Verkürzte Ausbildungen", §48 „Verkürzte Ausbildung für Zivildiener":

In dieser Passage ist die verkürzte Ausbildung für Zivildiener, welche einen Grundlehrgang für Zivildienstleistende abgelegt haben, geregelt. Für die Ausbildung zum Rettungssanitäter ist somit lediglich die Absolvierung einer 60-stündigen theoretischen Ausbildung (mit Inhalten von Modul 1 und 2) sowie die vorgesehene Praxis von 160 Stunden erforderlich.

- Somit kann ein Zivildiener mit minimalem Aufwand den größtmöglichen Nutzen ziehen und mit wenig Ausbildung in ein Berufsbild einsteigen.
- Die Inhalte, welche in der verkürzten Ausbildung vermittelt werden, müssen präzisiert werden.

Zu II. Hauptstück, 2. Abschnitt, „Verkürzte Ausbildungen", §49 „Verkürzte Ausbildung zum Notfallsanitäter":

Hier ist geregelt, daß „Pflegehelfer" berechtigt sind, eine verkürzte Ausbildung zum Notfallsanitäter zu absolvieren, nämlich eine theoretische in Modul 3 (ohne Stundenangabe!) und 160 Stunden Praktikum in einem Notarztwagen.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

- Es ist aus der Gesetzespassage nicht zu erkennen, wie lange die theoretische Ausbildung dauern soll.
- Durch diese Bestimmung können Pflegehelfer mit wenig Zusatzausbildung Maßnahmen wie 1. Tätigkeiten des Rettungssanitäters 2. „die Durchführung lebensrettender Maßnahmen bei Notfallpatienten, wie insbesondere Beurteilung, Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen, Herstellung der Transportfähigkeit dieser Patienten sowie Durchführung des Transportes jeweils bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt", 3. die „Unterstützung des Arztes bei allen notfallmedizinischen Maßnahmen" und 4. „die Verabreichung von für die Tätigkeit als Notfallsanitäter erforderlichen Arzneimitteln" durchführen.
- **Die Ausübung dieser Tätigkeiten ist in diesem Umfang nicht einmal dem diplomierten Krankenpflegepersonal gestattet (§14ff Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG Teil I, 108. Bundesgesetz, 1997). Aus diesem Grund ist die „Verkürzte Ausbildung zum Notfallsanitäter für Pflegehelfer" ersatzlos zu streichen.**

Zu II. Hauptstück, 2. Abschnitt, „Verkürzte Ausbildungen", §50 „Verkürzte Ausbildung zum Notfallsanitäter":
In dieser Passage ist die Ausbildung für diplomiertes Krankenpflegepersonal zum Notfallsanitäter geregelt. DGKS benötigen 30 Stunden theoretische Ausbildung und 160 Stunden ergänzende praktische Ausbildung am NAW.

Zu II. Hauptstück, 2. Abschnitt, „Verkürzte Ausbildungen", §51 „Verkürzte Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz für Ärzte und DGKS":
In diesem Gesetzesabschnitt ist die Zusatzausbildung für DGKS und Ärzte bezüglich Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz" geregelt.

- Grundsätzlich wird festgehalten, daß eine verkürzte Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz für Ärzte wohl ersatzlos gestrichen werden kann, da Ärzten wohl auch per Gesetz die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit weiterhin erlaubt bleiben wird. Die in Abs. 2 angeführte praktische Ausbildung in Teilmodul 4d (Management bei Großschäden) mag eine sinnvolle Ergänzungsausbildung für Ärzte im Notfallbereich sein, ist jedoch in diesem Fall der Notarztausbildung bzw. einer allfälligen künftigen Ausbildung für Medizinische Direktoren im Rettungsdienst vorbehalten. Die in §51 Abs. 1 zusammengefaßten Berufsgruppen der Ärzte sowie der DGKS sind in Verbindung mit Abs. 2 unschlüssig und außerdem mit den jeweils geltenden Berufsgesetzen nicht konform, da den DGKS, für den Fall, daß sie eine verkürzte Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz absolvieren wollten, nicht – wie den Ärzten – lediglich das Teilmodul 4d, sondern zumindest auch das Teilmodul 4c (Intensivausbildung mit Schwerpunkt Beatmung) und somit die strittige „Lizenz zum Intubieren" fehlen würde. Es besteht daher neben der inkonsequenten und mangelhaften Einteilung der Abschnitte dieses Gesetzesentwurfes, die mit der Einteilung am Beginn (Inhaltsverzeichnis) nicht konform geht, auch eine inhaltliche Unschlüssigkeit der einzelnen Paragraphen und Absätze.
- In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, daß man durch allzu leichte „Übergangsbestimmungen" plus „Alibi-Ergänzungslehrgänge" durch die Überleitungen und Anrechnung in bzw. von anderen qualifizierten und anerkannten Berufsbildern ein Job- und Ausbildungs-Hopping erzeugen wird, wo es leicht zum „Sport" werden könnte, den leichtesten Weg zum Erreichen eines qualifizierten Berufes herauszufinden.

Zu III. Hauptstück, §58-60 „Übergangsbestimmungen":
In diesen Passagen sind die Übergangsbestimmungen geregelt.

- Gemäß Teil III, Besonderer Teil, kommt „den anerkannten Rettungsorganisationen im Zusammenhang mit der Ausstellung von Bestätigungen auf Grund dieser Bestimmungen

Behördencharakter zu. Eine Berufungsmöglichkeit an den Landeshauptmann wird zur Gewährleistung der Rechtssicherheit nicht ausgeschlossen."

- In Anbetracht dessen, daß es sich bei den Rettungsorganisationen, wie bereits ausgeführt, zumeist um private Vereine und nicht wie beispielsweise in Wien bei der MA70 um eine städtische Institution handelt, ist ein genereller „Behördencharakter" abzulehnen.
- Der in §60 Abs. 1 zitierte §1 Abs. 2 existiert nicht. Welche Verpflichtung ist gemeint? Eine inhaltliche Überprüfung dieses Paragraphen ist anzuraten.

Zu den Erläuterungen, II. Kosten:

- Die tabellarisch dargestellten Kosten sind hinsichtlich des Bereiches Bund für diese Stellungnahme nicht von Interesse, da der Bund seine eigenen Kosten selbst zu tragen hat.
- Zu den Nominalkosten auf Seite 13 muß angeführt werden, daß die Kostenberechnungen nicht logisch nachvollziehbar sind und auch die Ausgangslage nicht den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht. Wenn man z.B. auf Grund von Angaben des Roten Kreuzes von 32.000 ehrenamtlichen Helfern spricht, muß festgehalten werden, daß sich auf Grund von Recherchen diese Zahl auf höchstens 16.000 beläuft, da es nach den eigenen internen Vorschriften des Roten Kreuzes notwendig ist, daß ein Sanitäter zumindest zwei Dienste pro Monat versieht. Ebenso erscheinen die für die laufenden Ausbildungen angesetzten Kosten in der Höhe von öS 16.000,- pro Teilnehmer als weit überhöht, insbesondere da die Ausbildung österreichweit noch sehr inhomogen und qualitativ äußerst different durchgeführt wird.
- In der Tabelle 3a hinsichtlich des Ausbildungsbedarfes pro Jahr wird nicht differenziert, nach „Umstellung" und „künftig laufendem Bedarf" an Notfallpersonal. Die Annahmen sind daher fachlich und sachlich inkorrekt.
- Die den Berechnungen zugrunde gelegten Anleitungsstunden von 1 Stunde pro Woche in Modul 3 sowie 4 Stunden pro Woche in Modul 4 erscheinen als zu gering.
- Weiters wurde für die Kostenberechnung keine Vollkostenrechnung herangezogen, sondern lediglich einzelne Kostenpositionen (z.B. Raummiete, Vortragende) berücksichtigt. Die hypothetische Annahme, daß es auf Grund der Verwendungsgruppe zwischen den derzeitigen Sanitätsgehilfen und den künftigen Notfallsanitätern zu keinen zusätzlichen Nominalkosten in Form von Gehaltsforderungen seitens der Berufsgruppe bzw. deren Interessensvertretung kommen wird, halte ich für reines Wunschdenken und Theorie.
- In der Gesamtkostentabelle (Tabelle 12) wird für die Jahre ab 1999 bis 2002 (längere Berechnungen wurden nicht angestellt) jährlich ein Betrag von ca. 7,7 Millionen Schilling angenommen. Von Interesse ist hier insbesondere, daß obgleich § 62 Abs. 1 dieses Gesetz bei positiver Begutachtung frühestens mit 1. Oktober 1999 in Kraft tritt, für 1999 bereits ein gleich hoher Betrag angenommen wird wie für die Folgejahre. Weiters hat man sich auch nicht die Mühe gemacht, für den Beginn eines neuen Ausbildungsmodells den Umstellungs- und Mehrbedarf zu kalkulieren und die nach 3 bis 5 Jahren, je nach Umstellungsphase, einsetzenden „Normalbetriebskosten" gegenüberzustellen. Auf Grund der Erfahrung mit anderen Ausbildungsmodellen müssen die Kosten jedenfalls fallen, wenn der Nachschulungsbedarf zurückgeht.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Zeitliche Gliederung der Ausbildung zum Rettungssanitäter und zum Notfallsanitäter bzw. Notfallsanitäter mit Notkompetenz:

Ausbildungsstufe	Theorie	Praxis	Summe Theorie	Summe Praxis
Rettungssanitäter Modul 1 Modul 2	 40 120	 160 KTW 15 Defibrillation		
Summe RS			**160**	**175**
Notfallsanitäter Modul 3	160	160 Krankenhaus 160 NAW		
Summe NFS			**160**	**320**
Notfallsanitäter m. Notfallkompetenz Modul 4	125	180 Krankenhaus 480 NAW		
Summe NFS mit Notfallkompetenz			**125**	**660**
Summe gesamt			**445**	**1155**

Aus obiger Aufstellung geht deutlich hervor, daß die theoretische Ausbildung aller 4 Module insgesamt 445 Stunden, also lediglich knapp ein Drittel des sowieso schon geringen Ausbildungsumfanges, ausmacht. Von den 1155 Stunden Praktikum werden lediglich 340 Stunden in einem Krankenhaus absolviert, der Rest von 815 Stunden wird „vor Ort", somit am Patienten, durchgeführt. Der Schluß, daß lediglich das „Abdienen" von Ausbildungszeiten schlußendlich zur Zulassung zu den jeweiligen Prüfungen dient, liegt mehr als nahe.

Es kann beim gegenständlichen Gesetzesentwurf zu diesem „Beruf" lediglich von einem Versuch gesprochen werden, eine zeitgemäße und adäquate Ausbildung zu etablieren. Ein Versuch deshalb, weil man der Bevölkerung und auch den betroffenen Dienstnehmern versucht, eine Basisausbildung als qualitativ hochstehende Berufsausbildung zu verkaufen. Im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen, wie z.B. dem des Krankenpflegepersonals, wird einem dies besonders bewußt. So hat das zukünftige Krankenpflegepersonal eine dreijährige Ausbildung nach internationalem Standard zu absolvieren, um eigenverantwortlich auf Anweisung des Arztes am Patienten tätig werden zu dürfen. Für spezielle Maßnahmen wie z.B. venöse Zugänge setzen, sind eigene, zusätzliche Ausbildungen vorgeschrieben.

Schon beim sgn. „Pflegehelfer", einem Hilfsberuf in der Krankenpflege – wie der Name schon sagt, hat man versucht, eine Kurzausbildung als qualitativ wertvoll zu verkaufen und diesen ebenso mit Zusatzkompetenzen ausgestattet, die lediglich mit Vollausbildung durchgeführt werden dürften. Den verantwortlichen Entscheidungsträgern ist, aus medizinischer Sicht betrachtet, nicht klar, welchen Schaden sie am Gesundheitswesen Österreichs rein aus Kosten- und Zweckgründen anrichten.

Betrachtet man den Beruf des Arztes, so hat dieser ein mindestens 12-semestriges Studium zu absolvieren, ehe er seine praktische Ausbildung im Ausmaß von 3 bis 6 Jahren absolvieren darf. Selbst Ärzten in Ausbildung ist es untersagt, Intubationen selbständig durchzuführen, wie dies der Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz dürfte. Schon aus diesem Beispiel geht die Unzulänglichkeit der mit diesem Gesetzesentwurf Beauftragten hervor.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Ablauf der Ausbildung vom Rettungssanitäter bis hin zum Notfallsanitäter bzw. Notfallsanitäter mit Notkompetenz:

Reine Ausbildungsdauer	theoretische und praktische Lehrstoffvermittlung
8,5	Wochen RS-Ausbildung (40 Stunden Modul 1, 120 Stunden Modul 2, 160 Stunden Praktikum im RTW/KTW, 15 Stunden Defibrillations-Praktikum), Prüfung zum „Rettungssanitäter"
	12,5 Wochen Einsatz im RTW/KTW (500 Stunden), keine Ausbildungszeit, nach 21 Wochen Berechtigung zur Ausbildung zum Notfallsanitäter
4,0	Wochen theoretische Ausbildung Modul 3
4,0	Wochen „Einführungspraktikum" in einer Krankenanstalt
4,0	Wochen praktische Ausbildung im Notarztwagen
nach 20,5	Wochen reiner Ausbildung bzw. nach 33 Wochen (8 ¼ Monaten) Zulassung zur Prüfung zum Notfallsanitäter
3	Wochen theoretische Ausbildung Modul 4
4,5	Wochen Praktikum im Krankenhaus
12	Wochen Praktikum im Notarztwagen (insgesamt 19,5 Wochen theoretische und praktische Ausbildung zum **Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz** (Modul 4)
nach 40,0	Wochen (10 Monaten) reiner Ausbildung bzw. nach 51,6 Wochen Prüfung zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz

Es ist somit möglich, bei optimaler Planung die gesamte Ausbildung mit allen 4 Modulen und Praktika innerhalb eines Jahres zu absolvieren. Dieser „Rekord" schlägt sogar das deutsche Modell, welches immerhin zwei Jahre für die Ausbildung vorsieht und dennoch in Deutschland selbst unter heftiger Kritik steht. In Deutschland soll eine dreijährige Berufsausbildung für Rettungsassistenten eingeführt werden, im Freistaat Bayern läuft derzeit bereits ein Modellversuch. Österreich sollte aus den Erfahrungen in Deutschland lernen und diesen „Zwischenschritt", der auch in Deutschland als Fehlentwicklung verstanden wird, vermeiden. Zu den Fehlern, die in Deutschland begangen wurden, zählen insbesondere, daß

- man sich ähnlich wie bei uns dem „Druck" der privaten Rettungsorganisationen (Vereinen) gebeugt hat und einen untragbaren Kompromiß hinsichtlich des Umfanges und Inhaltes der Ausbildung eingegangen ist.
- Durch die „Übergangsbestimmungen wurden bereits tätige Rettungshelfer zuerst in Rettungssanitäter und in einem zweiten Schritt durch bloße Anrechnung von Praxiszeiten in Rettungsassistenten übergeleitet.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

- Dies hat dazu geführt, daß es heute in Deutschland ca. 32.000 „übergeleitete" Rettungsassistenten gibt, hingegen nur einige hundert Rettungsassistenten, die die Ausbildung tatsächlich durchlaufen haben.
- Die Rettungsassistenten-Schulen sind nicht staatlich geleitet, sondern vielfach durch Rettungsorganisationen oder private Betreiber geführt. Die Qualität der Ausbildung ist, wie eine von der Universität Osnabrück durchgeführte Studie zeigt, äußerst schlecht.
- Es gibt kein einheitliches, bundesweit geltendes Curriculum oder Prüfungsverordnungen, etc.

Der mit dem Rettungs-Assistenten-Gesetz 1989 gestartete Versuch zur Verbesserung der Ausbildung in Deutschland kann somit als gescheitert betrachtet werden. Von führenden deutschen Notfallexperten wurde Österreich auf die begangenen Fehler aufmerksam gemacht. In Deutschland wird derzeit an der Behebung der Mißstände gearbeitet. In Österreich ist man trotz dieser begründeten Warnungen auf dem besten Weg, mit der Umsetzung des derzeit vorliegenden Gesetzesentwurfes die gleichen Fehler wie Deutschland im Jahr 1989 zu begehen.

Zusammenfassung:

Zusammenfassend muß daher festgehalten werden, daß der vorliegende Gesetzesentwurf hinsichtlich der Ausbildung in keiner Weise den an die Notfallsanitäter und Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz gestellten Anforderungen und Kompetenzen adäquat ist und auch internationalen und europäischen Standards in der nichtärztlichen präklinischen Notfallversorgung in keiner Form entspricht. Im Gesamtkontext mit dem Anforderungsprofil, dem Kompetenzbereich sowie den Ausbildungen anderer Gesundheitsberufe im österreichischen Gesundheitswesen betrachtet, ist das angestrebte Ausbildungsmodell laut Gesetzesentwurf in keiner Weise kompatibel. Für die Ausübung ärztlicher bzw. paramedizinischer Tätigkeiten bedarf es beispielsweise für Ärzte einer mindestens neun- bis zwölfjährigen Ausbildung (Studium + Turnus) oder etwa einer mindestens dreijährigen Ausbildung für die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft (wobei noch eine Reihe von Zusatzausbildungen im Ausmaß von bis zu 1600 Stunden pro Zusatzbildung vorgesehen ist), für den sgn. „Beruf" des Notfallsanitäters mit Notfallkompetenz wären für die Ausübung klassischer ärztlicher Tätigkeiten, wie etwa die Verabreichung von Medikamenten oder gar die Vornahme einer Intubation, lediglich eine Ausbildung im Ausmaß von 1600 Stunden vorgesehen. Abgesehen von einer Reihe von Problemstellungen sind daher insbesondere die „Notfallkompetenzverordnung", der „erweiterte Tätigkeitsbereich", die erleichterten Zugangsbestimmungen, die Anrechnungs- und Übergangsbestimmungen, die Verabreichung von Arzneimittel durch Notfallsanitäter sowie der Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz zur Gänze aus den vorangeführten Gründen abzulehnen.

Auch wenn es im Sinne der Notfallpatienten sowie deren Angehörigen bedauerlich erscheint, wenn es kurzfristig unter Umständen zu keiner adäquaten Lösung dieses seit nunmehr 10 Jahren schwelenden Problems kommt, so sollte dennoch nicht der Fehler begangen werden, einen inhaltlich und fachlich unausgereiften und internationalen Standards nicht gerecht werdenden Gesetzesentwurf für eine Ausbildung des Sanitätspersonals überstürzt einer weiteren Gesetzeswerdung zuzuführen und dabei die gleichen Fehler wie vor 10 Jahren in Deutschland zu begehen.

Es sollte jedoch aus fachlicher Perspektive, aber auch aus berufspolitischen Überlegungen heraus, ernsthaft die Heranziehung von Diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit einer Zusatzausbildung diskutiert werden, die einerseits das künftige Überangebot an fertig ausgebildeten DGKS aufnehmen könnte und für die andererseits eine Zusatzausbildung im Ausmaß von 800 bis 1600 Stunden (wie sie dieser Gesetzesentwurf derzeit für die

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

Ausbildung von Laien zum Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz vorsieht) vollkommen ausreichen würde. So könnten berufspolitische und notfallmedizinische Anforderungen im Rahmen einer sinnvollen Synergie zu einer optimalen Versorgung der Notfallpatienten im Sinne einer echten Qualitätsverbesserung zusammengeführt werden.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - ÖAG.W.
A-1120 WIEN, Kollmayergasse 14/8 Tel.: ++43/1/979 2000, Fax: ++43/1/979 2001 DVR: 0744140
Forschungszentrum Niederösterreich: A-3001 MAUERBACH, K. Fahringerstraße 6-10

(2) Weiterbildungen gemäß Abs. 1 können im Rahmen eines Dienstverhältnisses erfolgen.

(3) Die Abhaltung von Weiterbildungen gemäß Abs. 1 bedarf der Bewilligung des Landeshauptmannes. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn die organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen für die Vermittlung der den Berufserfordernissen entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten gewährleistet sind.

(4) Gegen Bescheide des Landeshauptmannes gemäß Abs. 3 ist eine Berufung nicht zulässig.

(5) Nach Abschluß einer Weiterbildung gemäß Abs. 1 ist eine Prüfung abzunehmen. Über die erfolgreich abgelegte Prüfung ist ein Zeugnis auszustellen.

(6) Die erfolgreiche Absolvierung einer Weiterbildung berechtigt zur Führung einer Zusatzbezeichnung gemäß § 12 Abs. 2.

Sonderausbildungen

§ 65. (1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind verpflichtet, eine Sonderausbildung zu absolvieren, sofern sie in einem erweiterten Tätigkeitsbereich gemäß § 17 Abs. 1 tätig werden. Sonderausbildungen haben die zur Ausübung von

1. Spezialaufgaben oder
2. Lehraufgaben oder
3. Führungsaufgaben

erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln.

(2) Darüber hinaus können Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege Sonderausbildungen gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 absolvieren, die für

1. Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste gemäß MTD-Gesetz oder
2. Hebammen gemäß Hebammengesetz

eingerichtet werden.

(3) Sonderausbildungen können im Rahmen eines Dienstverhältnisses absolviert werden.

(4) Sonderausbildungen haben unter der Leitung eines diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegers zu stehen, der zur Ausübung von Lehraufgaben berechtigt ist. Bei Sonderausbildungen gemäß Abs. 1 Z 1 und 3 ist zusätzlich die Berechtigung zur Ausübung von Führungsaufgaben oder der entsprechenden Spezialaufgaben erforderlich.

(5) Die Abhaltung von Sonderausbildungen gemäß Abs. 1 bedarf der Bewilligung des Landeshauptmannes. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen für die Vermittlung der für Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten gewährleistet sind. Gegen diese Bescheide des Landeshauptmannes ist eine Berufung nicht zulässig.

(6) Prüfungen und Praktika, die in Österreich im Rahmen

1. eines Universitäts- oder Fachhochschulstudiums,
2. einer Sonderausbildung gemäß Abs. 1 oder 2,
3. einer Weiterbildung gemäß § 64 oder
4. einer sonstigen höheren Ausbildung

erfolgreich absolviert wurden, sind auf die entsprechenden Prüfungen und Praktika einer Sonderausbildung durch den Leiter der Sonderausbildung insoweit anzurechnen, als sie nach Inhalt und Umfang gleichwertig sind.

(7) Nach Abschluß einer Sonderausbildung gemäß Abs. 1 ist eine kommissionelle Prüfung abzunehmen. Über die erfolgreich abgelegte Prüfung ist ein Diplom auszustellen.

(8) Die erfolgreiche Absolvierung einer Sonderausbildung berechtigt zur Führung einer Zusatzbezeichnung gemäß § 12 Abs. 2.

(9) Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat durch Verordnung festzustellen, daß

1. Hochschullehrgänge gemäß § 18 Allgemeines Hochschul-Studiengesetz, BGBl. Nr. 177/1966, oder
2. Lehrgänge gemäß § 40a leg. cit.

den gemäß Abs. 1 eingerichteten Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben gleichgehalten sind, sofern sie die Vermittlung einer die Erfordernisse des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berücksichtigenden ausreichenden Ausbildung gewährleisten.

Sonderausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege

§ 66. (1) Die Sonderausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege dauert mindestens ein Jahr und umfaßt mindestens 1 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung.

(2) Sie beinhaltet insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Berufsethik und Berufskunde der Kinder- und Jugendlichenpflege
2. Gesundheits- und Krankenpflege von Kindern und Jugendlichen
3. Pflege von Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen
4. Hauskrankenpflege bei Kindern und Jugendlichen
5. Ernährung, Kranken- und Diätkost
6. Spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie, einschließlich komplementärmedizinische Methoden, bei Kindern und Jugendlichen
7. Neonatologie
8. Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene
9. Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining
10. Berufsspezifische Rechtsgrundlagen.

Sonderausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege

§ 67. (1) Die Sonderausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege dauert mindestens ein Jahr und umfaßt mindestens 1 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung.

(2) Sie beinhaltet insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Pflege und Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen
2. Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Entwicklungsstörungen
3. Pflege und Betreuung von Menschen mit organischen und psychischen Störungen im höheren Lebensalter
4. Pflege und Betreuung von geistig abnormen Rechtsbrechern
5. Pflege und Betreuung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen
6. Pflege und Betreuung bei neurologischen Krankheiten
7. Pflege, Betreuung und gezielte Förderung von Menschen mit Intelligenzminderung
8. Übergangspflege, reaktivierende Pflege und nachgehende psychiatrische Betreuung
9. Rehabilitation und Ergotherapie im psychiatrisch-neurologischen Bereich
10. Psychopathologie und psychiatrische Krankheitslehre
11. Neurologische Krankheitslehre
12. Einführung in die Psychologie, einschließlich Entwicklungspsychologie
13. Einführung in die Methoden der Psychotherapie, Supervision und Soziotherapie
14. Gesprächsführung, psychosoziale Betreuung und Angehörigenarbeit
15. Krisenintervention
16. Spezielle rechtliche Grundlagen in der Psychiatrie, insbesondere der Unterbringung und der Sachwalterschaft.

Sonderausbildungen in der Intensivpflege, in der Anästhesiepflege und in der Pflege bei Nierenersatztherapie

§ 68. (1) Die Sonderausbildungen in der

1. Intensivpflege,
2. Anästhesiepflege und
3. Pflege bei Nierenersatztherapie

umfassen eine gemeinsame Basisausbildung und eine darauf aufbauende spezielle Zusatzausbildung.

(2) Die Basisausbildung gemäß Abs. 1 dauert mindestens vier Monate und umfaßt mindestens 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung. Sie beinhaltet insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Pflege und Überwachung von Patienten mit invasiven und nichtinvasiven Methoden
2. Angewandte Hygiene
3. Enterale und parenterale Ernährung
4. Reanimation und Schocktherapie
5. Spezielle Pharmakologie
6. Pathophysiologie und Korrektur von Störungen des Elektrolyt-, Flüssigkeits- und Säure-/Basenhaushalts
7. Biomedizinische Technik und Gerätelehre
8. Kommunikation und Ethik.

(3) Die spezielle Zusatzausbildung in der Intensivpflege dauert mindestens vier Monate und beinhaltet mindestens 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung. Sie beinhaltet neben einer Spezialisierung in den in Abs. 2 angeführten Sachgebieten insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Spezielle Pflege von Patienten im Intensivbereich
2. Grundlagen der Intensivtherapie
3. Anästhesieverfahren.

(4) Die spezielle Zusatzausbildung in der Anästhesiepflege dauert mindestens drei Monate und umfaßt mindestens 400 Stunden theoretische und praktische Ausbildung. Sie beinhaltet neben einer Spezialisierung in den in Abs. 2 angeführten Sachgebieten insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Spezielle Pflege von Patienten im Anästhesiebereich
2. Anästhesieverfahren.

(5) Die spezielle Zusatzausbildung in der Pflege bei Nierenersatztherapie dauert mindestens drei Monate und umfaßt mindestens 400 Stunden theoretische und praktische Ausbildung. Sie beinhaltet neben einer Spezialisierung in den in Abs. 2 angeführten Sachgebieten insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Spezielle Pflege bei Nierenersatztherapie
2. Eliminationsverfahren.

Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich

§ 69. (1) Die Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich dauert mindestens sieben Monate und umfaßt mindestens 1 000 Stunden theoretische und praktische Ausbildung.

(2) Sie beinhaltet insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Spezielle Pflege im Operationsbereich
2. Allgemeine und spezielle chirurgische Gebiete
3. Hygiene und Medizintechnik
4. Planung und Organisation im Operationsbereich
5. Kommunikation.

Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene

§ 70. (1) Die Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene dauert mindestens sechs Monate und umfaßt mindestens 800 Stunden theoretische und praktische Ausbildung.

(2) Sie beinhaltet insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Epidemiologie, Mikrobiologie und Immunologie
2. Pflegerisch-organisatorische und pflegerisch-technische Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen
3. Organisation und Betriebsführung
4. Kommunikation, Angewandte Pädagogik, Gesprächsführung und Konfliktbewältigung
5. Projektmanagement und Qualitätsmanagement in der Krankenhaushygiene
6. Gesetzliche Grundlagen der Krankenhaushygiene.

Sonderausbildung für Lehraufgaben

§ 71. (1) Die Sonderausbildung für Lehraufgaben dauert mindestens ein Jahr und umfaßt mindestens 1 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung.

(2) Sie beinhaltet insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich Pflegeforschung
2. Berufskunde und Ethik
3. Pädagogik, Psychologie und Soziologie
4. Unterrichtslehre und Lehrpraxis
5. Kommunikation, Verhandlungsführung und Konfliktbewältigung
6. Management, Organisationslehre und Statistik
7. Rechtskunde.

Sonderausbildung für Führungsaufgaben

§ 72. (1) Die Sonderausbildung für Führungsaufgaben dauert mindestens ein Jahr und umfaßt mindestens 1 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung.

(2) Sie beinhaltet insbesondere folgende Sachgebiete:

1. Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich Pflegeforschung
2. Berufskunde und Ethik

3. Psychologie, Soziologie und Pädagogik
4. Kommunikation, Verhandlungsführung und Konfliktbewältigung
5. Management, Organisationslehre und Statistik
6. Betriebswirtschaftliche Grundlagen
7. Betriebsführung in Einrichtungen des Gesundheitswesens
8. Rechtskunde und Arbeitnehmerschutz.

Weiterbildungs- und Sonderausbildungsverordnung

§ 73. Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat durch Verordnung nähere Vorschriften insbesondere über

1. den Lehrplan und die Abhaltung der Weiter- und Sonderausbildungen unter Bedachtnahme auf einen geordneten und zweckmäßigen Ausbildungsbetrieb,
2. die Durchführung der Prüfungen, die Prüfungskommission, die Wertung des Prüfungsergebnisses und über die Voraussetzungen, unter denen eine Prüfung wiederholt werden kann, und
3. die Form und den Inhalt der auszustellenden Zeugnisse und Diplome

zu erlassen.

6. Abschnitt

Spezielle Grundausbildungen

§ 74. (1) Die Ausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege können auch im Rahmen einer speziellen Grundausbildung absolviert werden.

(2) Eine spezielle Grundausbildung gemäß Abs. 1 dauert drei Jahre und umfaßt mindestens 4 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung, wobei mindestens die Hälfte auf die praktische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die theoretische Ausbildung zu entfallen hat.

Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege

§ 75. (1) Die spezielle Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege erfolgt an Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege.

(2) Hinsichtlich der Errichtung und Organisation der Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege, der Aufnahme in und des Ausschlusses aus der Schule sowie der Prüfungen gelten die §§ 49 bis 56 und 58 bis 60.

§ 76. (1) Die Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege beinhaltet neben den in § 42 insbesondere die in § 66 Abs. 2 angeführten Sachgebiete.

(2) Hinsichtlich der praktischen Ausbildung gilt § 43 mit der Maßgabe, daß auch Tätigkeiten gemäß § 18 unter Anleitung und Aufsicht der Lehr- und Fachkräfte durchgeführt werden dürfen.

§ 77. Personen, die die Diplomprüfung mit Erfolg abgelegt haben, ist ein Diplom, in dem die Berufsbezeichnung „Diplomierte Kinderkrankenschwester"/„Diplomierter Kinderkrankenpfleger" anzuführen ist, auszustellen.

Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege

§ 78. (1) Die spezielle Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt an Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.

(2) Hinsichtlich der Errichtung und Organisation der Schulen für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, der Aufnahme in und des Ausschlusses aus der Schule sowie der Prüfungen gelten die §§ 49 bis 56 und 58 bis 60.

(3) Personen, die sich um die Aufnahme in eine Schule für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege bewerben, haben zusätzlich zu den in § 54 Abs. 1 genannten Voraussetzungen ein Lebensalter von mindestens 18 Jahren nachzuweisen.

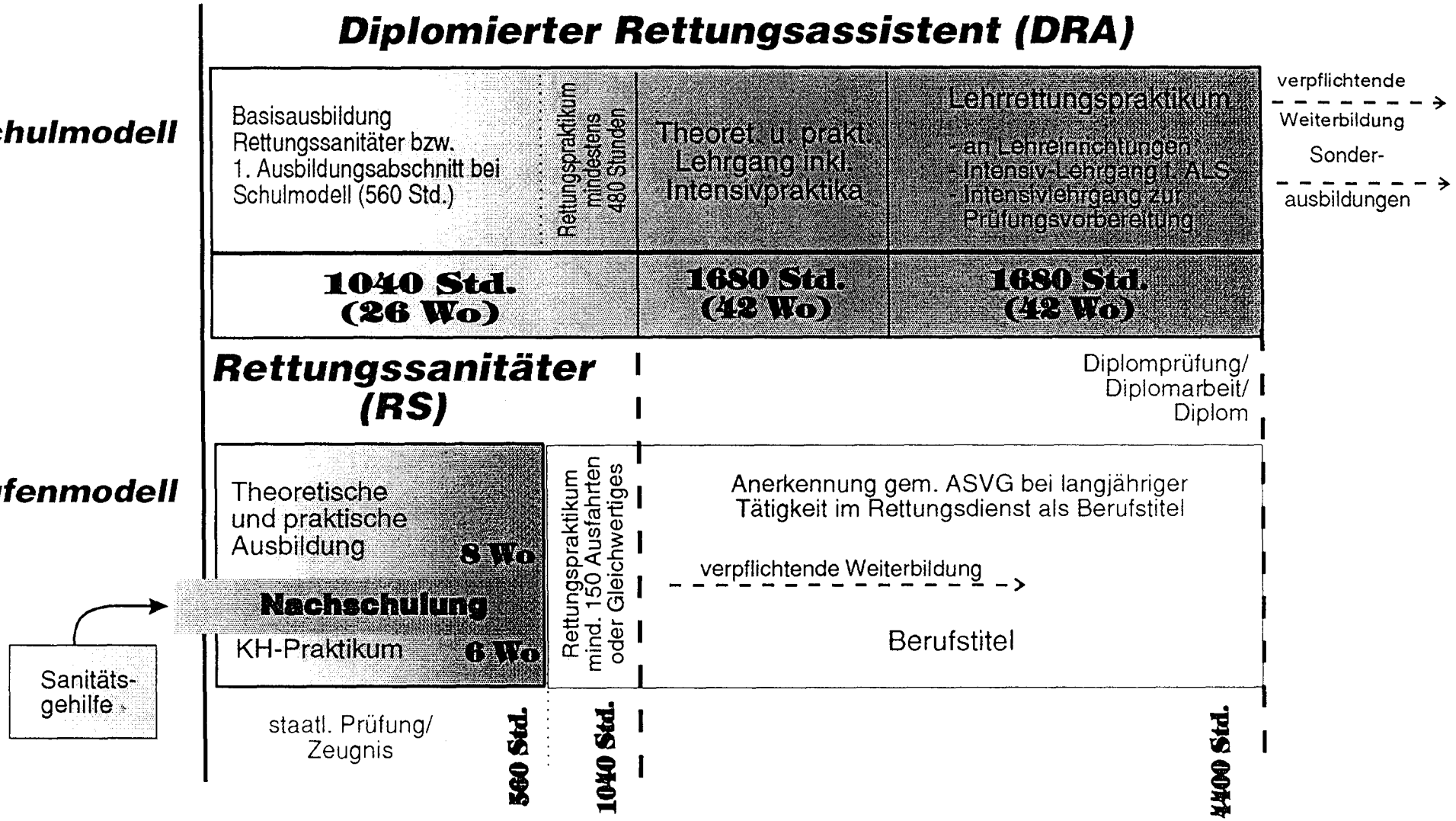
§ 79. (1) Die Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltet neben den in § 42 insbesondere die in § 67 Abs. 2 angeführten Sachgebiete.

(2) Hinsichtlich der praktischen Ausbildung gilt § 43 mit der Maßgabe, daß auch Tätigkeiten gemäß § 19 unter Anleitung und Aufsicht der Lehr- und Fachkräfte durchgeführt werden dürfen.

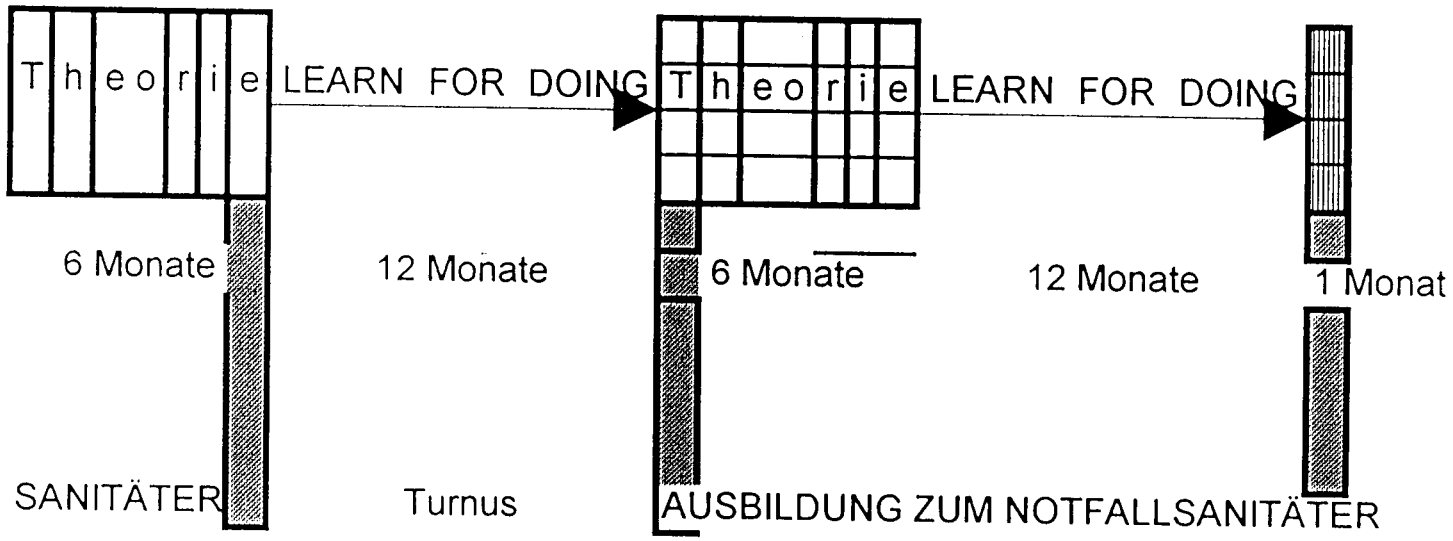
§ 80. Personen, die die Diplomprüfung mit Erfolg abgelegt haben, ist ein Diplom, in dem die Berufsbezeichnung „Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester"/„Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger" anzuführen ist, auszustellen.

www.parlament.gv.at

Ausbildungsmodell Sanitätsfachkraft



© 1993 Österreichische Akademie für Gesundheitswesen



Rettungssanitäter

www.parlament.gv.at

12/SN-297/ME XX. GP - Stellungnahme (gescanntes Original)

„Viribus unitis" - Mit vereinten Kräften für ein Berufsbild des RD-Personals in Österreich

C. Müller, W. Ilias, S. Huber

Internationale und europäische Standards und Normen, die Europäischen Integrationsbestrebungen, die Bestrebungen zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Wunsch nach einem integrierten modularen Ausbildungssystem für alle Gesundheits- und Sozialberufe haben zu einer Neuordnung und Umstrukturierung vieler Lebens-, Arbeits- und Ausbildungsbereiche geführt. Die technischen und zivilisatorischen Entwicklungen haben eine steigende Zahl von medizinischen Notfallsituationen und ein breites Spektrum von Unfallursachen am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr, im Haushalt und in der Freizeit mit sich gebracht. Jährlich sterben in Österreich, abgesehen von anderen Ursachen, allein 4.000 Menschen durch Unfälle und 11.000 bis 14.000 Menschen an plötzlichem Herztod. Rasche und qualifizierte Hilfe würde wesentlich dazu beitragen, daß ca. 520 bis 1.000 Unfallopfer und 1.600 bis 2.100 Opfer von plötzlichem Herzstillstand gerettet werden könnten. Durch die bedeutenden Fortschritte und Entwicklungen auf dem Gebiet der Notfallmedizin und der Reanimation sind für die notfallmedizinische Primärversorgung durch den Rettungs- und Krankentransportdienst die Voraussetzungen für eine oft lebensrettende und wirksame Hilfeleistung geschaffen worden.

Status quo im österreichischen RD

Folgende Umstände haben die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen (Ö.A.G.W.) bewogen, sich näher mit dem Rettungswesen, insbesondere der Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals, zu beschäftigen:

- Im Gegensatz zu den Ausbildungskonzepten anderer nicht ärztlicher Gesundheitsberufe ist jenes des hauptamtlich tätigen Sanitätsgehilfen äußerst unzureichend: mit *nur 135 Stunden Ausbildung* (Abschluß: Sanitätsgehilfenprüfung), zu der er zwei Jahre während der „Berufstätigkeit" Zeit hat, soll der Sanitätsgehilfe laut derzeit gültigem Gesetz eine adäquate Hilfe für den Notarzt und ausreichend ausgebildet für den Einsatz allein im Rettungswagen sein.
- Die *Ausbildung des derzeit freiwillig tätigen Personals* liegt im Durchschnitt zwischen *70 und 80 Stunden*, die durchschnittliche Anzahl der Dienste pro Monat beträgt 3 Dienste. Dieses Personal versieht den Dienst ebenso wie die Hauptamtlichen, jedoch mit wesentlich weniger Ausbildung und vor allem mit weniger Praxis.
- Dies bedeutet, daß oft nur unzureichend ausgebildetes Personal zum Einsatz kommt.
- Der derzeitige soziale Status eines hauptamtlich im Sanitätsdienst Tätigen ist der eines Hilfsarbeiters: es gibt noch kein Berufsbild nach dem ASVG, nach welchem der im Sanitätsdienst Tätige z.B. Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitspension hätte.
- Dementsprechend gering ist das Interesse an der Ausübung eines solchen „Berufes" und vor allem die Motivation des derzeit tätigen Personals.
- Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern ist die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals in Österreich inadäquat: sie ist nicht den Standards des European Council's und der World Health Organization (WHO) angepaßt; sogar „ehemalige Ostblockstaaten" wie z.B. Ungarn weisen eine dreijährige Basisausbildung im Bereich des nichtärztlichen Sanitätspersonals auf, zudem gibt es die Möglichkeit zu einem anschließenden Hochschulstudium im Rettungswesen.
- Es ist bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht überall gelungen, die Anfahrtszeiten entsprechend den internationalen Standards auf 15 Minuten und darunter zu verkürzen: es gibt zu lange Anfahrtszeiten (durchschnittlich 25 bis 30 Minuten), obwohl alle Trägerorganisationen danach trachten, die 15-Minuten-Grenze zu erreichen. Selbst diese 15 Minuten sind im internationalen Vergleich ein Wert, der unbedingt auf 5 Minuten herabgesetzt werden müßte, um dem Patienten z.B. bei plötzlichem Herzstillstand möglichst effizient helfen zu können.
- Derzeit werden von den Versicherungsträgern enorme Summen für lange Krankenhausaufenthalte und Krankenstände, Rehabilitation, Berufsunfähigkeitspensionen etc. ausgegeben. Dieser Umstand könnte gemildert werden, wäre rasch adäquate, qualifizierte Hilfe an Ort und Stelle, um - zum Teil irreversible - Folgeschäden zu verhindern und somit zur finanziellen Entlastung der Versicherungsträger beizutragen.

RD-Ausbildung in der Diskussion

Ergebnisse der Berufsfeldstudie

In Kenntnis der genannten Mißstände hat die Ö.A.G.W. eine österreichweite Berufsfeldstudie bei den freiwilligen und hauptamtlichen Mitarbeitern der Rettungsorganisationen durchfüh-

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Christian D. Müller, Präsident und wissenschaftlicher Leiter der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen, Kollmayergasse 14/8, A-1120 Wien

www.parlament.gv.at

ren lassen, bei welcher die Befragten auch ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen kundtun konnten. Es zeigte sich, daß das nichtärztliche Personal zwar sehr motiviert ist, jedoch eklatante Unterschiede in der Ausbildung, der praktischen Tätigkeit sowie der Homogenität der Notfallversorgung in Österreich bestehen. Diese Situation wurde selbst von den Betroffenen erkannt. So sprechen sich 96% der Befragten für einheitliche Lehrinhalte, 95% für einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien, 95% für mehr Praxis als bisher, 91% für einheitliche Aufnahmebedingungen, 89% für die Einführung eines Eignungstestes vor der Ausbildung, 88% für besser qualifizierte Vortragende, 88% für mehr Stunden als bisher, 86% der Hauptamtlichen und 76% der Freiwilligen für die Einführung eines Fort- und Weiterbildungspasses und 62% für andere Inhalte als bisher aus.

Gefordertes Ausbildungsziel

Insbesondere aus dem Umstand heraus, daß Österreich Mitglied im EWR ist und positiv über den EU-Beitritt abgestimmt hat, ist es um so dringlicher, ein Ausbildungskonzept zu verwirklichen, das allen Anforderungen des European Council's gerecht wird, das die Wünsche und Forderungen des nichtärztlichen San spersonals selbst berücksichtigt und zum Wohl des Patienten gestaltet ist. Gefordert wird:

- eine *dreijährige Ausbildung mit entsprechenden Lehrinhalten und vor allem ausreichenden Praktika,* die ein sicheres Handeln in jeder Situation und eine begleitende Qualitätssicherung gewährleisten
- eine Ausbildung, die das Rettungspersonal in die Lage versetzt, Verunfallte und akut erkrankte Personen am Leben zu erhalten und deren *sicheren Transport, das heißt den Transport mit entsprechender notfallmedizinischer Primärversorgung des Patienten, in das Zielkrankenhaus durchzuführen*
- eine Ausbildung, die das Personal in die Lage versetzt, auch *eigenständig,* d.h. z.B. wenn kein Notarzt verfügbar ist oder dieser erst später am Ort des Geschehens eintrifft, *Maßnahmen zu treffen, die das Leben des Patienten retten bzw. erhalten* (wie z.B. Defibrillieren etc.)
- eine Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten, die jener des diplomierten Krankenpflegepersonals entspricht, *um die besonderen Kenntnisse der präklinischen Notfallmedizin erweitert und insbesondere auf die praktischen Erfordernisse ausgerichtet ist*
- eine *Ausbildung im Modulsystem,* die dem nichtärztlichen Sanitätspersonal auch die Möglichkeit bietet, auf andere Gesundheitsberufe umzusteigen; dies ist insbesondere von Vorteil, da z.B. Personal, welches infolge seiner Tätigkeit unter berufsbedingten Erkrankungen (z.B. Wirbelsäulenschäden) leidet, in Ambulanzen von Aufnahmestationen o.ä. eingesetzt werden kann. So könnte eine Entlastung des Pflegepersonals erreicht werden. Umgekehrt soll selbstverständlich auch dem diplomierten Krankenpflegepersonal der Zugang zum Berufsbild der Sanitätsfachkraft offenstehen (z.B. Intensiv-Schwester/-Pfleger)
- eine Ausbildung, *die den Freiwilligen weiterhin die Möglichkeit bietet, aktiv im Rettungsdienst tätig zu sein* und eine den internationalen Standards entsprechende Ausbildung zu erhalten
- ein eigenes Berufsbild für die Personengruppe des hauptamtlich tätigen Sanitätspersonals, das sie mit den anderen Gesundheitsberufen gleichstellt: *Anerkennung der Tätigkeit als Beruf nach dem ASVG und damit verbundener Berufsschutz.*

Deshalb hat die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen (Ö.A.G.W.) mit Unterstützung der AUVA und des Jubiläumsfonds der OeNB und in Zusammenarbeit mit der ÖÄK und der WÄK, dem Bundesheer, dem Allgemeinen Krankenhaus Wien, AKH (Universitätskliniken), dem ÖGB/HTV, der BWK, der AK sowie vielen anderen nationalen und internationalen Experten, Institutionen, Ministerien und Organisationen aufgrund einer umfassenden IST-Zustandserhebung, eines internationalen Systemvergleiches sowie einer österreichweiten Berufsfeldstudie die Anforderungen und Voraussetzungen an das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst, die Sanitätsfachkraft (SFK), neu definiert und ein europareifes, integriertes Ausbildungsmodell und ein Berufsbild für die Sanitätsfachkräfte (Emergency Medical Assistant) entsprechend den Zielsetzungen der WHO und des European Council's entwickelt. Das Ausbildungskonzept zur Sanitätsfachkraft, d.h. dem nichtärztlichen Rettungsdienstfachpersonal, das für die Erfüllung der vielfältigen rettungsdienstlichen Aufgaben und notfallmedizinischen, rettungstechnischen, einsatztaktischen, sozialen und pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der präklinischen Notfallversorgung ausgebildet werden soll, beinhaltet die Ausbildung zum *Rettungssanitäter (RS)* und zum *Diplomierten Rettungsassistenten (DRA)* sowie diverse Zu-satzqualifikationen. Die Basisstufe stellt der Rettungssanitäter (RS) als Hilfspersonal der DRA und Notärzte mit primärer Aufgabe zur pflegerischen und sozialen Betreuung der Patienten dar.

Die Ausbildung zum DRA, einer qualifizierten, medizinischen Assistenzfachkraft, die zur Durchführung assistierender lebensrettender Maßnahmen (ALS) befähigt sein soll, ist dreijährig und wurde auf der Grundlage internationaler Erfahrungen und europäischer Vorstellungen hinsichtlich des 'Emergency Medical Assistant' in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Experten und Institutionen des Notfall- und Rettungswesens entwickelt. Die Sanitätsfachkraft, insbesondere der Diplomierte Rettungsassistent (= Emergency Medical Assistant) im Bereich der präklinischen Notfallmedizin ist das Pendant zur diplomierten Krankenpflegekraft im Krankenhausbereich. Hierbei muß die Sanitätsfachkraft mit dem Management der Notfallsituationen unter erschwerten Bedingungen am Notfallort vertraut sein, sie kann nicht auf die schützende Hand der Klinik und die damit verbundene permanente Erreichbarkeit der ärztlichen Hilfe zurückgreifen. Dementsprechend muß die Ausbildung und das Tätigkeitsspektrum des DRA auch diesen Anforderungen angepaßt und der DRA in der Lage sein, bis zum Eintreffen qualifizierterer Hilfe durch den Notarzt oder bis zum Eintreffen im Krankenhaus die geeigneten „Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen" zu setzen. Die Ausbildung zur Sanitätsfachkraft sollte grundsätzlich sowohl dem hauptamtlichen als auch dem freiwilligen Personal offen stehen, wobei jedoch von allen die gleichen Voraussetzungen erfüllt werden müssen.

Nach diesem Modell kann die Ausbildung auf folgenden Wegen absolviert werden:

Nach dem Stufenmodell:

Hier absolviert der Interessierte zuerst die im Modulsystem gegliederte 560 stündige *Ausbildung zum Rettungssanitäter.* Voraussetzung ist das vollendete 18. Lebensjahr und eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter kann selbstverständlich auch von Freiwilligen im Rahmen von Abendkursen, Wochenendseminaren oder Blockveranstaltungen absolviert werden.

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter umfaßt 320 Stunden Theorie und 240 Stunden Krankenhauspraktikum. Zuzüglich müssen 150 Ausfahrten nachgewiesen werden. Ist dies nicht möglich, so sind 12 Wochen praktische Tätigkeit unter Aufsicht und Anleitung einer Lehrperson zu absolvieren, davon bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen 6 Wochen als Pflegepraktikum. Die Ausbildung schließt mit der staatlichen Abschlußprüfung zum Rettungssanitäter ab. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter stellt zugleich den ersten Ausbildungsabschnitt der Ausbildung zum DRA dar.

Besteht während der Tätigkeit als Rettungssanitäter der Wunsch zur Weiterbildung, so kann im Stufenmodell nach einer mindestens einjährigen Vollzeittätigkeit bzw. dreijährigen Teilzeitbeschäftigung die *Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten* absolviert werden. Sie umfaßt im zweiten Ausbildungsabschnitt 1.120 Stunden theoretisch-praktische Ausbildung sowie ein 560 stündiges Intensivpraktikum. Im dritten Ausbildungsabschnitt ist ein 1.680 stündiges Lehrrettungspraktikum zu absolvieren. Dieses Lehrrettungspraktikum enthält ein sechswöchiges Intensivpraktikum zur Prüfungsvorbereitung und einen vierwöchigen Intensivlehrgang für „Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen". Nach Verfassen einer Diplomarbeit kann die kommissionelle Abschlußprüfung zum Diplomierten Rettungsassistenten abgelegt werden.

Nach dem Schulmodell:

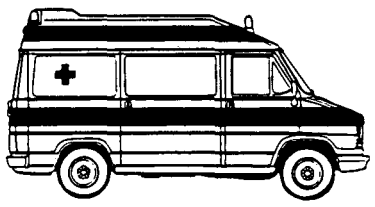
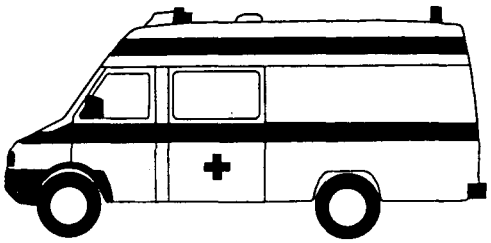
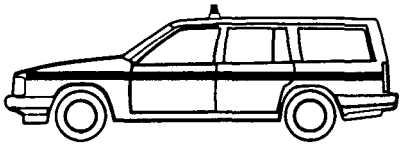
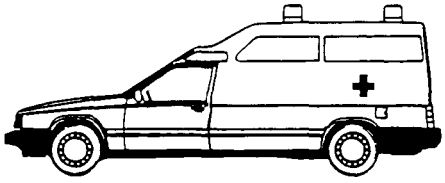
Die gleiche Ausbildung zur Sanitätsfachkraft kann nach der vollendeten 10. Schulstufe im *Schulmodell* absolviert werden.

Ausbildungs- / Kompetenzunterschiede

Die derzeit geltende Fassung des Ärztegesetzes besagt im § 22 Abs. 1, daß sich der Arzt zur Ausübung seiner Tätigkeiten *„Hilfspersonen bedienen kann, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln"*. Unter dieses sog. Hilfspersonal fällt u.a. das diplomierte Krankenpflegepersonal, dessen Ausbildung und Kompetenzen im Krankenpflegegesetz geregelt sind. Die legistische Situation, die das nichtärztliche Sanitätspersonal betrifft, wird ebenfalls im Krankenpflegegesetz geregelt. Es gibt jedoch sehr starke qualitative Unterschiede in der Ausbildung des „Hilfspersonals". Während das Krankenpflegepersonal eine dreijährige Ausbildung im Ausmaß von ca. 4.500 Stunden genießt, beträgt die Ausbildungsdauer des nichtärztlichen Sanitätspersonals nur 135 Stunden.

Vom nichtärztlichen Sanitätspersonal im RD wird eine annähernd gleiche Leistung erwartet wie vom diplomierten Krankenpflegepersonal, jedoch unter oft äußerst mißlichen Umständen. Durch den Ausbau des Notarztsystems beginnt die Therapie des Notfallpatienten bereits am Notfallort, wodurch vom nichtärztlichen Sanitätspersonal Tätigkeiten zu leisten

Ihr Spezialist für Ambulanzfahrzeuge

DC SPEZIALFAHRZEUGE GmbH
Dorothee Chorus
Pregelstraße 15
53127 Bonn
Telefon 0228/285033
Fax 0228/285038

	Dipl. Krankenpflegepersonal	Dipl. Rettungsassistent (DRA)
Ausbildungdauer:	3 Jahre	3 Jahre
Abschluß:	komm. Diplomprüfung	komm. Diplomprüfung
Ausbildung:	Absolvierung von Praktika im Krankenhaus begleitend zur theoretischen Ausbildung; schriftliche Klausurarbeit **Allgemeine Krankenpflege:** Theoriestunden insgesamt: 1.840 Std. 2. Jahrg.: 830 Std., 3. Jahrg.: 600 Std., 4. Jahrg.: 410 Std. Praktikumsstunden insgesamt: 2.800 Std. 2. Jahrg.: 600 Std., 3. + 4. Jahrg.: 2.200 Std. **Ausbildungsstunden gesamt: 4.640 Std.** **Kinderkranken- und Säuglingspflege:** Theoriestunden insgesamt: 1.850 Std. 2. Jahrg.: 830 Std., 3. Jahrg.: 600 Std., 4. Jahrg.: 420 Std. Praktikumsstunden insgesamt: 2.800 Std. 2. Jahrg. (Allg. Kr.pfl.): 600 Std., 3. + 4. Jahrg.: 2.200 Std. **Ausbildungsstunden gesamt: 4.650 Std.** **Psychiatrische Krankenpflege:** Theoriestunden insgesamt: 1.850 Std. 1. Ausbildungsjahr: 825 Std., 2. Ausbildungsjahr: 555 Std., 3. Ausbildungsjahr: 470 Std. Praktikumsstunden insgesamt: Psychiatrisches Praktikum gem. § 8 (1) 2. KrpflVO im 2. - 4. Ausbildungsjahr: mind. 2.600 Std. Weiteres Praktikum: 750 Std. **Gesamtstundenumfang mind. 5.200 Std.** Weiterbildungsmöglichkeit zur Lehrschwester	Verfassen einer Diplomarbeit; Absolvierung von Praktika auf verschiedenen Stationen/Abteilungen/Ambulanz im Krankenhaus; eigenes Praktikumsjahr (III. Ausbildungsabschnitt) **1. Ausbildungs-Abschnitt = Rettungssanitäter** Theorie: 320 Std. KH-Praktikum: 240 Std. Rettungspraktikum: 480 Std. 1. Ausbildungs-Abschnitt gesamt: 1.040 Std. **2. Ausbildungs-Abschnitt = Intensivlehrgang** Theorie: 1.120 Std. Intensivpraktikum: 560 Std. 2. Ausbildung-Abschnitt gesamt: 1.680 Std. **3. Ausbildungs-Abschnitt: Lehrrettungspraktikum** inkl. Intensivlehrgang zur Prüfungsvorbereitung sowie für Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen - ALS: 1.680 Std. **Ausbildungsdauer gesamt: 4.400 Std.** Weiters gibt es die Möglichkeit, nach der Ausbildung zum Dipl. Rettungsassistenten unter Einhaltung bestimmter Kriterien (z.B. Dauer der Berufsausübung etc.) Sonderausbildungen im Bereich des Notfall- und Rettungswesens zu absolvieren, die den DRA für bestimmte Tätigkeiten spezialisieren, z.B.: Dipl. Lehrrettungsassistent, Dipl. Arbeitsmedizinischer Assistent, Dipl. Flugrettungs- und Rettungstransporthubschrauberassistent etc.
Kompetenzen	Tätigkeitsfeld vorwiegend stationär; weitgehend selbständiges Handeln im Sinne des KrpflG mit gesetzlich definiertem Aufgabengebiet; untersteht der Sr. Oberin in pflegerischen und dem Arzt in medizinischen Belangen. Geplant ist eine Erweiterung des Kompetenzbereiches: z.B. bei Verabreichung von Infusionen, Durchführung von Injektionen i.v., Blutabnahme aus der Vene, Defibrillation, Injektion und Applikation von Medikamenten etc. Spezialausbildungen müssen zusätzlich zur Diplomprüfung absolviert werden.	Tätigkeitsfeld am Einsatzort; untersteht dem Leitenden Notarzt des Dispatch-Centres. **Rettungssanitäter:** hat ausschließlich „soziale" Kompetenzen wie z.B. psycholog. Betreuung des Patienten und der Angehörigen, Inbetriebnahme und Lenken von Sanitätskraftwagen, Erkennen von sozialer Bedürftigkeit und Einleiten von Sozialmaßnahmen, Durchführung einfacher Pflegemaßnahmen. Ist eine Hilfskraft des Notarztes und des Diplomierten Rettungsassistenten (vergleichbar mit früherem SHD im Krankenhaus). **Dipl. Rettungsassistent:** ist eine medizinische Assistenzfachkraft, die die qualifizierte Durchführung assistierender lebenserhaltender bzw. lebensrettender Sofortmaßnahmen (ALS) bei Notfallpatienten durchführt: z.B. Überprüfen, Wiederherstellen und Aufrechterhalten der Vitalfunktionen inkl. defibrillieren und intubieren (falls kein Notarzt anwesend ist und insbesondere nach Rücksprache mit dem Leitenden Notarzt des Dispatch-Centres); Herstellung der Transportfähigkeit, sachgerechte Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfebedürftiger Personen am Unfallort wie auch während des Transportes zum KH und in der Erstaufnahme (Näheres entnehmen Sie bitte der Studie der Ö.A.G.W.).
Umstiegsmöglichkeiten		Durch die Anhebung der Qualität der Ausbildung ist gewährleistet, daß im Sinne eines *integrierten Ausbildungssystems für Gesundheitsberufe* der Umstieg z.B. in den Beruf der Krankenpflegefachkraft gewährleistet ist, sofern die dafür erforderlichen Ergänzungsprüfungen bzw. Ergänzungspraktika absolviert und die betreffenden Prüfungen abgelegt wurden. Durch die Fächeraufteilung im Curriculum des DRA entsprechend den Curricula anderer Gesundheitsberufe steht allen anderen Gesundheitsberufen der Umstieg zum Dipl. Rettungsassistenten offen.
Qualitätssicherung	Untersteht in medizinischen Belangen dem Arzt, in pflegerischen der Pflegedienstleitung. Dokumentationspflicht, Fort- und Weiterbildung etc.	Verpflichtende Fort- und Weiterbildung; Berufsberechtigungspaß; laufende Kontrolle der med., rettungstechnischen und einsatztaktischen Maßnahmen durch Supervisor (= DRA mit Sonderausbildung und langjähriger Berufserfahrung; kein Psychologe!!!); Lizensierung (Berufsanerkennung) alle zwei Jahre; Einhaltung von Standards; laufende Qualitätsbeurteilung durch die Auswertung der Einsatzprotokolle (z.B. bei Intubationen). Die DRA handeln nach medizinischen Dienstanweisungen (Standing orders, welche gesetzlich festzulegen sind); Dokumentationspflicht (Einsatzprotokolle) etc.
Berufsbild	gemäß ASVG festgelegt	Derzeit hat das Sanitätspersonal den ASVG-Status eines „Hilfsarbeiters" und daher keinerlei soziale Absicherung, z.B. bei „berufsbedingter" Arbeitsunfähigkeit; geplant ist bei adäquater Ausbildung (3jährig) die Anerkennung als Beruf der „Sanitätsfachkraft" und damit verbunden die Absicherung gemäß ASVG.

Tabelle 1

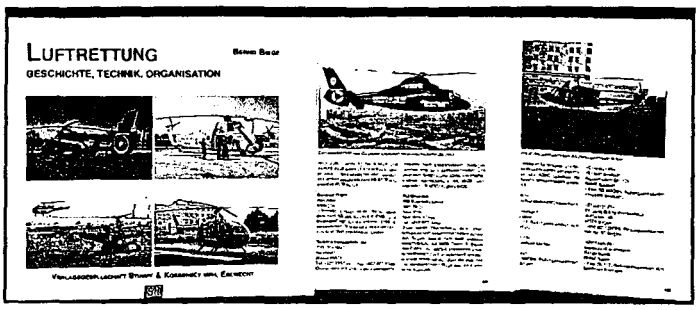
www.parlament

sind, die die derzeitige Rechtslage nicht einmal dem diplomierten Krankenpflegepersonal erlaubt. Angesichts des gestiegenen Anforderungsprofies hat sich deshalb die Notwendigkeit ergeben, die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals neu zu definieren. Daraus ergab sich eine bedeutende Erweiterung des zeitlichen Ausbildungsrahmens auf drei Jahre und eine drastische qualitative Anhebung des Lehrzielkataloges. Die dargestellte Gegenüberstellung zur Ausbildung des diplomierten Krankenpflegepersonals soll diese qualitative Besserstellung in Richtung der als vorzüglich ausgebildet geltenden Spitzenkräfte des nichtärztlichen Personals verdeutlichen. Eine Gleichstellung von zeitlich und qualitativ schlechter ausgebildeten, nichtärztlichen Sanitätskräften - hier steht beispielsweise eine maximale Ausbildungszeit von 500 bzw. 1.000 Stunden zur Diskussion - wäre unter den gegebenen Anforderungen und unter der derzeitig durchgeführten Diskussion um die Novellierung des Krankenpflegegesetzes ebenso unverständlich wie nicht verantwortbar.

In Tabelle 1 wird die derzeitige legistische Situation des Krankenpflegepersonals hinsichtlich Ausbildung, Kompetenzen, Umstiegsmöglichkeiten, Qualitätssicherung und Berufsbild dem Diplomierten Rettungsassistenten gegenübergestellt.

Künftig sollte jedes Einsatzmittel mit zumindest einem dieser hochqualifizierten Sanitätsfachkräfte, dem DRA, besetzt sein. Es liegt in der Natur der Notarzteinsätze, daß aufgrund der emotionell untermauerten Anforderung durch Laien aber auch teilgebildetes Personal (Polizei, Feuerwehr) der NAW international gesehen zu etwa einem Drittel zu unrecht angefordert wird. Es kann aber nicht von der Annahme ausgegangen werden, daß deshalb nur ein Drittel der Einsätze durch Rettungsfahrzeuge abgedeckt werden kann, da der Nachweis der begründeten oder unbegründeten Anforderung eines NAW sich erst durch die notärztliche Beurteilung am Einsatzort selbst herausstellt. Der KTW ist für den Krankentransport konzipiert. In jedem Fall ist nach dem derzeitigen Standard der NAW, aber auch der RTW, mit speziell geschulten, hochqualifizierten nichtärztlichen Personen zu besetzen. Dabei ist zumindest ein Ausbildungsumfang zu fordern, wie er für das diplomierte Krankenpflegepersonal vorgeschrieben ist. Hierbei muß die besondere fachliche Eignung und Qualifikation und die damit untrennbar in Verbindung stehende hochqualifizierte Ausbildung für den notärztlichen Einsatz gewährleistet sein, wie sie üblicherweise von speziell ausgebildetem Krankenpflegepersonal in Schockräumen, Notfallaufnahmen, kardiologischen Einheiten u.ä. gefordert wird. Sie muß somit eine Spezialausbildung darstellen. Genau diese Voraussetzungen waren, wie die Ergebnisse der Forschungsstudie der Ö.A.G.W. zeigen, bei der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen und Personen nicht gegeben. Die derzeitige Situation, daß das Notarztsystem und die Krankenbeförderung mehrheitlich von freiwilligen Helfern aufrecht erhalten wird, die aus natürlichen Gründen eine Ausbildung in vollem zeitlichen Umfang nicht erfüllen können, darf nicht Anlaß sein, die geforderte Spezialausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten von vornherein abzulehnen.

Jede angestrebte, kürzere und dadurch qualitativ niedriger stehende Ausbildung bedeutet somit, daß die von der Ö.A.G.W. in Zusammenarbeit mit der ÖÄK und der WÄK, dem Allgemeinen Krankenhaus Wien, AKH (Universitätskliniken), den Sozi-



Luftrettung

Geschichte - Technik - Organisation

von Bernd Biege

ISBN 3-923 124-51-1 S&K-Verlag 1994

Aus dem Inhalt:

- **Technische Daten aller Hubschraubertypen im Rettungsdienst**
- **Luftrettungssysteme weltweit**
- **Funktionsweise von Hubschraubern**
- **Geschichte der Luftrettung**
- **internationale Adressen mit Telefon und Fax**
- **Bestandsaufnahme Land für Land**

Bestellnummer 954

DM 68,50

Nutzen Sie unseren telefonischen Bestellservice zum Nulltarif:

Wählen Sie 0 130 / 83 01 05

Bitte Kundennummer bereithalten!

Stumpf & Kossendey
Fachverlag für Notfallmedizin
SK
Postfach 13 61
D-26183 Edewecht

RETTUNGSDIENST

www.parlament.gv.at

alpartnern, dem Bundesministerium für Landesverteidigung/ Heeressanitätsdirektion, nationalen und internationalen Experten des Notfall- und Katastrophenwesens etc. geforderten Kompetenzen des DRA nicht erreicht werden können und im Interesse der Patienten auch nicht erteilt werden dürfen.

Dabei darf jedoch nicht außer acht gelassen werden, daß eine bloße Erhöhung der Unterrichtsstunden, die sich weitgehend auf eine Anrechnung von „Dienstzeiten" stützt und dabei hinsichtlich der Lehrinhalte, der Art der Wissensvermittlung und der angeleiteten praktischen Erlernung der Tätigkeiten keine Änderung bzw. Adaptierung an internationale Standards erfährt, nicht von Nutzen sein kann und darf. Es wäre ein Fehler, Bestrebungen nachzugeben, die aufgrund wirtschaftlicher Überlegungen den derzeitigen Forderungen der Qualitätssicherung nicht genügen. Diese Forderungen können nur bei Gewährleistung der Struktur- und Prozeßqualität erfüllt werden. Das Nachgeben in diesem Punkt würde eine Unterlaufung der Prozeßqualität bedeuten, deren Voraussetzung nur bei adäquater Ausbildung der agierenden Personen gegeben ist.

Eine einjährige Ausbildung, die eventuell sogar als „Berufstitel" im ASVG erwähnt würde, gewährleistet nicht den Berufsschutz, wie er für Personen in einem vom ASVG anerkannten Beruf vorgesehen ist. Das nichtärztliche Rettungspersonal ist aufgrund der internationalen Erkenntnisse und Erfahrungen dem diplomierten Krankenpflegepersonal gleichzusetzen. Es muß daher eine adäquate und der Ausbildung des diplomierten Krankenpflegepersonals vergleichbare bzw. ebenbürtige Ausbildung sowie eine laufende Qualitätssicherung gefordert und gewährleistet werden.

Das diplomierte Krankenpflegepersonal hat nach jahrelangen, heftig diskutierten Verhandlungen nunmehr jene Kompetenzen erlangt, die für eine optimale und zeitgemäße Versorgung des Patienten notwendig sind. Es ist dabei für das diplomierte Krankenpflegepersonal jedoch unumgänglich, eine erweiterte Spezialausbildung für die Ausübung der neu erhaltenen Kompetenzen zu absolvieren. Dadurch beträgt die Ausbildung des diplomierten Krankenpflegepersonals inkl. der Ausbildung zu den nun erweiterten Kompetenzen zukünftig fünf Jahre.

Es sollte daher erklärtes Ziel der Ärzte, des diplomierten Krankenpflegepersonals sowie aller anderen qualifizierten und anerkannten Gesundheitsberufe sein, auch für den neuen Gesundheitsberuf des Diplomierten Rettungsassistenten (dreijährige Ausbildung auf dem Level eines EMA bzw. EMT-P) die gleichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu fordern. Jegliche gesetzliche Kompetenzabgrenzung oder Tätigkeitsbeschränkung der etablierten Gesundheitsberufe wäre Blasphemie, wenn ein sog. „neuer Gesundheitsberuf", der

VERSANDHANDEL – Alfons Huber

Ausrüster für Sanitätsdienst, Rettungsdienst und Flugrettung

Amselweg 4 • 84152 Mengkofen • Tel. 0 87 33 / 83 01 • Fax 0 87 33 / 83 72

WIR BIETEN IHNEN AUS UNSERER PREISLISTE 93 FOLGENDES AN:

REFLEXITE-BAND
50 mm breit rot — pro Meter **DM 10,50**
50 mm breit weiß — pro Meter **DM 10,50**

RÜCKENAUFNÄHER aus REFLEXITE
42 x 8 cm verschiedene Schriftzüge z.B. »Rettungsdienst«, »Notarzt«, »Malteser«, Johanniter« **DM 21,00**

KLETTBÄNDER und VLIES
zum Befestigen der Rückenaufnäher **DM 7,00**

BW-FLIEGERKOMBI
Farben orange o. grau mit 7 Taschen u. 14 Reißverschlüssen
Gr. 46 - 52 **DM 106,00**
Gr. 54 - 60 **DM 109,00**

BW-FLIEGERKOMBI
wie oben, jedoch mit Reflexite-Streifen an Armen und Beinen
Gr. 48 - 52 **DM 132,00**
Gr. 54 - 60 **DM 144,00**

HOSE - weiß
mit 2 Oberschenkeltaschen, Standardform, 100% Baumwolle, sehr pflegeleicht
Gr. 44 - 54 **DM 52,00**
Gr. 56 - 60, 88 - 102 **DM 56,00**

HOSE - rot
Gleiche Ausführung wie oben
Gr. 44 - 54, 88 - 106 **DM 56,00**
Gr. 56 - 60 **DM 59,00**

NEU - PILOTENHEMD - NEU
100% Baumwolle, kurz+langarm, Kragenweiten 38-46 **DM 32,50**

BW-PILOTENJACKE
grau oder cremeweiß, robustes Ziegenleder in hervorragender Qualität nach Art BW-TL, 2 Innentaschen, 1 Brust-/Schubtasche mit Reißverschluß, Bleistiftfächer, 2 Schubtaschen
Gr. 46 - 62 **DM 289,00**

EINSATZANORAK
Farbe rot, austrennbares Winterfutter, 2 Brusttaschen, 2 aufgesetzte Beuteltaschen, darunter gesetzte Schubtaschen, Ärmeltasche links, eingearbeiteter Taillenzug mit Klettasche, hoher Kragen, 2-Wege-Reißverschluß, 10 cm rundum laufender 3M Scotlintestreifen am Saum
Gr. S - XXL **DM 243,00**

EINSATZANORAK
Gleiche Ausführung wie oben, jedoch aus Sympatex
Gr. XS - XXL **DM 359,00**

RETTUNGSDIENSTWESTE rot
65% PS / 35% BW, 1 Brusttasche innen und außen, 2 groß aufgesetzte Beuteltaschen, 3 M-Scotelite Reflexstreifen am Saum
Gr. S - XXL **DM 101,00**

NEU - RETTUNGSDIENST JEANS WEISS - NEU
Sattelnaht, 2 Gesäßtaschen, Cigarette-Form, 100% Baumwolle, Amerikanische Größen **DM 65,00**

EINSATZPULLOVER weiß+rot **DM 79,00**

WEITERE ANGEBOTE
finden Sie in unserer Preisliste 93, einfach anfordern. Mindestbestellwert DM 30,-. Lieferung gegen Nachnahme oder Rechnung. In diesen Preisen sind 15 % MwSt enthalten.

www.parlament

„Sanitäter", nach dem Wunsch einiger sog. „Fachexperten" mit einer etwa 500 Stunden umfassenden bis maximal einjährigen Ausbildung, auf die sogar die normale Tätigkeit angerechnet werden soll, die gleichen Voraussetzungen schafft wie eine fünf- oder sechsjährige Ausbildung bzw. ein Hochschulstudium.

Weiters würden Bestrebungen, die lediglich darauf abzielen, die derzeitige Ausbildung um die Anrechnung von Normalarbeitszeit bzw. Einsatzzeiten ohne adäquate Supervision und fachliche Aufsicht bzw. Unterweisung durch entsprechendes Ausbildungspersonal zu erhöhen, eine grobe Täuschung unserer Staatsbürger bedeuten und am Ziel einer Verbesserung der Ausbildung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals schlichtweg vorbeigehen. Darüber hinaus würde eine Erweiterung der Kompetenzen ohne qualifizierte und ausreichende Anhebung des Ausbildungsniveaus eine grobe Fahrlässigkeit am Patienten und am bestehenden Gesundheitssystem bedeuten. Es würden jedoch nicht nur alle Grundsätze des Quality Improvement und der Patientenrechte auf das gröbste mißachtet werden, sondern es würden auch alle bestehenden ethischen und moralischen Grundsätze gegenüber jedem Staatsbürger als potentiellem Patienten ignoriert werden.

Es ist daher im Interesse der Patienten, im Interesse aller qualifizierten Gesundheitsberufe und nicht zuletzt im Interesse aller künftig in diesem neuen Gesundheitsberuf der Sanitätsfachkraft tätigen Personen, eine zeitgemäße, europareife und qualifizierte Ausbildung zu fordern, die dann auch mit den für den Beruf erforderlichen Kompetenzen und Aufgabengebieten ausgestattet sein soll. Eine weniger qualifizierte Ausbildung und ein dadurch eingeschränktes Tätigkeitsspektrum würde den Gedanken einer „Gesundheitsreform aller im Gesundheitswesen Tätigen" und die Schaffung eines integrierten Ausbildungsmodells für alle Gesundheitsberufe (mit der Möglichkeit zum problemlosen Umstieg zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen nach Ablegung der erforderlichen Anerkennungs- bzw. Ergänzungsprüfungen) ad absurdum führen. Darüber hinaus würde das seit Jahren geforderte Berufsbild mit dem damit verbundenen Berufsschutz gemäß dem ASVG zunichte gemacht. Dem Grundsatz „viribus unitis" folgend fordern wir daher im Interesse der Patienten, aller Gesundheitsberufe und im Interesse unserer künftigen Partner und Arbeitskollegen, der Sanitätsfachkräfte, eine rasche und vollinhaltliche Umsetzung des Ausbildungskonzeptes zur Sanitätsfachkraft nach den Forschungsergebnissen und Empfehlungen des Forschungsberichtes „Analyse und Strategien in den notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst" der Ö.A.G.W.

Die logischen Forderungen an die verantwortlichen Gesundheitspolitiker beinhalten insbesondere folgende Maßnahmen:

- Schaffung entsprechender legistischer Rahmenbedingungen (Sanitätsfachkräftegesetz, Ausbildungsordnung, Rettungsdienstgesetze), die diesen Forderungen gerecht werden und ein Handeln zum Wohle des Patienten ermöglichen
- Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen zur Ausbildung der Sanitätsfachkraft. Dem volkswirtschaftlichen Schaden sowie den Kosten seitens der Versicherungsträger im Ausmaß von ca. 4,9 Milliarden Schilling (ca. 700 Mio. DM) stehen Ausbildungs- und Mehrkosten im Sinne des neuen Berufsbildes in der Höhe von ca. 200 Millionen Schilling (ca. 28,5 Mio. DM) gegenüber. Der volkswirtschaftliche Nutzen ist hier nicht zu übersehen
- ehebaldigste Etablierung des Ausbildungskonzeptes zur „Sanitätsfachkraft", um den internationalen und EU-Standards gerecht zu werden, um die eingegangenen Verpflichtungen gemäß der WHO-Zielsetzung „Gesundheit 2000" zu erfüllen und um zu gewährleisten, daß wir nicht zum Schlußlicht in der präklinischen Versorgung der Notfallpatienten werden, sondern richtungsweisend und beispielhaft sowie von den anderen Ländern der EU lernend agieren. ■

Literatur bei den Verfassern

Das Berufsbild des Sanitäters in Österreich

C.D. Müller

Rahmenbedingungen im Überblick

Wenn man sich der Fragestellung „Rahmenbedingungen und Voraussetzungen eines Berufsbildes", hier im konkreten dem Berufsbild der Sanitätsfachkraft, zuwendet, erheben sich primär folgende Fragestellungen, auf die in diesem Beitrag näher eingegangen werden soll:

1. Was versteht man unter einem Berufsbild?
2. Was möchte die betroffene Berufsgruppe?
3. Wie sieht die Situation im internationalen Vergleich aus?
4. Wie kann eine derartige Berufsausbildung aussehen?
5. Wie ist die Stellung zu anderen Gesundheitsberufen?
6. Welche gesellschaftspolitischen und sozialen Komponenten hat ein Berufsbild?
7. Wie sollte die Vorgangsweise zur Zielerreichung sein?

...rag anläßlich des 6. Kongresses der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin vom 21. - 22.09.95 in Steyr

Zu 1.: Definition

Eingangs stellt sich die Frage, was denn nun eigentlich unter einem Berufsbild zu verstehen ist. Dabei findet man folgende Definition: *Ein Berufsbild ist die Beschreibung eines Berufes und der dazugehörigen Ausbildung und Aufstiegsmöglichkeiten sowie der dabei vorausgesetzten und zu erwerbenden Fähigkeiten.* Untrennbar mit dem Berufsbild verbunden ist auch der Berufsschutz und somit die Anerkennung von Berufskrankheiten. Berufsbild, Berufsausbildung und Berufsschutz sind somit die drei Grundpfeiler jedes qualifizierten Berufes, wie ihn in unserer heutigen Zeit nahezu jeder Gesundheitsberuf darstellt.

Gerade aus der Sichtweise, daß es zwischenzeitlich in fast allen Bereichen der Medizin *gesetzlich normierte Berufsbilder* mit den entsprechenden fachlichen und persönlichen Anforderungen sowie den damit verbundenen Rechten und Pflichten gibt, ist es unverständlich, daß gerade das Rettungsdienstpersonal mit seiner anspruchsvollen Tätigkeit bis heute davon ausgespart blieb.

Um so begrüßenswerter ist es, daß sich gerade in letzter Zeit eine Reihe von Institutionen und Organisationen mit diesem Problem des fehlenden Berufsbildes für das Rettungsdienstpersonal und der damit verbundenen Berufsausbildung intensiv auseinandersetzen und dieses Thema auch Eingang in internationale Kongresse, wie etwa den ZAK und den Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin, findet.

Zu 2.: Vorstellungen und Wünsche

In einer Berufsfeldstudie der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen wurden u.a. die Vorstellungen und Wünsche des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst in bezug auf die Ausbildung und ein künftiges Berufsbild hinterfragt.

So sprechen sich 96 % der Befragten für einheitliche Lehrinhalte, 95 % für einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien, 95 % für mehr Praxis als bisher, 91 % für einheitliche Aufnahmebedingungen, 89 % für die Einführung eines Eignungstestes vor der Ausbildung, 88 % für besser qualifizierte Vortragende, 88 % für mehr Stunden als bisher, 86 % der Hauptamtlichen und 76 % der Freiwilligen für die Einführung eines Fort- und Weiterbildungspasses und 62 % für andere Inhalte als bisher aus.

Hinsichtlich der Maßnahmen zur Imageverbesserung des Sanitäters standen die „Regelung des Berufszuganges und Auslese" mit 43,27 %, die „umfangreichere Grundausbildung" mit 16,05 % sowie die „qualitative Verbesserung der Grundausbildung" mit 14,33 % im Vordergrund.

Zu 3.: Internationaler Vergleich

Die Ausbildungssituation in Österreich ist vielgestaltig, gesetzliche Regelungen für eine Berufsausbildung fehlen gänzlich. Lediglich die „Ausbildung" der hauptamtlichen „Sanitätsgehilfen" mit ihren 135 Stunden ist im Krankenpflegegesetz gesetzlich geregelt. Die Ausbildungssituation der Freiwilligen variiert je nach Trägerinstitution und nach Bundesland. Ebenso vielgestaltig ist die Ausbildungssituation im internationalen Vergleich:

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. univ. Christian D. Müller, Akademisch geprüfter Krankenhausmanager, Präsident der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen, Postfach 510, A-1011 Wien

www.parlamen 64

- So gibt es etwa in den *USA* eine dreistufige Ausbildung der EMTs (Emergency Medical Technician). Die höchste Ausbildungsstufe ist der EMT-Paramedic. Dieser Berufsstand genießt in den USA ein hohes Ansehen und Image. Die Ausbildung wurde vom Department of Transportation 1973 aufgrund des katastrophalen Zustandes bei Unfällen auf dem Highway eingeführt. Die alleinige Tätigkeit von nichtärztlichen bzw. paramedizinischen Berufen in der Präklinik ist auf die einzigartige Haftpflichtsituation der Ärzte in den USA zurückzuführen. Die Ausbildungsmodalitäten sind jedoch sowohl methodisch-didaktisch als auch inhaltlich vielerorts einzigartig.
- Die Ausbildung in *Deutschland* hat 1989 durch die Verabschiedung eines Rettungsassistentengesetzes einschneidende Änderungen erfahren. Diese zweijährige Ausbildung hat zwar dazu geführt, daß die Ausbildung „gesetzlich" geregelt und die Bezeichnung „Rettungsassistent" auch eine geschützte Bezeichnung ist, - alleine das angestrebte Berufsbild gibt es bis heute nicht. Die formalrechtliche Anerkennung bzw. „Überleitung" der „Rettungshelfer" in „Rettungssanitäter" und weiter zum „Rettungsassistenten" ohne qualifizierten Nachweis oder Nachschulung, die Vielzahl der Ausbildungszentren (80!), ein fehlendes einheitliches und bundesweites Curriculum, *keine* Abschlußprüfung, sondern lediglich ein Kolloquium, etc. haben dazu geführt, daß die neue Ausbildung bereits wieder vor einer Reform steht.
- In der *Schweiz* gibt es ebenfalls keine einheitlichen Ausbildungsrichtlinien, lediglich die Empfehlungen des Interverbandes für Rettungswesen IVR, betreffend den Rettungssanitäter-IVR. Vielerorts wird in der Schweiz auch diplomiertes Krankenpflegepersonal eingesetzt, ein Berufsbild der Sanitäter fehlt noch!
- In den *Niederlanden* wird überregional Krankenpflegepersonal eingesetzt, das eine entsprechende Zusatzausbildung der SOSA zu absolvieren hat. Primär gibt es nur hauptamtliches Personal, lediglich in einigen wenigen ländlichen Gebieten wird auf freiwilliges Personal, das jedoch ebenfalls die entsprechende Ausbildung aufweisen muß, zurückgegriffen.
- In *Ungarn* kam es im Jahre 1992 zu einer an sich beispielhaften Reform der Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals: Die „Rettungsfachsanitäter" (= EMT) absolvieren eine dreijährige berufsbegleitende Ausbildung an Fachschulen, vergleichbar unseren Berufsschulen, und erfahren eine allgemeine und rettungsdienstspezifische Ausbildung. Aufbauend darauf können die Fachschulabsolventen ein vierjähriges Studium an einer medizinischen Hochschule zum „Rettungsoffizier" (= Paramedic) absolvieren, das eine rettungsdienstspezifische Ausbildung darstellt. Hier gibt es auch einen eigenen Beruf. Inwieweit die Umsetzung den angestrebten Erfolg bringen wird, zeigt die Zukunft.

Nach diesem Streifzug durch die Ausbildungssituation und dem Streben nach einem Berufsbild einiger ausgewählter Länder liegt es an uns, aus den Erfahrungen und Fehlern anderer zu lernen und ein nach heutigem Stand bestmöglichstes Modell für Österreich zu etablieren. Unter Einbeziehung der positiven Erfahrungen aus dem Ausland, Etablierung einer qualifizierten Berufsausbildung und Schaffung eines Berufsbildes ist die künftige Berufsausbildung an sich bereits klar umrissen.

Zu 4.: Ausbildungsmodell

Die Ö.A.G.W. hat sich in ihrem Projekt „Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst" intensiv mit dem Thema „Berufsbild" und Berufsausbildung, der Situation im In- und Ausland und den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen auseinandergesetzt und in Zusammenarbeit mit in- und ausländischen Experten des Notfall- und Rettungswesens ein Curriculum zur Ausbildung der „Sanitätsfachkraft" unter den ASVG-rechtlichen und insbesondere auch den fachlichen Voraussetzungen *als Diskussionsgrundlage* erarbeitet und ein

> europareifes, integriertes modulares Ausbildungsmodell und ein Berufsbild für die Sanitätsfachkräfte (Emergency Medical Assistant) entsprechend den Zielsetzungen der WHO und des European Council entwickelt.

Das Ausbildungskonzept zur Sanitätsfachkraft, dem nichtärztlichen Rettungsdienstfachpersonal, das für die Erfüllung der vielfältigen rettungsdienstlichen Aufgaben und notfallmedizinischen, rettungstechnischen, einsatztaktischen, sozialen und pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der präklinischen Notfallversorgung ausgebildet werden soll, beinhaltet die Ausbildung zum *Rettungssanitäter (RS)* und zum *Diplomierten Rettungsassistenten (DRA)* sowie diverse Zusatzqualifikationen. Die Basisstufe stellt der Rettungssanitäter (RS) als Hilfspersonal der DRA und Notärzte mit primärer Aufgabe zur pflegerischen und sozialen Betreuung der Patienten dar. Die Ausbildung zum DRA, einer qualifizierten medizinischen Assistenzfachkraft, die zur Durchführung assistierender lebensrettender Maßnahmen (ALS) befähigt sein soll, ist dreijährig und wurde auf der Grundlage internationaler Erfahrungen und europäischer Vorstellungen hinsichtlich des „Emergency Medical Assistant" in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Experten und Institutionen des Notfall- und Rettungswesens entwickelt. Die Sanitätsfachkraft, insbesondere der Diplomierte Rettungsassistent (= Emergency Medical Assistant), im Bereich der präklinischen Notfallmedizin ist das Pendant zur diplomierten Krankenpflegekraft im Krankenhausbereich, wobei die Sanitätsfachkraft mit dem Management der Notfallsituationen unter erschwerten Bedingungen am Notfallort vertraut sein muß und nicht auf die schützende Hand der Klinik und die damit verbundene permanente Erreichbarkeit der ärztlichen Hilfe zurückgreifen kann. Dementsprechend müssen die Ausbildung und das Tätigkeitsspektrum des DRA auch diesen Anforderungen angepaßt und der DRA in der Lage sein, bis zum Eintreffen qualifizierterer Hilfe durch den Notarzt oder bis zum Eintreffen im Krankenhaus die geeigneten „Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen - ALS" zu

Tabelle 1

Ausbildung

Dipl. Krankenpflegekraft
Dipl. Krankenpflegepersonal

Dauer: 3 Jahre

Abschluß: kommissionelle Diplomprüfung

Absolvierung von Praktika im Krankenhaus begleitend zur theoretischen Ausbildung; schriftl. Klausurarbeit

Allgemeine Krankenpflege:

Theoriestunden insgesamt: 2. Jahrg.: 830 Std. 3. Jahrg.: 600 Std. 4. Jahrg.: 410 Std.	1.840 Stunden
Praktikumsstunden insg.: 2. Jahrg.: 600 Std. 3. + 4. Jahrg.: 2200 Std.	2.800 Stunden
Ausbildungsstunden gesamt:	4.640 Stunden

Kinderkranken- und Säuglingspflege:

Theoriestunden insgesamt: 2. Jahrg.: 830 Std. 3. Jahrg.: 600 Std. 4. Jahrg.: 420 Std.	1.850 Stunden
Praktikumsstunden insgesamt: 2. Jahrg.: 600 Std. (Allg. Krpfl.) 3. + 4. Jahrg.: 2200 Std.	2.800 Stunden
Ausbildungsstunden gesamt:	4.650 Stunden

Psychiatrische Krankenpflege:

Theoriestunden insgesamt: 1. Ausbildungsjahr: 825 Std. 2. Ausbildungsjahr: 555 Std. 3. Ausbildungsjahr: 470 Std.	1.850 Stunden
Praktikumsstunden insgesamt: Psychiatrisches Praktikum gem. § 8 (1) 2. KrpflVO im 2. - 4. Ausbildungsjahr:	mind. 2.600 Stunden
Weiteres Praktikum:	750 Stunden
Gesamtstundenumfang mindestens:	5.200 Stunden

Weiterbildungsmöglichkeit zur Lehrschwester

Dipl. Sanitätsfachkraft
Dipl. Rettungsassistent (DRA)

Dauer: 3 Jahre

Abschluß: kommissionelle Diplomprüfung

Verfassen einer Diplomarbeit; Absolvierung von Praktika auf verschiedenen Stat./Abt./Amb. im Krankenhaus; eigenes Praktikumsjahr (III. Ausbildungsabschnitt)

1. Ausbildungs-Abschnitt = Rettungssanitäter

Theorie:	320 Stunden
KH-Praktikum:	240 Stunden
Rettungspraktikum:	480 Stunden
1. Ausbildungs-Abschnitt gesamt:	1.040 Stunden

2. Ausbildungs-Abschnitt: Intensivlehrgang

Theorie:	1.120 Stunden
Intensivpraktikum:	560 Stunden
2. Ausbildungs-Abschnitt gesamt:	1.680 Stunden

3. Ausbildungsabschnitt: Lehrrettungspraktikum
inkl. Intensivlehrg. zur Prüfungsvorbereitung sowie f. Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen - ALS: 1.680 Stunden

Ausbildungsdauer gesamt: 4.400 Stunden

Weiters gibt es die Möglichkeit, nach der Ausbildung zum Dipl. Rettungsassistenten unter Einhaltung bestimmter Kriterien (z.B. Dauer der Berufsausübung, etc.) Sonderausbildungen im Bereich des Notfall- und Rettungswesens zu absolvieren, die den DRA für bestimmte Tätigkeiten spezialisieren: z.B.: Dipl. Lehrrettungsassistent, Dipl. Arbeitsmedizinischer Assistent, Dipl. Flugrettungs- und Rettungstransporthubschrauberassistent, etc.

Berufsbild

KrpflG: Krankenpflegegesetz

ASVG: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

SHD: Sanitätshilfsdienst

Dipl. Krankenpflegekraft
Dipl. Krankenpflegepersonal

gemäß ASVG ja

Dipl. Sanitätsfachkraft
Dipl. Rettungsassistent (DRA)

Derzeit hat das Sanitätspersonal den ASVG-Status eines „Hilfsarbeiters" und daher keinerlei soziale Absicherung, z.B. bei „berufsbedingter" Arbeitsunfähigkeit; geplant ist bei adäquater Ausbildung (3jährig) die Anerkennung als Beruf der „Sanitätsfachkraft" und damit verbunden die Absicherung gemäß ASVG.

www.parlament.g

Kompetenzen

Dipl. Krankenpflegekraft
Dipl. Krankenpflegepersonal

Tätigkeitsfeld vorwiegend stationär; weitgehend selbständiges Handeln im Sinne des KrpflG mit gesetzlich definiertem Aufgabengebiet, untersteht der Sr. Oberin in pflegerischen und dem Arzt in medizinischen Belangen.

Geplant ist eine Erweiterung des Kompetenzbereiches: z.B. bei Verabreichung von Infusionen, Durchführung von Injektionen i.v., Blutabnahme aus der Vene, Defibrillation, Injektion und Applikation von Medikamenten etc.

Spezialausbildungen müssen zusätzlich zur Diplomprüfung absolviert werden.

Dipl. Sanitätsfachkraft
Dipl. Rettungsassistent (DRA)

Tätigkeitsfeld am Einsatzort; untersteht dem leitenden Notarzt des Dispatch-Centres

Rettungssanitäter:
ausschließlich „soziale" Kompetenzen, wie z.B. psycholog. Betreuung des Patienten und der Angehörigen, Inbetriebnahme und Lenken von Sanitätskraftwagen, Erkennen von sozialer Bedürftigkeit und Einleiten von Sozialmaßnahmen, Durchführung einfacher Pflegemaßnahmen. Ist eine Hilfskraft des Notarztes und des Diplomierten RA (vergleichbar mit früherem SHD im Krankenhaus).

Dipl. Rettungsassistent:
ist eine med. Assistenzfachkraft, die die qualifizierte Durchführung assistierender lebenserhaltender bzw. lebensrettender Sofortmaßnahmen (ALS) bei Notfallpatienten durchführt: z.B. Überprüfen, Wiederherstellen und Aufrechterhalten der Vitalfunktionen inkl. Defibrillieren und Intubieren (falls kein Notarzt anwesend ist und insbesondere nach Rücksprache mit dem leitenden Notarzt des Dispatch-Centres); Herstellung der Transportfähigkeit, sachgerechte Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfebedürftiger Personen am Unfallort wie auch während des Transportes zum KH und in der Erstaufnahme (Näheres entnehmen Sie bitte der Studie der Ö.A.G.W.)

Qualitätssicherung

Dipl. Krankenpflegekraft
Dipl. Krankenpflegepersonal

Untersteht in medizinischen Belangen dem Arzt, in pflegerischen der Pflegedienstleitung. Dokumentationspflicht, Fort- und Weiterbildung; etc.

Dipl. Sanitätsfachkraft
Dipl. Rettungsassistent (DRA)

Verpflichtende Fort- und Weiterbildung; Berufsberechtigungspaß; laufende Kontrolle der medizinischen, rettungstechnischen und einsatztaktischen Maßnahmen durch Supervisor (= DRA mit Sonderausbildung und langjähriger Berufserfahrung; kein Psychologe!!!);

Lizensierung (Berufsanerkennung) alle zwei Jahre;

Einhaltung von Standards; laufende Qualitätsbeurteilung durch die Auswertung der Einsatzprotokolle (z.B. bei Intubationen). Die DRA handeln nach medizinischen Dienstanweisungen (Standing orders, welche gesetzlich festzulegen sind); Dokumentationspflicht (Einsatzprotokolle), etc.

Umstiegsmöglichkeiten

Dipl. Krankenpflegekraft
Dipl. Krankenpflegepersonal

Dipl. Sanitätsfachkraft
Dipl. Rettungsassistent (DRA)

Durch die Anhebung der Qualität der Ausbildung ist gewährleistet, daß im Sinne eines *integrierten Ausbildungssystems für Gesundheitsberufe* der Umstieg z.B. in den Beruf der Krankenpflegefachkraft gewährleistet ist, sofern die dafür erforderlichen Ergänzungsprüfungen bzw. Ergänzungspraktika absolviert und die betreffenden Prüfungen abgelegt wurden. Durch die Fächeraufteilung im Curriculum des DRA entsprechend den Curricula anderer Gesundheitsberufe steht allen anderen Gesundheitsberufen der Umstieg zum Dipl. Rettungsassistenten offen.

v.parlament.gv.at

setzen. Die Ausbildung zur Sanitätsfachkraft sollte grundsätzlich sowohl dem hauptamtlichen als auch dem freiwilligen Personal offen stehen, wobei *jedoch von allen die gleichen Voraussetzungen* erfüllt werden müssen. Nach diesem Modell kann die Ausbildung auf folgenden Wegen absolviert werden:

1. **nach dem Stufenmodell:**
   Hier absolviert der Interessierte zuerst die im Modulsystem gegliederte 560 stündige *Ausbildung zum Rettungssanitäter.* Voraussetzung ist das vollendete 18. Lebensjahr und eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter kann selbstverständlich auch von Freiwilligen im Rahmen von Abendkursen oder Wochenendseminaren sowie Blockveranstaltungen absolviert werden. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter umfaßt 320 Stunden Theorie und 240 Stunden Krankenhauspraktikum. Zuzüglich müssen 150 Ausfahrten nachgewiesen werden. Ist dies nicht möglich, so sind 12 Wochen praktische Tätigkeit unter Aufsicht und Anleitung einer Lehrperson zu absolvieren, davon bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen 6 Wochen als Pflegepraktikum. Die Ausbildung schließt mit der staatlichen Abschlußprüfung zum Rettungssanitäter ab. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter stellt zugleich den ersten Ausbildungsabschnitt zur Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten dar. Besteht während der Tätigkeit als Rettungssanitäter der Wunsch zur Weiterbildung, kann im Stufenmodell nach einer mindestens einjährigen Vollzeittätigkeit bzw. dreijährigen Teilzeitbeschäftigung die *Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten* absolviert werden. Sie umfaßt im zweiten Ausbildungsabschnitt 1120 Stunden theoretisch-praktische Ausbildung sowie ein 560 stündiges Intensivpraktikum. Im dritten Ausbildungsabschnitt ist ein 1680 stündiges Lehrrettungspraktikum zu absolvieren. Dieses Lehrrettungspraktikum enthält ein sechswöchiges Intensivpraktikum zur Prüfungsvorbereitung und einen vierwöchigen Intensivlehrgang für „Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen - ALS". Nach Verfassen einer Diplomarbeit kann die kommissionelle Abschlußprüfung zum Diplomierten Rettungsassistenten abgelegt werden.

2. **nach dem Schulmodell:**
   Die gleiche Ausbildung zur Sanitätsfachkraft kann nach der vollendeten 10. Schulstufe im *Schulmodell* in Analogie zur Krankenpflegeausbildung absolviert werden. Die Ausbildung zur Diplomierten Sanitätsfachkraft, DRA, stellt aufgrund ihrer inhaltlichen und zeitlichen Ausrichtung eine klare Berufsausbildung dar und würde somit auch gemäß ASVG alle Voraussetzungen für den Berufsschutz erfüllen. Diesbezüglich gibt es auch eindeutige und klare Stellungnahmen der Sozialpartner.

Zu 5.: Standortbestimmung

Die derzeit geltende Fassung des Ärztegesetzes besagt im § 22 Abs. 1, daß sich der Arzt zur Ausübung seiner Tätigkeiten *„Hilfspersonen bedienen kann, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln".* Unter dieses sogenannte Hilfspersonal fällt u.a. das *diplomierte Krankenpflegepersonal,* dessen Ausbildung und Kompetenzen im Krankenpflegegesetz geregelt sind. Die legistische Situation betreffend das nichtärztliche *Sanitätspersonal* wird ebenfalls im Krankenpflegegesetz geregelt. Es gibt jedoch sehr starke qualitative Unterschiede in der Ausbildung des „Hilfspersonals". Während das Krankenpflegepersonal eine dreijährige Ausbildung im Ausmaß von ca. 4600 Stunden genießt, beträgt die gesetzlich vorgeschriebene Ausbildungsdauer des nichtärztlichen hauptamtlichen Sanitätspersonals nur 135 Stunden.

Gerade im Hinblick auf die angestrebte Umstiegsmöglichkeit verwandter und gleichermaßen qualifizierter Gesundheitsberufe sollen in Tabelle 1 die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen eines Berufsbildes anhand der *Gegenüberstellung der Diplomierten Krankenpflegekraft als bestehendes Berufsbild und der diskutierten Sanitätsfachkraft,* dem Diplomierten Rettungsassistenten, gemäß dem integrierten modularen Ausbildungsmodell der Ö.A.G.W. kurz gegenübergestellt und so das angestrebte Ziel veranschaulicht werden.

Zu 6.: Soziale Komponenten

Der für die Betroffenen wahrscheinlich wichtigste Faktor ist der mit einem anerkannten und qualifizierten Beruf unmittelbar verbundene umfassende Berufsschutz gemäß ASVG. Ein weiteres wesentliches Element ist die Umstiegsmöglichkeit zu anderen Gesundheitsberufen, insbesondere zur Diplomierten Krankenpflegekraft, wobei selbstverständlich diese Umstiegsmöglichkeit auch vice versa gelten müßte und von beiden Berufsgruppen die erforderlichen Anerkennungsprüfungen und Ergänzungsausbildungen absolviert werden müßten.

Besondere Motivationsfaktoren können auch die individuelle Karriereplanung und die Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung, die Corporate Identity des Berufsstandes sowie die gesellschaftliche Anerkennung eines Berufes mit hoher Kompetenz und Verantwortung und das damit verbundene Image in der Öffentlichkeit sein. Gerade in Anbetracht der Mitgliedschaft in der EU und der damit verbundenen gesteigerten Mobilität der EU-Bürger kommt auch der Berufsausübung in anderen Ländern sowie der Karriereplanung erhöhte Bedeutung zu.

Zu 7.: Vorgangsweise

Den Grundsätzen der Qualitätssicherung folgend steht das Erkennen der Probleme der derzeitigen Situation und der Notwendigkeit zur Reform und Weiterentwicklung im Vordergrund. Diese Phase der Qualitätssicherung haben wir betreffend das Berufsbild der Sanitätsfachkraft in Österreich erfolgreich hinter uns gebracht. Probleme bestehen derzeit bei der Einigung auf eine einheitliche Vorgangsweise und insbe-

sondere bei der Nomenklatur und verwendeten Terminologie des künftig als Beruf zu etablierenden nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst. Für die Notfallpatienten ist es nämlich unerheblich, ob sie von einem Diplomierten Rettungsassistenten, einem Rettungsassistenten, einem Sanitäter, einem Notfallsanitäter, einem Rettungssanitäter oder Paramedic gerettet werden, alleine das Resultat zählt. Um die qualitative Angleichung der Ausbildung an die des diplomierten Krankenpflegepersonals, jedoch unter den besonderen Anforderungen der präklinischen Notfallmedizin, zu veranschaulichen, sollte in jedem Fall der Begriff „Diplomierte/r ..." in die künftige Terminologie und Berufsbezeichnung der Sanitätsfachkraft Eingang finden.

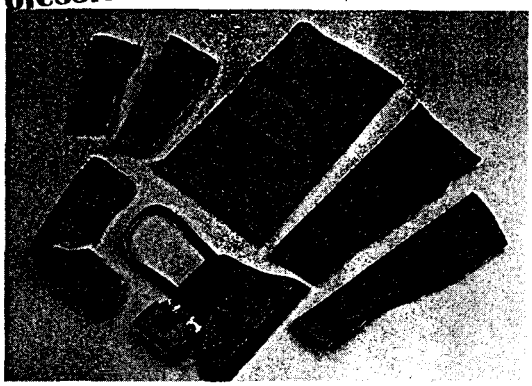
Ist- und Soll-Zustand der Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals und der präklinischen Notfallversorgung wurden bereits umfassend definiert und eine Beurteilung von Vor- und Nachteilen bestehender Ausbildungssysteme des In- und Auslandes vorgenommen.

Es liegt nun an uns, und dabei insbesondere an allen Entscheidungsträgern, aus den aufgezeigten Fehlern anderer Länder zu lernen und eine nach heutigem Wissensstand bestmögliche Lösung für Österreich zu finden. Schwieriger wird es schon bei den im Sinne der Qualitätssicherung nachfolgenden Abschnitten. Dazu zählen insbesondere die Akzeptanz der Forderungen und der Argumente der Gesprächspartner und der anderen Beteiligten, die Bereitschaft zum sachlichen und objektiven Dialog sowie das Finden eines sachlich-fachlichen Konsenses über das weitere Procedere. Sind all diese Schritte durchlaufen, steht der Implementierung und der darauffolgenden laufenden Evaluierung des Erreichten im Grunde nichts mehr im Wege.

Abschließend sollen nochmals die intensiven Bemühungen zur Verbesserung der Ausbildung und Schaffung eines Berufsbildes der Sanitätsfachkraft in Erinnerung gerufen werden. Jeder Betroffene sollte sich vor Augen führen, daß er seinen Beitrag zur Schaffung des Berufsbildes leisten muß. Einige haben bereits intensiv an der Studie der Ö.A.G.W. mitgewirkt, sei es in Arbeitsgruppen, im Rahmen der Berufsfeldstudie oder durch persönliche Anregungen. Ein Berufsbild ist die „Visitenkarte" eines Berufsstandes, dem viele im Rettungsdienst Tätige in Zukunft angehören möchten. Darum liegt es nunmehr an diesen Sanitätern, mit vereinten Kräften die zukünftige berufliche „Visitenkarte" mitzugestalten und aus ihrer Tätigkeit auch einen anerkannten Beruf zu machen. ■

Literatur:
1. Müller CD, SK Huber (1995) Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst. Ausbildung zur Sanitätsfachkraft · Emergency Medical Assistant · EMA. Österreichische Akademie für Gesundheitswesen. 3. Auflage, Wien
2. Müller CD, W Ilias, SK Huber (1994) Viribus unitis · Mit vereinten Kräften für eine neue Ausbildung und ein neues Berufsbild für das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal. Rettungsdienst 17: 513-519

ADD-A-SPLINT aus USA
Das Set mit unbegrenzten Schienungsmöglichkeiten zur professionellen Versorgung eines Traumas



Jedes Set besteht aus sechs Teilen, die individuell oder in Kombination eingesetzt werden können. Die modulare Bauweise erlaubt es, soviele Teile wie notwendig zusammenzusetzen. Die Anpassungsfähigkeit an abgewinkelte Brüche ist durch Verformbarkeit des Materials absolut einfach.

- Neopren ist widerstandsfähig, nicht absorbierend und leicht zu reinigen
- Modulbauweise für unbegrenzte Schienungsmöglichkeiten
- Passend vom Kind bis zum Erwachsenen
- Aluminium gewährleistet starre Fixierung
- Röntgenstrahlendurchlässig

EINFÜHRUNGSPREIS
bis April '96 DM 470,–
danach DM 520,–

Schmidt
Kunststofferzeugnisse für das Kranken- und Rettungswesen
B. u.W. Schmidt GmbH · Postfach 1120 · D-30811 Garbsen
Telefon (05131) 6008-9 · Fax (05131) 96393

Sie SUCHEN Einsatzfahrzeuge haben WIR
SIE SUCHEN Medizintechnik haben WIR
NEU und GEBRAUCHT

ANGEBOTE

Fahrtragen von *FERNO, UTILA, STOLLENWERK*
Tragestühle von *MIESEN, BINZ, UTILA, VW*
Schaufeltragen, Vacuummatratzen u. -schienen
Inhalations-, Beatmungs- u. Absauggeräte,
EKG Sicht- und Defibrillationsgeräte, DIN
Ausstattungen, u.a. Sonderrechtsanlagen,
Behindertenhebebühnen u. Rollstühle sowie
Pflegebetten usw. usw.

Sie suchen etwas Spezielles.
Rufen Sie uns an. Ihr Anruf lohnt sich.

W & H
Ambulanzfahrzeuge
Tel. (0 23 30) 72 58 0
Fax (0 23 30) 74 31 5

1. Allgemeines
Die Zeitschrift nimmt Beiträge entgegen, die sich mit dem Themenbereich der außerklinischen Notfallmedizin, deren Grenzgebieten und den daraus resultierenden Problemen befassen. Voraussetzung für die Veröffentlichung der eingereichten Beiträge ist, daß diese noch nicht publiziert oder an anderer Stelle zur Publikation eingereicht wurden sowie, daß der Autor das Urheberrecht besitzt (bei Annahme der Arbeit erwirbt der Stumpf & Kossendey-Verlag das Verlagsrecht). Ein Original und zwei Kopien sollen dem Verlag zu Händen der Schriftleitung zugesandt werden. Bei jedem Beitrag werden Namen, Titel und Ort der Tätigkeit bzw. Klinik sowie die vollständige Anschrift des Verfassers benötigt. Die Redaktion bestätigt den Manuskripteingang und teilt später die endgültige Annahme des Manuskriptes mit.

2. Sprache
Nur Manuskripte in deutscher Sprache werden akzeptiert. Für die sprachlich einwandfreie Gestaltung sind die Autoren verantwortlich. Für die Schreibweise sind maßgebend: Duden: die Rechtschreibung der deutschen Sprache, sowie Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch.

3. Umfang
Übersichtsarbeiten sollten nicht länger als 6 bis 8 Druckseiten (12 bis 16 Schreibmaschinenseiten inklusive Abbildungen) sein, Originalien sollten 4 bis 6 Druckseiten inklusive Abbildungen nicht überschreiten. Alle anderen Arbeiten dürfen nicht länger als 2 bis 3 Druckseiten sein. Ausnahmen sind mit der Schriftleitung zu besprechen. Eine Druckseite entspricht etwa 2 bis 2,5 DIN-A 4 Seiten, 1 1/2 zeilig beschrieben (30 bis 35 Zeilen mit je 60 bis 65 Anschlägen).

4. Text
Auf jedem Manuskript erbitten wir eine kurze Zusammenfassung von maximal 15 bis 20 Schreibmaschinenzeilen in deutscher Sprache sowie maximal 5 Schlüsselwörter. Handschriftliche Notizen und Änderungen sind zu vermeiden. Abbildungen dürfen nicht in das Manuskript eingegliedert werden. Für Abbildungslegenden, Tabellen, Literatur und Zusammenfassungen sollen jeweils gesonderte Blätter verwendet werden.

5. Abbildungen und Tabellen
Abbildungen und Tabellen sollen in angemessener Zahl und reproduktionsfähigem Zustand, durchgehend numeriert, dem Manuskript beigelegt werden. Vorschläge und Hinweise auf die entsprechenden Textstellen sind erwünscht. Eine Wiederholung des Textes durch Abbildungen oder Tabellen ist unnötig.

Der Anzeigenschluß für die März-Ausgabe ist der 12. Februar 1996

Zahlenmaterial kann grundsätzlich nur einmal gebracht werden, z.B. im Text oder in einer Tabelle oder in einer grafischen Darstellung. Zur Reproduktion von Abbildungen oder Fotografien sind Diapositive vorzuziehen. Saubere Originalzeichnungen sind unerläßlich (Fotokopien sind nicht reproduzierbar). Steht ein Dia nicht zur Verfügung, so sind kontrastreiche Hochglanzabzüge zur Reproduktion am besten geeignet. Bereits publizierte Abbildungen können in der Regel keine Aufnahme finden. Der Autor ist verantwortlich dafür, daß die Reproduktion von Abbildungen, auf denen ein Patient oder eine dritte Person erkennbar ist, vom Dargestellten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter genehmigt worden ist.

6. Literatur
Die im Text zitierten Arbeiten sind aufzuführen. Sie werden alphabetisch geordnet. Die Literaturangaben sollen auf maximal 20 grundlegende Arbeiten beschränkt werden. Die Vornamen der Erstverfasser werden nachgestellt, die der Mitverfasser vorangestellt. Persönliche Mitteilungen und unveröffentlichte Arbeiten sind nicht erwünscht.

Beispiele
a) Zeitschriftenbeiträge: Alle Autorennamen und Initialen der Vornamen – Jahreszahl in Klammern – vollständiger Titel der Arbeit – In: abgekürzter Titel der Zeitschrift (Index medicus) – Bandzahl (arabisch): Seitenzahl der ersten und letzten Seite der Arbeit.
Beispiel: Hieronymi U, Rochen M (1989) Fehler bei der Ermittlung des Sauerstoffverbrauchs mittels Atemgasanalyse. In: Anaesthesiol. Reanimat. 14: 167–174.

b) Buchbeiträge: Autorennamen mit Initialen der Vornamen – Erscheinungsjahr in Klammern – vollständiger, nicht abgekürzter Buchtitel – Verlag – Verlagsort – Auflagennummer.

Beispiel: Larsen R (1990) Anästhesie. Urban u. Schwarzenberg Verlag, München–Wien–Baltimore, 3. Auflage.

c) Beiträge aus Büchern: Autorennamen mit Initialen der Vornamen – Jahreszahl in Klammern – Titel des Beitrages – Name/Initialen des Vornamens des Herausgebers – Titel des Buches – Verlag – Verlagsort – Auflagennummer – Seitenzahl der ersten u. letzten S.

Beispiel: Poch JP (1984) Verbrennungen und Verbrühungen. In: Sauer H (Hrsg.) Das verletzte Kind. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, S. 100-108

7. Korrekturabzüge
Der verantwortliche Autor erhält einen Fahnenabzug des Textes und der Tabellen. Korrekturabzüge sind auf Druckfehler und sachliche Fehler durchzusehen. Eine Rücksendung der Korrekturabzüge in der vom Verlag gegebenen Frist ist notwendig.

Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin
19. Jahrgang

Schriftleitung:
Prof. Dr. G. H. Engelhardt (Wuppertal)
PD Dr. H. Rupprecht (Erlangen)
(verantwortlich für den Inhalt)

Redaktion: D. Dahlstrom,
Tel. 0 44 05 / 9181-15, Fax 0 44 05 / 91 81-30

Produktion und Anzeigenverwaltung: M. vom Baur,
Tel. 0 44 05 /91 81-14, Fax 0 44 05 / 91 81-31

Redaktionskomitee: N. Arnold (Bokel), M. Bastigkeit (Lübeck), B. Biege (Elmshorn), B. Fertig (Karlsruhe), Prof. Dr. J.S. Kontokollias (Uelzen), Dr. A. Papageorgiou (Thessaloniki), Dr. P. Rupp (München), Dr. U. Schmidt (Hannover), T. Stepan (Stuttgart), Dr. T. Trübenbach (Bühl), M. R. Ufer (Sarstedt), G. Vergeiner (Kufstein)

Wissenschaftlicher Beirat:
Prof. Dr. E. Beck, Innsbruck (Unfallchirurgie), Prof. Dr. M. v. Clarmann, München (Toxikologie) Prof. Dr. B. Domres, Tübingen (Katastrophenmedizin), Dr. G. Göbl, Budapest (Notfallmedizin), Prof. Dr. H. Groitl, Erlangen (Allg. und endoskopische Chirurgie), Prof. Dr. H. Hochrein, Berlin (Innere Medizin), Prof. Dr. H. W. Höpp, Köln (Kardiologie), Dr. G. Kaitzis, Augsburg (Hygiene), Prof. Dr. A. Karimi, Köln (Neurochirurgie), Prof. Dr. D. Kettler, Göttingen (Anästhesiologie), Prof. Dr. A. N. Laggner, Wien (Notfallmedizin), Prof. Dr. R. Larsen, Homburg (Saar) (Anästhesiologie), Prof. Dr. Lemburg, Düsseldorf (Pädiatrie), Prof. Dr. W. List, Graz (Anästhesiologie), Prof. Dr. E. Markakis, Göttingen (Neurochirurgie), Prof. Dr. H.-W. Meyer-Rüsenberg, Hagen (Augenheilkunde), Prof. Dr. D. Regensburger, Kiel (Thorax-Herz- u. Gefäßchirurgie), OMR Prof. Dr. s.c. med. W. Röse, Magdeburg (Anästhesiologie), Prof. Dr. G. Rupprath, Kaiserslautern (Kinderkardiologie, Pädiatrie), Prof. Dr. K. S. Saternus, Göttingen (Rechtsmedizin), Prof. Dr. J. Scheele, Erlangen (Allgemeinchirurgie), Med. Dir. Dr. med. F. Schulz, Hamburg (Rechtsmedizin), Prof.Dr.W. Stoll, Münster (Hals-Nasen-Ohren), Prof. Dr. H. Tscherne, Hannover (Unfallchirurgie), Prof. Dr. E. Volles, Seesen (Neurologie), Prof. Dr. G. H. Willital, Münster (Kinderchirurgie).

RETTUNGS DIENST

Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey mbH,
Postfach 13 61, D-26183 Edewecht,
Tel. 0 44 05/ 91 81-0, Fax 0 44 05 /91 81-33

Verlagsleitung und Anzeigenverkauf:
L. Kossendey

Anschrift des Verlages,
z.Z. gültige Anzeigenliste 1/96

Erscheinungsweise monatlich

Jahresabonnement: Deutschland: DM 75,– bei Bankeinzug, DM 79,– bei Rechnung. Beides incl. MwSt. zzgl. der jeweils gültigen Postvertriebsgebühr.
Österreich: öS 558,-, Schweiz: SFr. 71,- Beides zzgl. der jeweils gültigen Postvertriebsgebühr.

Einzelpreis: DM 8,30

Bankverbindungen:
Deutschland: Volksbank Oldenburg, BLZ 280 900 45, Kto.-Nr. 310 760
Volksbank Edewecht, BLZ 280 618 22, Kto.-Nr. 15 872 000
PGiroKto.: Postgiroamt Köln, BLZ 370 100 50, Kto.-Nr. 29 6217-509
Schweiz: Schweizerische Volksbank Zürich, KK SFr, Kto.-Nr. 10 17 14 26/0
Österreich: Steiermärkische Bank, Graz, Kto.-Nr. 0300/730 959, BLZ 20 843

Layout:
Gert Österreicher Werbeagentur, Wiesbaden

Druck:
Druckerei Rautenberg, Leer/Ostfriesland
ISSN 0178-2525

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Oldenburg. Abbestellungen nur schriftlich bis 3 Monate vor Ablauf des Bezugszeitraumes zulässig.

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit Genehmigung des Verlages gestattet. Auf Wunsch werden gegen Entgelt Sonderdrucke von einzelnen Beiträgen zur Verfügung gestellt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Haftung übernommen, wir bemühen uns aber um eine ordnungsgemäße Bearbeitung.

Bei Nichterscheinen infolge höherer Gewalt oder Streik besteht kein Entschädigungsanspruch. Diejenigen Bezeichnungen, die zugleich eingetragene Warenzeichen sind, werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus der Bezeichnung einer Ware mit dem für diese eingetragenen Warenzeichen nicht geschlossen werden, daß die Bezeichnung ein freier Warenname ist. Ebenso ist nicht zu entnehmen, ob Patente oder Gebrauchsmuster vorliegen. Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht in jedem Falle die Meinung der Redaktion wieder. Industrieinformationen außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung.

Klaus Runggaldier
Universität Osnabrück / Arbeitsgruppe Gesundheitswissenschaften
Albrechtstr. 28 / 49069 Osnabrück

Rettungsdienst als Beruf - Erfahrungen mit dem deutschen Modell; Konsequenzen für die Berufsbilddiskussion in Österreich

Einleitend ist anzumerken, daß die folgenden Ausführungen einen Extrakt der Ergebnisse einer umfangreichen wissenschaftlichen Forschungsreihe zur Berufsbildung im Rettungsdienst an der Universität Osnabrück darstellen. Im Rahmen dieser Forschungsreihe wurden bzw. werden dort seit Beginn der 90er Jahre zahlreiche Untersuchungen zur Berufsbildung im Rettungsdienst bzw. zum Berufsbild Rettungsassistent durchgeführt, z.B. die Erhebung und Analyse von Grunddaten zur Berufsbildung im Rettungsdienst, die Qualitätsevaluierung der Berufsausbildung von Rettungsasssistenten oder die Bestimmung der Attraktivität der Berufstätigkeit im Rettungsdienst. Ziel der Forschungen ist es insbesondere zur Qualitätssicherung des Rettungswesens durch eine qualifizierte Berufsausbildung des Rettungsfachpersonals [1] beizutragen und so z.B. auch die Attraktivität und das Image der beruflichen Tätigkeit im Rettungsdienst zu fördern.

Angesichts der Bemühungen (endlich) auch in Österreich ein Berufsbild für das im Rettungsdienst und qualifizierten Krankentransport tätige Personal zu etablieren, erscheint es hilfreich, aus den Fehlern, die im Nachbarland Deutschland bei der Schaffung eines solchen Berufsbildes gemacht wurden, Konsequenzen zu ziehen und eine nach heutigem Wissensstand bestmögliche Lösung für Österreich zu finden.

Der Beitrag gliedert sich in zwei Teile:
Der erste Teil gibt einen kurzen und problemzentrierten Situationsbericht über das deutsche Berufsbild im Rettungsdienst - das Berufsbild des Rettungsassistenten - und die mit diesem Berufsbild gemachten Erfahrungen.
Im zweiten Teil werden mögliche Konsequenzen aufgezeigt, die sich aus diesen in Deutschland gemachten Erfahrungen für die Berufsbilddiskussion in Österreich ergeben könnten.

Sieben Jahre deutsches Berufsbild Rettungsassistent - ein Situationsbericht

Seit fast genau sieben Jahre gibt es *es* nun. Seit sieben gibt es in der Bundesrepublik Deutschland endlich ein Berufsbild für den Rettungsdienst: Das Berufsbild der

[1] Anstelle der negativen Bezeichnung 'nichtärztliches Rettungsdienstpersonal' und der medizinlastigen Bezeichnung 'paramedizinisches Rettungsdienstpersonal' schlägt der Autor für Rettungssanitäter und Rettungsassistenten den die rettungsdienstspezifische Fachlichkeit betonenden positiven Terminus 'Rettungsfachpersonal' vor (vgl. RUNGGALDIER, 06/1995, S. 6).

Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten, geregelt durch das Rettungsassistentengesetz vom 10. Juli 1989 nebst der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 7. November 1989.
Der Weg zu diesem ersten Berufsbild war sehr lang. Mehr als zwanzig Jahre sind seit den ersten Forderungen nach einem Berufsbild für den Rettungsdienst auf dem ersten Rettungskongreß des Deutschen Roten Kreuzes 1966 in Berlin vergangen (vgl. DEUTSCHES ROTES KREUZ, 1966, S. 2). In diesen zwanzig Jahren haben das Rettungsdienstpersonal, die Hilfsorganisationen, die Berufsverbände, die Gewerkschaften, engagierte Notfallmediziner und Politiker für die Schaffung eines Berufsbildes im Rettungsdienst gekämpft. Ausgangspunkt dieser Bemühungen um eine Verbesserung der personellen Qualifikation im Rettungsdienst war insbesondere der Mißstand, daß die Ausstattung und Technik des Rettungsdienstes i.d.R. deutlich besser war, als die Qualifkation des dort tätigen Personals. AHNEFELD erklärte diesbezüglich 1987:

> *„Wir fahren im Rettungsdienst weiter in einer Rolls-Royce-Karosserie - damit meine ich die Ausstattung und Technik - angetrieben durch einen Kleinwagenmotor - damit meine ich die personelle Qualifikation"* (AHNEFELD, 1987, S. 32)

Der in diesem Zitat beschriebene Gegensatz läßt sich in einen plakativen Cartoon übertragen.

Abbildung 1: Ausstattung und Technik des Rettungsdienstes im Verhältnis zur beruflichen Qualifikation des Rettungsfachpersonals

Was schließlich 1989 nach langen und zum Teil kontrovers geführten Diskussionen und Kämpfen um das Berufsbild für den Rettungsdienst herausgekommen ist, war allerdings ein Kompromiß. Ein Kompromiß, der geprägt ist von den verschiedenen Interessen an einem solchen Berufsbild (vgl. u.a. AHNEFELD / DICK / SCHUSTER, 1995, S. 165; SEFRIN, 1995, S. 129):

- die Berufstätigen im Rettungsdienst sollten sozialrechtlich besser abgesichert werden; d.h. insbesondere der Hilfsarbeiterstatus durch einen Facharbeiterstatus verdrängt werden.
- die Qualität der präklinischen Notfallmedizin sollte durch die Verbesserung der Ausbildung des Personals gesteigert werden;
- die Aufgaben und Fähigkeiten des Rettungsdienstpersonals sollten allerdings auch nicht zu sehr ausgeweitet werden, um die neue "nichtärztliche" Berufsgruppe nicht zu stark werden zu lassen;

- die Kosten mußten für Bund, Länder, Rettungsdienstträger, Hilfsorganisationen und Kostenträger möglichst gering gehalten werden;
- auf keinen Fall durfte die Position der großen Anzahl ehrenamtlich bzw. freiwillig im Rettungsdienst tätigen Personen im Bereich der Hilfsorganisationen untergraben oder ausgebootet werden.

Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Interessen an einem solchen Berufsbild mußte insgesamt man froh sein, daß überhaupt ein Berufsbild verabschiedet wurde [2].

Bei der Rettungsassistentenausbildung handelt es sich um eine zweijährige Berufsausbildung. Im ersten Ausbildungsjahr, das insgesamt 1.200 Stunden umfaßt, wird 26 Wochen lang ein vollschulischer Lehrgang in einer Rettungsassistentenschule durchgeführt. Außerdem enthält das erste Ausbildungsjahr einen 14wöchigen klinischen Ausbildungsabschnitt im Krankenhaus sowie ein kurzes dreiwöchiges Einführungspraktikum auf einer Rettungswache. Am Ende des ersten Ausbildungsjahres findet vor dem Prüfungsausschuß der ausbildenden Schule bereits die staatliche Abschlußprüfung statt, die aus einer schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfung besteht. Das zweite Ausbildungsjahr, das mind. 1.600 Stunden umfaßt, wird vollbetrieblich auf einer sog. Lehrrettungswache durchgeführt. In diesem zweiten Ausbildungsjahr sind außerdem 50 Stunden theoretischer Unterricht an einer Rettungsassistentenschule zu absolvieren. Am Ende des zweiten Ausbildungsjahres folgt ein sogenanntes Abschlußgespräch mit dem für die Ausbildung zuständigen Arzt und dem anleitenden Rettungsassistenten (= Lehrrettungsassistenten), in dem der Auszubildende nochmals die für die Berufsausübung wesentlichen Kenntnisse und Fertigkeiten nachweisen muß.

Abbildung 2: Regel- oder Vollausbildung von Rettungsassistenten

Neben dieser Regel- oder Vollausbildung gibt es nach § 8 und § 9 des RettAssG für verschiedene Personen- und Berufsgruppen die Möglichkeit einer Ausbildungsverkürzung, z.B. für ausgebildete Rettungssanitäter (520-Stunden-Programm); examinierte Krankenschwestern /- pfleger und Kinderkrankenschwestern /- pfleger; Sanitätssoldaten der Bundeswehr; Sanitätsbeamte von Polizei und Bundesgrenzschutz und Angehörige der Feuerwehren.

---

[2] Zumal es fraglich erscheint, ob angesichts der Kostendämpfungspolitik der Bundesregierung im Gesundheitswesen und den veränderten Länderfinanzausgleich nach der deutschen Wiedervereinigung im Jahr 1990 aufgrund der leeren Kassen bei Bund und Ländern ein Jahr später überhaupt noch ein Berufsbild für den Rettungsdienst beschlossen worden wäre (vgl. KALTEYER, 1991, S. 18 oder ÖTV, 11/1990, S. 3).

Aus diesen Verkürzungsmöglichkeiten der zweijährigen Regelausbildung resultieren eine Vielzahl unterschiedlicher Lehrgangsformen und -arten, die sowohl in Vollzeitform, als auch berufsbegleitend oder sogar als Fernstudium von den Schulen angeboten werden.

Abbildung 3: Verkürzungsmöglichkeiten der Rettungsassistentenausbildung

Nach der Verabschiedung des Rettungsassistentengesetzes 1989 blieb der erwartete Ausbildungsboom für das neue Berufsbild zunächst aus. Stattdessen wurde von den im Gesetz vorgesehenen Übergangsregelungen (§ 13 RettAssG) für Personen, die vor Inkrafttreten des Gesetzes am 1. September 1989 eine Ausbildung als Rettungssanitäter nach dem 520-Stunden-Programm gemäß der Grundsätze des Bundes-Länder-Ausschuß Rettungswesen erfolgreich abgeschlossen oder eine solche Ausbildung zumindest begonnen haben, intensiv genutzt. Was im übrigen für die vielen langjährig im Rettungsdienst tätigen Personen mehr als legitim ist, denn schließlich waren es diese vielen, unzähligen „Hilfsarbeiter", die jahrelang die Funktionstüchtigkeit des Rettungswesens in der Bundesrepublik Deutschland gewährleistet haben. Doch eine Vielzahl der Übergangregelungen wurde erst durch eine allzu großzügige Auslegung und Interpretation der gesetzlichen Vorgaben oder dem unrechtmäßigen Rückdatieren von Lehrgangsanfängen möglich (vgl. STROBL, 1992; S. 412).

Die eigentliche Berufsausbildung zum Rettungsassistenten kam nur langsam in Schwung: In den ersten drei Jahren bildeten bundesweit ca. 20 Schulen und ca. 200 Lehrrettungswachen Rettungsassistenten aus. Jährlich standen in diesen Ausbildungseinrichtungen rund 1.000 Ausbildungsplätze für Rettungsassistenten zur Verfügung. Mittlerweile, d. h. im Sommer 1996, gibt es bundesweit 83 anerkannte und ausbildende Rettungsassistentenschulen und mehr als 600 Lehrrettungswachen. Die Zahl der jährlich verfügbaren Ausbildungsplätze dürfte bei mehr als 3.000 Ausbildungsplätzen liegen. Die Zahl der tatsächlich ausgebildeten Rettungsassistenten ist aufgrund fehlender statistischer Daten nicht zu beziffern.

Abbildung 4: Entwicklung der Rettungsassistentenschulen von 1992 bis 1996

Obwohl die Rettungsassistentenausbildung seit einigen Jahren boomt und der Rettungsdienst momentan von einer Vielzahl neuer, d.h. ausgebildeter, Rettungsassistenten und Rettungsassistentinnen "überschwemmt" wird, gibt das

Berufsbild Rettungsassistent/in bislang wenig Anlaß zu Freude oder Zufriedenheit. Dazu nachfolgend einige kurze Erläuterungen.

Grundsätzlich muß angemerkt werden, daß das Rettungsassistentengesetz prinzipiell in der Lage ist, durch die zweijährige Regelausbildung für eine gute Qualifikation des Rettungsfachpersonals zu sorgen. Um dieses Ziel jedoch zu erreichen, bedarf es der Lösung einer Vielzahl anstehender Probleme.

Beispielsweise erwachsen dem Berufsbild Rettungsassistent/in zahlreiche Probleme dadurch, daß es sich bei der zur Zeit praktizierten Berufsausbildung zum Rettungsassistenten bzw. zur Rettungsassistentin im Vergleich zu anderen modernen Dienstleistungsberufen um einen *"anachronistischen Sonderfall der Berufsbildung"* (BALS, 1995, S. 48) handelt. Diese Besonderung liegt in erster Linie daran, daß allgemeine Grundprinzipien und Standards des Berufsbildungssystems der Bundesrepublik Deutschland wie z.B. lebenslanges Lernen durch berufliche Fort- und Weiterbildung, berufliche Mobilität auf der Basis einer breiten beruflichen Grundbildung, Persönlichkeitsentfaltung durch beruflichen Aufstieg usf. für das Berufsbild des Rettungsassistenten kaum Gültigkeit besitzen oder nur sehr unzureichend verwirklicht wurden. Eine maßgebliche Ursache für diese Besonderung des Berufsbildes Rettungsassistent/in liegt beispielsweise in dem ungewöhnlichen gesetzlichen Rahmen durch den die Berufsbildung im Rettungsdienst geregelt wird, begründet: Anstelle des im deutschen Berufsbildungssystem allgemein üblichen gesetzlichen Rahmens, der durch das *Berufsbildungsgesetz* [3] und die *Schul- und Schulpflichtgesetze der Länder* [4] vorgegeben wird und der u.a. das *duale System der Berufsausbildung* [5] regelt,

---

[3] Die *betriebliche Berufsausbildung* wird bundeseinheitlich im wesentlichen durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 geregelt. Mehr als 70 % aller Jugendlichen eines Jahrgangs, die eine Berufsausbildung absolvieren, werden nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT, 1994, S. 56). Man bezeichnet das BBiG aufgrund seiner großen Bedeutung auch als das sogenannte Grundgesetz der Berufsbildung. Mit der bundeseinheitlichen Anwendung des BBiG werden die Auszubildenden rechtlich und materiell abgesichert (kostenlose Ausbildungsmittel, tarifrechtlich festgeschriebene Ausbildungsvergütungen, Einhaltung des Jugendarbeitsschutzgesetzes, Sozialversicherungspflicht) und außerdem wichtige Mindestkriterien für die Qualität der Ausbildung verbindlich festgesetzt (Rechtsverordnung, Ausbildungsordnung, Mindestqualitätsmaßstäbe für Ausbilder und Ausbildungsstätten, usw.) (vgl. BERUFSBILDUNGSGESETZ, 1990, S. 3 - 34).

[4] Für die *schulische Berufsausbildung* (berufsbildende Schulen) wie für das gesamte Schulwesen sind gemäß Artikel 30 und 70 des Grundgesetzes die Bundesländer zuständig. Darum hat jedes Bundesland eigene Schul- und Schulpflichtgesetze, in denen detaillierte Kriterien und Standards aufgeführt werden, die für alle Schulen, für die die Gesetze Gültigkeit haben, verbindlich sind.

[5] Das *duale System der Berufsausbildung* ist gekennzeichnet durch die Gleichzeitigkeit und das Zusammenwirken der beiden Lernorte Betrieb und Berufsschule, in denen der Jugendliche während der Lehrzeit ausgebildet wird (vgl. BUNK, 1990, S. 95). Das bedeutet, daß Ausbildungsbetrieb und Berufsschule als Partner arbeitsteilig bei der Berufsausbildung zusammenwirken, was eine bessere Verzahnung von Theorie und Praxis ermöglichen soll. Die Ausbildung wird somit auf zwei Ausbildungsträger verteilt. Damit entstehen unterschiedliche Zuständigkeiten. Die Ausbildung im Betrieb unterliegt der Regelung durch ein Bundesrecht (BBiG), der schulische Bereich hingegen liegt in der Verantwortung der einzelnen Bundesländer (Schulgesetze). Das duale System der Berufsausbildung

erfolgt die Regelung der Berufsausbildung zum Rettungsassistenten durch ein sogenanntes *Berufszulassungsgesetz* [6].

Abbildung 5: Probleme des Berufsbildes Rettungsassistent

Folgende zentralen Probleme des Berufsbildes Rettungsassistent in Deutschland sind gegenwärtig besonders auffällig:

- Da ist die zum Teil immer noch völlig ungelöste Problematik der Ausbildungsfinanzierung, die einige Auszubildende an den Rand des finanziellen Ruins treibt bzw. potentielle Auszubildende dazu bewegt, eine Berufsausbildung in einem anderen, attraktiveren Beruf zu beginnen.
- Da ist das zum Teil erhebliche *"Tohuwabohu"*, welches an einigen Schulen herrscht, weil dort aufgrund fehlender Anerkennungskriterien ohne oder nur in beschränktem Maße mit hauptberuflichen Lehrkräften unterrichtet wird und somit der Unterrichtsbetrieb in Abhängigkeit von der großen Anzahl nebenberuflicher Lehrkräfte von Woche zu Woche aufs Neue improvisiert werden muß.
- Da sind die fehlenden verbindlichen Ausbildungsrichtlinien oder konkreten Prüfungsvorhaben für Lehrkräfte an Rettungsassistentenschulen, Praxisanleiter an Lehrrettungswachen und Klinikmentoren in den Krankenhäusern, wodurch Ausbildungs- und Unterrichtsaufgaben ohne Nachweis entsprechender Voraussetzungen (fachliche und vor allen Dingen pädagogische Qualifikation) wahrgenommen werden können [7].
- Da ist die kaum mehr überschaubare Anzahl individueller Ordnungsmittel mit den unterschiedlichen Anforderungsprofilen anstelle eines bundesweit verbindlichen und einheitlichen Curriculums mit funktionsspezifischen und allgemeinbildenden Lehr- und Lerninhalten, die dazu führt, daß es bundesweit zu erheblichen Differenzen bezüglich der zu vermittelnden Inhalte und Fertigkeiten kommt und Rettungsassistenten aus verschiedenen Bundesländern und Schulen über divergente Ausbildungsstände verfügen.

---

stellt mit einem Anteil von rund 70% aller Jugendlichen eines Jahrgangs, die eine Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf beginnen, zahlenmäßig den wichtigsten Teilbereich der Berufsausbildung in der Bundesrepublik Deutschland dar (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT, 1994(b), S. 56).

[6] Das Rettungsassistentengesetz vom 7. Juli 1989 ist ein sogenanntes Berufsbezeichnungsschutzgesetz bzw. Berufszulassungsgesetz, welches nicht die Berufsausübung und die Tätigkeit regelt oder schützt, sondern welches vordergründig nur die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung 'Rettungsassistent' festschreibt (vgl. SCHNEIDER, 1990, S. 254).

[7] Ein weiteres Kuriosum ist, daß Lehrkräfte an Rettungsassistentenschulen notfalls fast alles unterrichten, was an Fächern und Themen angeboten werden muß (vgl. RUNGGALDIER, 1993, S. 81), wobei in vielen Fällen offensichtlich die Neigung oder das Interesse, ein Fach zu unterrichten, die erforderliche Qualifikation ersetzt (vgl. BALS, 1990, S. 193).

- Da ist die zum Teil frustierende und hoffnungslose Suche von Auszubildenden, die trotz erfolgreichem Abschluß des schulischen Lehrgangs und intensiver Bemühungen keinen Ausbildungsplatz für die betriebliche Ausbildung auf einer Lehrrettungswache finden, höchstens, wenn sie umsonst oder für eine geringe Aufwandsentschädigung (z.B. Fahrtkosten) arbeiten (vgl. z. B. den Leserbrief von STEINER in der Zeitschrift "Subcutan", Heft September 1994, S. 15).
- Da ist die wenig konkrete Festlegung der beruflichen Kompetenzen und Aufgaben von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten, durch die viele Berufsangehörige bei ihrer täglichen Arbeit in Konflikte geraten und die immer wieder u.a. unter dem Stichwort „Notkompetenz" zu Diskussionen und zum Kompetenzgerangel mit anderen Berufsgruppen führen (vgl. SEFRIN, 1995, S. 129 oder WAGNER u.a., 1995, S. 128).
- Da ist die geringe berufliche Mobilität, die bedingt durch eine Spezialisierung der Berufsausbildung zum Rettungsassistenten auf einen sehr begrenzten Tätigkeitsbereich den Beruf des Rettungsassistenten zu einem *Sackgassenberuf*[8] macht und eine Durchlässigkeit in andere Berufsbereiche, z. B. Krankenpflege verhindert (vgl. GÜNTHER, 1995, S. 21)[9].
- Da sind die immer noch unzureichenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die keinesfalls ein "lebenslanges Lernen" mit entsprechenden Aufstiegs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten gewährleisten und viele der hochmotivierten "neuen" Rettungsassistenten bzw. Berufsanfänger schon nach kurzer Zeit zum Berufsausstieg bewegen. Bei den zur Zeit angebotenen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Rettungsdienst handelt es sich fast ausschließlich um "selbstgestrickte", d. h. auf eine Hilfsorganisation oder den Rettungsdienst beschränkte Qualifikationen, da diese Zertifikate häufig nur organisations- oder betriebsintern Anerkennung finden.
- Da ist die „unglückliche" Bezeichnung des Berufsbildes mit dem Titel Rettungs*assistent*, die zum einen insbesondere bei Außenstehenden aber auch bei nahestehenden Berufsgrupppen immer wieder zu Verwirrungen und Irritationen führt und zum anderen auch eine Diskriminierung der Berufsangehörigen bedeutet, da Assistenzberufe überlicherweise als Durchgangsstufen angesehen werden (vgl. WISSENSCHAFTSRAT zit. bei TSCHÖPA, 1975, S. 385).

---

[8] Als 'Sackgassenberufe' bezeichnet man Berufe mit sehr begrenzten und einseitigen Tätigkeitsbereichen und stark eingeschränkter beruflicher Mobilität (vgl. FRACKMANN / LOSERT, 1983, S. 15).

[9] Während beispielsweise ein Krankenpfleger nur noch einen 300 Stunden umfassenden Ergänzungslehrgang besuchen muß, um eine Abschlußprüfung als Rettungsassistent an einer Rettungsassistentenschule ablegen zu können, wird dem Rettungsassistenten keine Ausbildungszeitverkürzung beim beruflichen Wechsel in die Krankenpflege ermöglicht. Ebenso wird die feuerwehrtechnische Ausbildung großzügig auf die Ausbildungszeit zum Rettungsassistenten angerechnet, umgekehrt muß ein Rettungsassistent die feuerwehrtechnische Ausbildung genauso durchlaufen, wie ein absolut berufsfremde Feuerwehrmann (vgl. GÜNTHER, 1995, S. 21).

- da ist die geringe Attraktivität des Berufsbildes für Schulabgänger, potentielle Auszubildende, Auszubildende und Berufsangehörige, die sich insbesondere dadurch begründet, daß der Beruf ein schlechtes Ansehen und Sozialprestige genießt, der beruflichen Tätigkeit im Rettungsdienst eine geringe Wertschätzung durch Vorgesetzte und Öffentlichkeit wiederfährt, der Beruf mangelhafte Aufstiegs-, Weiterbildungs- und Umstiegsmöglichkeiten ("Sackgassenberuf") bietet, die Arbeitsbedingungen schlecht und nicht mehr zeitgemäß sind (zu lange und familienunfreundliche Arbeitszeiten, Schichtdienst, schlechte Personalführung / -pflege, Qualifikationsmangel des Führungspersonals, schlechte Bezahlung, fehlende psychische Personalbetreuung) und daß der Beruf sehr unprofessionell ist, u.a. viele Ehrenamtliche diesen Beruf „nebenbei" ausüben können.

Das Hauptproblem des Berufsbildes Rettungsassistent ist allerdings die fehlende Standardisierung der Ausbildung: Es gibt heute - sieben Jahre nach Verabschiedung des RettAssG im Jahre 1989 - diesbezüglich keinen bundeseinheitlichen Mindeststandard. So macht es einen erheblichen Unterschied, erstens wo, zweitens bei wem und drittens welche Art der Ausbildung ein Rettungsassistent absolviert hat. Beispielsweise ergeben sich erhebliche Unterschiede hinsichtlich der *Anerkennungskriterien* für die Ausbildungseinrichtungen, d.h. Rettungsassistentenschulen und Lehrrettungswachen, zwischen den einzelnen Bundesländern, zwischen verschiedenen Regierungsbezirken und zum Teil sogar zwischen verschiedenen Landkreisen.
Auch die Unterschiede zwischen den einzelnen *Trägern* der Ausbildungseinrichtungen sind nicht unerheblich. Dabei sind es allerdings nicht nur die Unterschiede zwischen den Ausbildungseinrichtungen der Feuerwehren, der Hilfsorganisationen oder der privaten Träger, sondern auch zwischen den Einrichtungen der Feuerwehren, der privaten Träger oder auch der einzelnen Hilfsorganisationen sind die Unterschiede erheblich, wie beispielsweise der Blick auf die *Vielzahl individueller Ordnungsmittel* (Curricula, Lehrpläne oder Lernzielkataloge) an den Rettungsassistentenschulen zeigt.
Schließlich sind noch Unterschiede zu erwähnen, die aus der jeweils zugrunde gelegten *Ausbildungsform*, z.B. die Regel- oder Vollausbildung, die seminaristische Ausbildung, die verkürzten Lehrgänge für Rettungssanitäter, Krankenpfleger usw., resultieren und die zudem von den Schulen in Vollzeitform, berufsgeleitend oder sogar als Fernstudium angeboten werden. In deisem Zusammenhang besonders prekär ist die Tatsache, daß die im RettAssG vorgesehenen Ausnahme- und Verkürzungsregelungen mehr und mehr zur Regel werden und die eigentliche zweijährige Regel- oder Vollausbildung verdrängen.

Was am Ende einer so unterschiedlichen Ausbildung als *„Output"* im Sinne von Ergebnisqualität letztendlich herauskommt, ist zwangsläufig ebenso unterschiedlich und vielfältig. D.h. ein im Bundesland A bei Schule B und Rettungswache C nach der Lehrgangsart D ausgebildeter Rettungsassistent verfügt keineswegs über die annähernd gleichen beruflichen Fertigkeiten und Fähigkeiten wie ein Rettungsassistent der im Regierungsbezirk E bei Schule F und Rettungswache G nach Lehrgangsart H ausgebildet wurde [10].

Dieser Mißstand ist insofern besonders problematisch, als die vom Rettungsdienst präklinisch zu versorgenden Patienten und deren Krankheitsbilder bundesweit gleich sind und bundesweit die gleichen notfallmedizinischen Maßnahmen erfordern. Die daraus resultierende theoretisch gleiche Überlebenschance der Patienten darf nicht durch die uneinheitliche bzw. ungleiche Qualifikation und Ausbildung des Rettungsfachpersonals gefährdet werden.

Sieben Jahre deutsches Berufsbild Rettungsassistent - Konsequenzen für die Berufsbilddiskussion in Österreich

Wie heißt es in einem alten Sprichwort so schön: *„Aus Fehlern wird man klug!"*

Aus den Fehlern, die bei der Schaffung des Berufsbildes Rettungsassistent in Deutschland gemacht wurden, können eine Menge Lehren gezogen werden, um bei der Schaffung eines Berufsbildes für den Rettungsdienst in Österreich eine nach heutigem Wissensstand bestmögliche Lösung zu finden. bzw. zumindest eine deutlich bessere Lösung als die bisherige Berufsbildlösung der „Piefkes".

Abbildung 6: Konsequenzen für die Diskussion in Österreich

Folgende Aspekte sollten aufgrund der „deutschen" Erfahrungen bei den Berufsbildbemühungen in Österreich unbedingt Berücksichtigung finden:

- Die Orientierung der Berufsbildkonzeption am Bedarf und zum Wohle der Notfallpatienten muß absolute Priorität geniessen. Der Qualifizierung des Personals kommt eine Schlüsselfunktion zu, d.h. es ist eine optimale und maximale Qualifizierung des Rettungsfachpersonals anzustreben.

[10] Dieser Mißstand des fehlenden Mindeststandards, wird auch durch eine in den letzten beiden Jahren zur Überprüfung der Qualität der Rettungsassistentenausbildung bundesweit an verschiedenen Rettungsassistentenschulen durchgeführte wissenschaftliche Untersuchung der Universität Osnabrück bestätigt (vgl. RUNGGALDIER / BALS, 09/1996, S. 6ff.).

- Schaffung eines „normalen" Berufsbildes, d.h. eines Berufsbildes in dem die allgemeinen Prinzipien und Grundlagen des österreichischen Berufsbildungssystems verwirklicht werden.
- Standardisierung der Ausbildung der neuen Berufsgruppe, z.B. Schaffung eines einheitlichen für alle Rettungsassistentenschulen und Lehrrettungswachen verbindlichen Curriculums; gleiche Anerkennungskriterien für alle Ausbildungseinrichtungen.
- Etablierung originärer berufsspezifischer Kompetenzen und Fertigkeiten des Rettungsdienstberufes und damit Schaffung eines eigenen beruflichen Selbst- und Standesbewußtseins.
- Gewährleistung klarer, verbindlicher und begrenzter Übergangsregelungen für die bisher im österreichischen Rettungsdienst beruflich tätigen Personen, z.B. den Sanitätsgehilfen.
- Berücksichtigung der Interessen der Berufstätigen im Rettungsdienst z.B. durch Einbeziehung in Entscheidungs- oder Beratungsprozeße und kein „Handeln über die Köpfe der Betroffenen hinweg".
- Regelung einer einheitlichen Qualifizierung der Praxisanleiter in den betrieblichen Ausbildungseinrichtungen, den sogenannten Lehrrettungswachen, und in den Kliniken.
- Ausbau des öffentlichen beruflichen Schulwesens und der einschlägigen Lehrerausbildung um den Schwerpunkt "Rettungsdienst" [11].
- Sicherstellung der Attraktivität eines Berufsbildes für den Rettungsdienst, da der Bedarf an qualifiziertem Rettungsdienstpersonal aufgrund der demographischen Entwicklung, z.B. Überalterung der österreichischen Bevölkerung, steigen wird.
- Konzertiertes Vorgehen von Berufsangehörigen, Berufsverbänden, Gewerkschaften, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, privaten Rettungsdienstträgern, ärztlichen Standesvertretungen, Kostenträgern, Politikern sowie sonstigen Institutionen und Personen des Rettungsdienstes.

Um es nochmals zu betonen, an erster Stelle aller Bemühungen um die Etablierung eines Berufsbildes im Rettungsdienst in Österreich sollten immer die Bedürfnisse und der Bedarf der Notfallpatienten stehen. Diese für die Patienten zum Teil lebensrettende Prämisse darf nicht wie beispielsweise gerade auch in Deutschland

---

[11] Solche Studiengänge böten im übrigen hervorragende Weiterbildungsmöglichkeiten für besonders qualifizierte Rettungsassistenten, für die es bis dato immer noch keine adäquaten beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten im Rettungsdienst gibt. Solche Akademisierungsmöglichkeiten haben darüber hinaus den positiven Nebeneffekt eine sogenannte Berufselite zu entwickeln und etablieren. Einer Berufselite bieten sich - wie die Akademisierung der Krankenpflege zeigt - aufgrund ihres Status (Akademiker) und ihrer Einflußmöglichkeiten (z. B. berufsgruppenspezifische Forschungen an den Hochschulen) ganz neue Perspektiven bei der Durchsetzung der Interessen und Belange eines Berufsbereiches (vgl. ROBERT-BOSCH-STIFTUNG, 1992, S. 11 ff.) und damit auch für die Professionalisierung des Berufsbildes Rettungsassistent/in.

immer wieder zu beobachten durch standespolitischen Grabenkämpfe zwischen Ärzten und Nichtärzten im Rettungsdienst oder zwischen professionellen oder ehrenamtlichen bzw. freiwilligen Helfern gefährdet werden. Zumal es für den Notfallpatienten völlig unerheblich ist, ob er von einem Hausarzt, einem Notarzt, einem Rettungssanitäter, einem Rettungsassistenten, einem Diplomierten Rettungsassistenten, einem freiwilligen Rettungssanitäter oder einem Paramedic gerettet wird, für ihn zählt einzig und alleine das Resultat.

Die in Österreich bislang vorliegende europareife, integrierte Berufsbildkonzeption für den österreichischen Rettungsdienst, das sogenannte „Ausbildungsmodell zur Sanitätsfachkraft" (vgl. MÜLLER / HUBER, 1995) [12], das u.a. eine modulare Ausbildung zum Rettungssanitäter (RS) und zum Diplomierten Rettungsassistenten (DRA) vorsieht, scheint aus unserer Sicht gut geeignet, das Ziel einer adäquaten, nach den Bedürfnissen und zum Wohle der Patienten gestalteten Ausbildung, zu gewährleisten. Zumal auch die Wünsche und Forderungen des Rettungsfachpersonals selbst und alle Anforderungen bzw. Standards, die der European Council sowie die World Health Organization (WHO) an die Ausbildung von Rettungsdienstpersonal stellt, Berücksichtigung finden. Was nicht zuletzt aufgrund der Zugehörigkeit Österreichs zum Europäischen Wirtschaftsraum und zur Europäischen Union zu begrüßen ist.

Eines sollte bei der Schaffung eines Berufsbildes im Österreichischen Rettungsdienst immer bedacht werden. Bei der Berufstätigkeit im Rettungsdienst handelt es sich um einen ganz „besonderen" Beruf bzw. eine „besondere" Berufstätigkeit, bei der einer maximalen und standardisierten Qualifkation höchste Bedeutung beizumessen ist. Wenn es sich beim Rettungsdienstberuf um einen „normalen" Beruf handeln würde, dessen Tätigkeitsfeld sich beispielsweise auf das Sortieren von Akten oder die Gestaltung von Gartenanlagen beschränken würde, wäre ein uneinheitliches Ausbildungsniveau zwar problematisch, aber evtl. hinnehmbar, weil die Fehler, die aus einer unzureichenden Ausbildung resultieren, im schlimmsten Fall „im Papierkorb" oder „auf dem Komposthaufen" landen würden. Das berufliche Tätigkeitsfeld im Rettungsdenst zeichnet sich jedoch dadurch aus, daß Rettungsdienstmitarbeiter tagtäglich Menschen in akuter Lebensgefahr schnell und kompetent helfen müssen, um durch ihre Maßnahmen und ihr Handeln das Überleben dieser Menschen zu ermöglichen. Fehler, die aus einer unzureichenden oder ungenügenden Ausbildung des Rettungsfachpersonals resultieren, können hier fatale - im Einzelfall sogar tödliche - Folgen haben. Es sollte daher immer bedacht werden: Im Notfall sind die Besten gerade gut genug!

---

[12] Diese Berufsbildkonzeption wurde von der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen in Wien (Ö.A.G.W.) entwickelt und konzipiert (vgl. MÜLLER, 2/1996, S. 64ff.).

Literatur

AHNEFELD, F.W.: Das Rettungswesen - Gestern - Heute - Morgen. In: AHNEFELD, F.W. (wiss. Ltg.): Wirkung und Effizienz des Rettungswesens. Der Kindernotfall. Organisations- und Führungstechnik (Tagungsthema). Referateband zum 7. Bundeskongreß Rettungssanitäter / Notärzte in Karlsruhe vom 12.06. - 14.06.1987. Edewecht / Oldenburg 1987, S. 13 - 32

AHNEFELD, F.W. / DICK, W. / SCHUSTER, H.-P.: Die ärztliche Aufgabenstellung im deutschen Rettungsdienst. In: Notfallmedizin: 3/1995, S. 165 - 169

BALS, T.: Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Wirtschafts-, berufs- und sozialpädagogische Texte. Bd. 16. Köln 1990

BALS, T.: Rettungsassistentenausbildung im Berufsbildungssystem. In: DEUTSCHES ROTES KREUZ (Hrsg.): Leben retten - europaweit. 8. Rettungskongreß des Deutschen Roten Kreuzes. 4. bis 7. Mai 1994 in Dresden. Bonn 1994, S. 255 - 264

BALS, T.: Raus aus dem Ghetto. Berufsfeldbreite Qualifikation in der Gesundheits- und Sozialpflege. In: Dr. med. Mabuse, 03/1995, S. 48 - 50

BERUFSBILDUNGSGESETZ (BBiG) vom 14. August 1969, zuletzt geändert durch das Berufsbildungsförderungsgesetz vom 23. Dezember 1981. In: BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT (Hrsg.): Ausbildung und Beruf - Rechte und Pflichten während der Berufsausbildung. Bonn 1990, Anhang (1) S. 3 - 34

BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT (Hrsg.): Berufsbildungsbericht 1993. Bad Honnef 1993

BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT (Hrsg.): Berufsbildungsbericht 1994. Bad Honnef 1994(a)

BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT (Hrsg.): Berufsausbildung im dualen System in der Bundesrepublik Deutschland. 3. Aufl., Bonn 1994(b)

BUNK, G.P.: Grundlagen der Arbeits-, Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Wetzlar 1990

DEUTSCHES ROTES KREUZ (Hrsg.): Ergebnisse des 1. Rettungskongresses des Deutschen Roten Kreuzes. 2. und 3. Juni 1966 in Berlin. Bonn 1966

DICK, W.: Frühdefibrillation - und immer noch kein Ende? In: Notfallmedizin, 8/1995, S. 389

FRACKMANN, M. / LOSERT, C. (Bearb.): Medizinalfachberufe. Nichtärztliche Gesundheitsberufe. Analysen der Ausbildungssituation und Materialien. Hrsg. von der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW), Landesverband Niedersachsen, und der Gewerkschaft ÖTV, Bezirksverwaltung Niedersachsen. Hannover 1983

GEWERKSCHAFT ÖFFENTLICHE DIENSTE, TRANSPORT UND VERKEHR (ÖTV): ÖTV-Report: Rettungsdienst. Stuttgart 1990

GRUSCHKA, A.: Diplom kontra Gesellenbrief. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, 03/1992, S. 66 - 69

GÜNTHER, R.: Rettungsassistent - ein Beruf? In: Rettungsdienst Journal, 1/1995, S. 20 - 22

HÜNDORF, H.-P.: Berufsbild „Rettungsassistent" - Anspruch und Realität. In: Rettungsdienst, 12/1994, S. 40 - 42

HÜNDORF, H.-P.: Ist Fortbildung Qualitätssicherung? In: Der Schrittmacher. Fach- und Informartionsblatt für den Notarzt- und Rettungsdienst in Thüringen, 2/1995, S. 9 - 11

KALTEYER, N.: Der Weg ... zum Berufsbild. In: Rettungsdienst Journal, 3/1991, S. 12 - 18

KNUTH, P.: Ärztlicher Leiter Rettungsdienst. Empfehlungen der Bundesärztekammer. In: Rettungsdienst, 03/1995, S. 31 - 33

MÜLLER, C. / HUBER, S.K.: Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst. Ausbildung zur Sanitätsfachkraft. 3. Aufl., Wien 1995

NEVEN, P.: Modelle zur Curriculumkonstruktion. In: TWARDY, M. (Hrsg.): Kompendium Fachdidaktik Wirtschaftswissenschaften. Bd. 3, Teil I, Düsseldorf 1983, S. 111 - 161

ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hrsg.): Pflege braucht Eliten. Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen 1992

RUNGGALDIER, K: Berufsausbildung im Rettungsdienst - Ergebnisse einer Bestandsaufnahme in den alten Bundesländern. In: KONTOKOLLIAS, J.S. / RUPPPRECHT, H. (wiss. Ltg.): Qualität sichern - Strukturen optimieren (Tagungsthema). Referateband / 13. Bundeskongreß Rettungsdienst, Nürnberg 1993. Edewecht 1993, S. 75 - 84

RUNGGALDIER, K.: Berufspädagogische Untersuchung der Ausbildung im Rettungsdienst. In: DEUTSCHES ROTES KREUZ (Hrsg.): Leben retten - europaweit. 8. Rettungskongreß des Deutschen Roten Kreuzes. 4. bis 7. Mai 1994 in Dresden. Bonn 1994, S. 739 - 754

RUNGGALDIER, K.: Der vergessene „Outlaw" zur Qualitätssicherung im Rettungswesen. In: Notfallmedizin, 11/1994, S. 561 - 563

RUNGGALDIER, K.: Rettungsasssitentenschulen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Rettungsdienst Journal 1/1995, S. 18 - 19 und 2/1995, S. 54 - 55

RUNGGALDIER, K.: Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten - Underdogs der Berufsbildung!? In: Rettungsdienst 6/1995, S. 6 - 16

RUNGGALDIER, K. / BALS, T.: Zur Handlungskompetenz von Rettungsassistenten. In: Rettungsdienst 9/1996, S. 6 - 15

RUNGGALDIER, K. / ENKE, K. / BALS, T.: Zur Empirie der Berufsausbildung im Rettungsdienst. In: Notfallmedizin, 5/1994, S. 252 - 256

RUNGGALDIER, K. / PIETZARKA, B.: Rettungsassistent/in - eine Weiterbildungsmöglichkeit für Krankenpflegepersonal. In: Die Schwester / Der Pfleger, 10/1995, S. 922 - 928

RUNGGALDIER, K. / SCHMITZ-EGGEN, L.: Die Rettungsassistentenausbildung in der Bundesrepublik Deutschland - Eine Wahlhilfe. In: Feuerwehr-Magazin, 1/1995, S. 41 - 49 und 2/1995, S. 90 - 95

SCHNEIDER, A.: Rechts- und Berufskunde für medizinische Assistenzberufe. Lehrbuch für Aus-, Fort- und Weiterbildung. 3. Aufl., Berlin / Heidelberg / New York 1990

SEFRIN, P.: Kompetenz statt Notkompetenz. In: Der Notarzt, 4/1995, S. 129 - 131

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Berufliches Schulwesen. Ausgabe 1984. Fachserie 11, Bildung und Kultur; Reihe 2, Wiesbaden 1985

STROBL, R.: Die Probleme der Zukunft sind heute schon vorgeplant. In: Rettungsdienst, 6/1992, S. 411 - 412

TSCHÖPA, I.: Die Weiterbildung der Medizinisch-technischen Assistentin zur Lehrassistentin im Vergleich zur Weiterbildung der Krankenschwestern zur Unterrichts- oder leitenden Schwester. In: Medizinisch-technische Assistenz, 06/1975, S. 330 - 342 und 7/1975, S. 385 - 395

WAGNER, B. u.a.: Alles Frühdefibrillation, oder was? In: Rettungsdienst Journal, 4/1995, S. 128 - 129



Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst



Österreichische Akademie für Gesundheitswesen
Ö.A.G.W.

Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst



Ausbildung zur Sanitätsfachkraft
Emergency Medical Assistant
EMA

Wien, 1995

Danksagung

Für die Förderung und Unterstützung des Gesamtprojektes gilt es, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) sowie dem Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank (OeNB) unseren besonderen Dank auszusprechen.

Ebenso möchten wir allen in- und ausländischen Experten, Organisationen und Institutionen, insbesondere der Wiener Gebietskrankenkasse, der Österreichischen Ärztekammer, der Wiener Ärztekammer, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, dem Österreichischen Gewerkschaftsbund (ÖGB), der Fachgewerkschaft Handel, Transport, Verkehr und soziale Berufe (HTV), der Arbeiterkammer, der Bundeswirtschaftskammer, der Gemeinde Wien - Geschäftsgruppe Gesundheits- und Spitalswesen, Bereichsleitung für rechtliche und personelle Angelegenheiten des Gesundheits- und Spitalswesens sowie dem Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien - MA 70, den Rettungsorganisationen, den zuständigen Universitätskliniken, dem Bundesministerium für Landesverteidigung sowie allen befaßten Bundes- und Landesbehörden ganz besonders herzlich für ihre Unterstützung und Kooperation bei der Durchführung dieses Projektes danken.

Impressum:

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
Müller, Christian D.,
Huber, Silvia K.:
Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst
Kurztitel:
Ausbildung zur Sanitätsfachkraft
Emergency Medical Assistant - EMA
Christian D. Müller. - Wien ; Österreichische Akademie für Gesundheitswesen 1995
3. Auflage
(Schriftenreihe zur Sozial- und Gesundheitssystemforschung sowie Gesundheitsökonomie der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W. ; Bd. 7)
ISBN 3-901368-07-8

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

1. Auflage 1993: ISBN 3-901368-01-9
2. Auflage 1994: ISBN 3-901368-05-1
3. Auflage 1995: ISBN 3-901368-07-8

© Copyright 1993, 1994 und 1995 by Österreichische Akademie für Gesundheitswesen Ö.A.G.W.

Österreichische Akademie für Gesundheitswesen
Ö.A.G.W.

ANALYSE UND STRATEGIEN IN DER NOTFALLMEDIZINISCHEN AUSBILDUNG DES NICHTÄRZTLICHEN SANITÄTSPERSONALS IM RETTUNGSDIENST

Dr. Christian D. Müller
Akad. gepr. Krankenhausmanager
Projektleiter
Präsident und Wissenschaftlicher Leiter der
Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen

Silvia K. Huber
Akad. gepr. Krankenhausmanagerin
Projektkoordination
Generalsekretärin der
Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen

Forschungsbericht im Rahmen der
Schriftenreihe zur Sozial- und Gesundheitssystemforschung sowie Gesundheitsökonomie
der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.
Band 7
1. Auflage 1993: ISBN 3-901368-01-9
2. Auflage 1994: ISBN 3-901368-05-1
3. Auflage 1995: ISBN 3-901368-07-8

© Copyright by Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.

Für die Unterstützung bei der Drucklegung dieses Buches danken die Verfasser und die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen folgenden Institutionen und Firmen sehr herzlich:

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt - AUVA

Gemeinde Wien - Geschäftsgruppe Gesundheits- und Spitalswesen
Bereichsleitung für rechtliche und personelle Angelegenheiten
Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien - MA 70

Österreichischer Gewerkschaftsbund - ÖGB
Fachgewerkschaft Handel, Transport, Verkehr und soziale Berufe - HTV

Kammer für Arbeiter und Angestellte für Österreich sowie für Wien

Wirtschaftskammer Österreich

Österreichische Lotterien

Bayer Austria

Siemens Aktiengesellschaft Österreich

Boehringer Mannheim Austria

Die Erste österreichische Spar-Casse-Bank Aktiengesellschaft

Raiffeisen Zentralbank Österreich Aktiengesellschaft RZB

Förderungsgeber:
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt - AUVA
Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank

Wissenschaftlicher Projektbegleiter der AUVA:
Dr. Harald MARUNA

Projektteam:

Projektleitung:
Dr. med. Christian MÜLLER

Projektkoordination:
Silvia HUBER

Projektmitarbeiter:
Jakob GRUMBACH
Mag. Gerhard HOLLER
Dr. Anita RIEDER
Matthias SCHABL
Dr. Wolfgang SCHADEN

Projektteam zur Durchführung der Befragung:
Mag. Margit NÖHRER
Dr. Karl OBERMAIR
Mag. Rolanda OBERMAIR-CHERBES

Das beratende Expertengremium bestand aus:

Heeressanitätschef Divr. Vizepräsident Dr. Hubert HRABCIK
Univ.-Doz. Prim. Dr. Wilfried ILIAS
Dr. Robert KOTZAUREK
Univ.Prof. Dr. Gunar KROESEN
Vorstand Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE
Direktor Prim. Univ.-Doz. Dr. Heinz KUDERNA
Vorstand Univ.-Prof. Dr. Walter MAURITZ
Dr. Johannes RUDDA
Univ.-Prof. Dr. Peter SEFRIN
Zentralsekretär-Stvtr. Walter STASTNY
Univ.-Prof. Dr. Heinz WEBER
Prim. MR Dr. Friedrich WEISS
Univ.-Prof. Dr. Walther WERNSDORFER

Das Projekt wurde durchgeführt unter Mitarbeit von:

Dr. Birgit HOLLMANN
Dr. Günter HUEMER
Alfred KLAIR
Dr. Gerhard POLAK
Dipl. soc. Christoph REDELSTEINER

und in Kooperation mit bzw. mit Unterstützung von:

Wiener Gebietskrankenkasse

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Universität Wien - Institut für Sozialmedizin

Österreichisches Rotes Kreuz - Landesverband für Niederösterreich - Bezirksstelle Korneuburg

Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft

Bundesministerium für Landesverteidigung

Österreichisches Normungsinstitut

Österreichisches Statistisches Zentralamt (ÖSTAT)

Österreichischer Gewerkschaftsbund - Fachgewerkschaft Handel, Transport, Verkehr und soziale Berufe

Bundesfachgruppe für Krankentransport des ÖGB/HTV

Auslandsbüro der Wiener und der Österreichischen Ärztekammer - Auslandsreferat

Referat für Notfall- und Katastrophenmedizin der Wiener Ärztekammer

Kammer für Arbeiter und Angestellte

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

sowie weiteren nationalen und internationalen Experten, Behörden sowie Institutionen und Organisationen auf dem Bereich des Notfall- und Rettungswesens

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
	Vorwort zur 3. Auflage	XIII
	Vorwort zur 2. Auflage	XV
	Zusammenfassung	XIX
	Summary	XXII
	Contenu	XXIV
1	Präambel	1
2	Historische Entwicklung des Notfall- und Rettungswesens	11
2.1	Erste geschichtliche Hinweise auf lebensrettende Maßnahmen	11
2.2	Das Problem der Todesfeststellung und der Ursprung der Mund-zu-Mund-Beatmung	12
2.3	Biblische Beispiele der Wiederbelebung	12
2.4	Die ersten medizinischen Ausführungen über lebensrettende Maßnahmen	13
2.5	Antike und Mittelalter	14
2.6	Der Einfluß des Christentums	15
2.7	Die Neuzeit - Geburtsstunde der Notfallmedizin	17
2.8	Institutionen und Organisationen der Notfallmedizin und des Rettungsdienstes	19
2.9	Die Entwicklung des Rettungsdienstes im 20. Jahrhundert und der Einfluß neuer notfallmedizinischer Erkenntnisse	28
3	Relevante Ausbildungsmodelle ausländischer Rettungssysteme	31
3.1	Europa	32
3.1.1	Das Rettungswesen in der Bundesrepublik Deutschland	32
3.1.1.1	Kurzer historischer Rückblick	32
3.1.1.2	Gesetzliche und allgemeine Grundlagen	32
3.1.1.2.1	Grundgesetz (GG)	33
3.1.1.2.2	Rettungsdienst- und Feuerwehrgesetze der Länder	33
3.1.1.2.3	Ausbildungsgesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland	34
3.1.1.3	Struktur des Rettungswesens	35
3.1.1.3.1	Allgemeines und statistische Grundlagen	35
3.1.1.3.2	Personal im Rettungsdienst	37
3.1.1.3.3	Rettungsdienst und Normung	39
3.1.1.3.4	Einsatz- und Beförderungsmittel	41

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung)

		Seite
3.1.1.3.5	Rettungsleitstellen	48
3.1.1.3.6	Rettungswachen	48
3.1.1.3.7	Rettungskette	48
3.1.1.3.8	Notarztsysteme	49
3.1.1.3.9	Notrufsysteme	50
3.1.1.3.10	Finanzierung	51
3.1.1.4	Das Berufsbild des Rettungssanitäters und des Rettungsassistenten	52
3.1.1.4.1	Aufgaben, Tätigkeitsbereiche und Tätigkeitsmerkmale	52
3.1.1.4.2	Die Kompetenzen des Rettungssanitäters und des Rettungsassistenten	54
3.1.1.4.3	Dienstgeber	61
3.1.1.4.4	Berufsbezeichnungen	61
3.1.1.4.5	Umstiegsmöglichkeiten	61
3.1.1.4.6	Übergangsbestimmungen und Personalbedarf	62
3.1.1.4.7	Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	63
3.1.1.4.8	Berufsspezifische Belastungen	63
3.1.1.4.9	Unfallverhütung und Präventionsmaßnahmen	64
3.1.1.5	Ausbildung des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst	65
3.1.1.5.1	Begriffsbestimmung	65
3.1.1.5.2	Berufsvoraussetzungen	66
3.1.1.5.3	Ausbildung und Lehrinhalte	67
3.1.1.5.4	Stellungnahmen, kritische Bemerkungen sowie Verbesserungsansätze Deutscher Experten der Notfall- und Katastrophenmedizin zum Berufsgesetz und zur Ausbildung der Rettungsassistenten	78
3.1.1.5.5	Lern- und Lehrbehelfe	82
3.1.1.5.6	Ausbildungsstätten des Rettungsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland	84
3.1.1.5.7	Weiterführende Spezialisierungsmöglichkeiten	86
3.1.1.5.8	Fort- und Weiterbildung	86
3.1.1.5.9	Breitenausbildung, Ersthelfer	87
3.1.1.6	Qualitätssicherung	88
3.1.1.6.1	Dokumentation	88
3.1.1.6.2	Verpflichtende Qualitätssicherung	89
3.1.2	Das Rettungswesen in der Schweiz	90
3.1.2.1	Gesetzliche Grundlagen	90
3.1.2.2	Finanzierung	90
3.1.2.3	Struktur des Rettungswesens	91
3.1.2.3.1	Allgemeines und statistische Grundlagen	91

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

3.1.2.3.2	Rettungsdienst und Normung - Interverband für Rettungswesen (IVR)	92
3.1.2.4	Das Personal im Rettungsdienst und seine Ausbildung	93
3.1.2.4.1	Der Nothelfer	94
3.1.2.4.2	Der Ersthelfer oder Samariter	95
3.1.2.4.3	Der Rettungssanitäter IVR	99
3.1.2.4.4	Der Notarzt	108
3.1.2.5	Rettungsmittel und Rettungseinsatzstellen	109
3.1.2.5.1	Definition von Patient und Rettungsmittel	109
3.1.2.5.2	Organisation des Patiententransportes	110
3.1.2.6	Notarztsysteme und Rettungsdienste	110
3.1.2.7	Notrufsysteme	111
3.1.3	Slowakei und Tschechien, vormals CSFR	112
3.1.3.1	Gesetzliche Grundlagen	112
3.1.3.2	Finanzierung	112
3.1.3.3	Struktur und Organisation des Rettungswesens	112
3.1.3.3.1	Allgemeines und statistische Grundlagen	113
3.1.3.3.2	Rettungsdienst, Normung und Richtlinien	113
3.1.3.4	Das Personal im Rettungsdienst und seine Ausbildung	114
3.1.3.4.1	Personal	114
3.1.3.4.2	Trägerinstitutionen und Ausbildung	115
3.1.3.4.3	Tätigkeitsbereiche des Sanitätspersonals	115
3.1.3.5	Rettungsmittel, Ausstattung und Rettungseinsatzstellen	116
3.1.3.5.1	Rettungsmittel und Ausstattung	116
3.1.3.5.2	Rettungseinsatzstellen	116
3.1.3.6	Notarztsysteme - Einsatzbereiche des Arztes	116
3.1.4	Das Rettungswesen in den Niederlanden	117
3.1.4.1	Gesetzliche Grundlagen	117
3.1.4.2	Finanzierung	117
3.1.4.3	Struktur und Organisation des Rettungswesens	118
3.1.4.3.1	Allgemeines und statistische Grundlagen	118
3.1.4.3.2	Rettungsdienst, Normung und Richtlinien	119
3.1.4.4	Das Personal im Rettungsdienst und seine Ausbildung	119
3.1.4.4.1	Personalsituation	119
3.1.4.4.2	Die Entwicklung der Ausbildung	119
3.1.4.4.3	Trägerinstitutionen und Ausbildungsangebot	120
3.1.4.5	Rettungsmittel, Ausstattung und Rettungseinsatzstellen	122
3.1.4.5.1	Rettungsmittel und Ausstattung	122
3.1.4.5.2	Rettungseinsatzstellen	123
3.1.4.6	Notarztsysteme - Einsatzbereich des Arztes	124
3.1.4.7	Rettungsdienste	125

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

3.1.4.8	Notrufsysteme	125
3.1.4.9	Dokumentation im Rettungsdienst	125
3.1.4.10	Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rettungsdienst	126
3.1.4.11	Katastrophenschutz	126
3.1.5	Das Rettungswesen in Ungarn	127
3.1.5.1	Kurzer historischer Überblick der Rettung in Ungarn	127
3.1.5.2	Gesetzliche Grundlagen	128
3.1.5.3	Finanzierung	128
3.1.5.4	Struktur und Organisation des Rettungswesens	128
3.1.5.4.1	Allgemeines und statistische Grundlagen	128
3.1.5.4.2	Rettungsdienst, Normung und Richtlinien	129
3.1.5.5	Das Personal im Rettungsdienst und seine Ausbildung	130
3.1.5.5.1	Personal	130
3.1.5.5.2	Trägerinstitutionen und Ausbildung	130
3.1.5.5.3	Tätigkeitsbereiche der Rettungsoffiziere des Ungarischen Rettungsdienstes	132
3.1.5.5.4	Kompetenzen des Rettungsdienstpersonals in Ungarn	133
3.1.5.6	Rettungsmittel, Ausstattung und Rettungseinsatzstellen	133
3.1.5.6.1	Rettungsmittel und Ausstattung	133
3.1.5.6.2	Rettungseinsatzstellen	134
3.1.5.7	Notarztsysteme - Einsatzbereich und Ausbildung des Arztes	134
3.1.5.8	Rettungsdienste	136
3.1.5.9	Notrufsysteme	136
3.1.5.10	Dokumentation im Rettungsdienst	136
3.1.5.11	Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rettungsdienst	137
3.2	Die Europäische Union (EU) und die praeklinische Notfallmedizin	137
3.2.1	Überblick über die historische Entwicklung des Rettungsdienstes in Europa	137
3.2.2	Terminologie des europäischen Rettungswesens	139
3.2.3	Rettungsdienst in Europa - von der Vision zur Realität	142
3.2.4	Quo vadis Notfallrettung im Vereinigten Europa?	147
3.2.5	Mindeststandards für das Rettungsdienstpersonal	149
3.2.6	Anerkennung von Qualifikationen in Europa	153
3.2.7	Emergency Medical Assistance Services (EMAs) in View of the Council of Europe	154
3.2.8	Präklinische Notfallmedizin in Europa	157
3.2.9	Der Europäische Notfallausweis (ENA)	159
3.2.10	Europäische Standards und Normen im Rettungswesen	160

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

3.2.11	Konsequenzen des europäischen Binnenmarktes auf den Rettungsdienst und auf die Erstellung europäischer Standards und Normen	164
3.3	Internationale Aspekte der präklinischen Notfallversorgung und der Ausbildung im Rettungswesen	166
3.3.1	WHO - World Health Organization	166
3.3.2	Internationale Standards und Normen	170
3.4	Das Rettungs- und Notfallwesen der USA	172
3.4.1	Historischer Rückblick und Systementwicklung	172
3.4.2	Gesetzliche Grundlagen	175
3.4.3	Terminologie	176
3.4.4	Organisation und Struktur des Rettungswesens der USA	182
3.4.4.1	Finanzierung und volkswirtschaftliche Aspekte	182
3.4.4.2	Chain of Survival	183
3.4.4.3	Zentraler Notruf und Dispatch-Centres	184
3.4.4.4	Eintreffzeiten	186
3.4.4.5	Hospitals and Emergency Rooms	187
3.4.4.6	Formen und Einrichtungen des Rettungsdienstes	187
3.4.4.7	Einsatzmittel	191
3.4.5	Personal	193
3.4.5.1	Berufsbild des "Emergency medical Technician - EMT"	193
3.4.5.2	Der Tätigkeitsbereich des EMT	195
3.4.5.2.1	Begriffsbestimmung und Tätigkeitsspektrum des EMT-A	196
3.4.5.2.2	Begriffsbestimmung und Tätigkeitsspektrum des EMT-I	197
3.4.5.2.3	Begriffsbestimmung und Tätigkeitsspektrum des EMT-P	198
3.4.5.3	Die Aufgaben des Supervisors und die Bedeutung der Einsatzprotokolle	199
3.4.5.4	Ausbildung	200
3.4.5.4.1	Ausbildungsinstitutionen	200
3.4.5.4.2	Ausbildungsvorschriften	200
3.4.5.4.3	Evaluation des Ausbildungserfolges	201
3.4.5.4.4	Prüfungen	202
3.4.5.4.5	Ausbildungsdauer und Lehrinhalte der einzelnen Ausbildungsstufen	204
3.4.5.4.6	Emergency Medical Technician - Ambulance (EMT-A)	204
3.4.5.4.7	Emergency Medical Technician - Intermediate (EMT-I)	205
3.4.5.4.8	Emergency Medical Technician - Paramedic (EMT-P)	206
3.4.5.4.9	Universitätsausbildungen für Paramedics	208
3.4.5.4.10	Spezielle Fachausbildungen für Paramedics	208
3.4.5.4.11	Paramedics im Krankenhaus	208
3.4.5.4.12	Lizenzerhalt und Lizenzverlust	209

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

3.4.5.5	Weitere relevante Berufsgruppen, die im Rettungsdienst bzw. im Bereich der Notfallmedizin tätig sind	210
3.4.5.6	Didaktik, Lehr- und Lernbehelfe	211
3.4.5.7	Qualitätssicherung und Patientendokumentation	213
3.4.5.8	Laienausbildung und Ausbildung der First Responder	215
4	Status Quo des Rettungswesens in Österreich	217
4.1	Legistische Grundlagen	217
4.1.1	Bundesverfassung - Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen	217
4.1.2	Bundesgesetzgebung im Bereich des Rettungswesens	223
4.1.2.1	Das Reichssanitätsgesetz - RSG	223
4.1.2.2	Krankenpflegegesetz	224
4.1.2.2.1	Krankenpflegefachdienst	224
4.1.2.2.2	Sanitätshilfsdienst	227
4.1.2.2.3	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Sanitätshilfsdienste	227
4.1.2.3	Landesgesetzgebung - Rettungsgesetze der Länder	228
4.1.2.4	Weitere das Rettungswesen tangierende Berufsgesetze im Bereich des Gesundheitswesens	230
4.1.2.4.1	Ärztegesetz	230
4.1.2.4.2	MTD-Gesetz	232
4.1.2.4.3	Pflegehelferverordnung - PflHV	232
4.1.2.4.4	Hebammengesetz	234
4.2	Begriffsbestimmung	236
4.3.	Ressourcen	242
4.3.1	Organisation und Struktur	242
4.3.1.1	Die Aufgaben des Rettungsdienstes	242
4.3.1.2	Einrichtungen des Rettungsdienstes	243
4.3.2	Das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst	245
4.3.3	Normung und Standards bei Einsatzmittel und Ausstattung	249
4.3.3.1	Österreichisches Normungsinstitut - Austrian Standards Institute (ON)	249
4.3.3.2	Österreich auf dem Weg zu internationalen Standards	250
4.3.3.3	Ausstattung und Normung bodengebundener Einsatzmittel in Österreich	250
4.3.3.4	Ausstattung und Normung der Einsatzmittel in der Österreichischen Flugrettung	253
4.4	Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals	257
4.4.1	Derzeitiger Ausbildungsstand in Österreich	257
4.4.1.1	Die gesetzlichen Ausbildungsinhalte	257
4.4.1.2	Ausbildungsvorschriften und Ausbildungsinhalte der Trägerorganisationen	259

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

4.4.1.2.1	Das Österreichische Rote Kreuz - ÖRK	259
4.4.1.2.2	Städtischer Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst, MA 70	270
4.4.1.2.3	Arbeitersamariterbund Österreich - ASB	273
4.4.1.2.4	Die Johanniter-Unfall-Hilfe	274
4.4.1.2.5	Hospitaldienst des Souveränen Malteser-Ritter-Ordens	274
4.4.1.2.6	Österreichisches Bundesheer	275
4.4.1.3	Weiterführende Zusatzausbildungen bzw. Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	275
5	Ergebnisse der Berufsfeldstudie	277
5.1	Untersuchungsmethode und Auswahlverfahren	277
5.2	Struktur der Stichprobe	279
5.3	Ergebnisse der Befragung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst	292
5.3.1	Ergebnisse der Befragung sowie berufsrelevante Aspekte	292
5.3.2	Ergebnisse der Befragung hinsichtlich der Erwartungen, Forderungen und Wünsche der im Rettungsdienst beschäftigten nichtärztlichen Mitarbeiter (Soll-Zustand)	328
5.4	Anforderungs- und Tätigkeitsprofil des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst	337
5.4.1	Medizinisches Anforderungs-, Tätigkeits- und Leistungsspektrum	337
5.4.2	Einsatztaktisches Anforderungs-, Tätigkeits- und Leistungsspektrum	341
5.4.3	Rettungstechnisches Anforderungs-, Tätigkeits- und Leistungsspektrum	342
5.4.4	Sonstige Tätigkeiten des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst	343
5.4.5	Tätigkeitsprofil in Bezug auf die verschiedenen Einsatzmittel (Sanitätskraftwagen) und deren personelle Besetzung	344
5.4.6	Tätigkeitsprofil hinsichtlich des Spektrums an Notfallpatienten bei High Risk Events	345
5.5	Auswertung und Ergebnisse des Wissenstestes	346
5.5.1	Allgemeines	346
5.5.2	Auswertung nach Richtigkeit der Beantwortung der Fragen	347
5.5.3	Signifikanzberechnung nach Wissensgruppen	348
5.5.4	Ergebnisse des Signifikanztestes nach Wissensgruppen	348
5.5.5	Auswertung nach den Parametern "Hauptamtliche" und "Freiwillige"	349

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

6	Rettungswesen in Österreich: "Sanitäter" quo vadis? - Ein neues Berufsbild entsteht!	351
6.1	Der Wandel im Gesundheitswesen und seine Auswirkungen auf das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst	351
6.2	Allgemeine Prämissen und Grundforderungen an das neue Berufsbild der Sanitätsfachkraft	354
6.3	Forderungen und Ziele des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst an das neue Berufsbild anhand der Berufsfeldstudie	356
6.4	Forderungen und Ergebnisse der Interdisziplinären Fachgruppentagung sowie der Workshops des ÖGB, Fachgewerkschaft Handel, Transport, Verkehr und soziale Berufe - HTV, Bundesfachgruppe für Krankentransport	360
6.5	Vorstellungen und Stellungnahme der Kammer für Arbeiter und Angestellte zum neuen Berufsbild der Sanitätsfachkraft	363
6.6	Vorstellungen und Stellungnahme der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft (BWK) zu dem neuen Berufsbild der Sanitätsfachkraft	365
6.7	Sozialpolitische Aspekte - Das Berufsbild aus der Sicht des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), eine Stellungnahme des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, Fachgewerkschaft Handel, Transport, Verkehr und Sozialberufe ÖGB/HTV	366
6.8	Gesundheitspolitische Voraussetzungen und gesellschaftspolitische Einflußfaktoren	371
6.9	Das nichtärztliche Sanitätspersonal im österreichischen Rettungsdienst - Ist-Zustand und Zukunftsperspektiven aus notärztlicher Sicht	377
6.10	Erwartungen, Forderungen und Wünsche aus der Sicht des hauptberuflichen Personals an das Berufsbild der Sanitätsfachkraft	379
6.11	Erwartungen, Forderungen und Wünsche aus der Sicht des freiwilligen nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst an das Berufsbild der Sanitätsfachkraft	382
6.12	Erwartungen, Forderungen und Wünsche aus der Sicht des Patienten an die Sanitätsfachkraft	386
6.13	Sozialmedizinische Aspekte und Anforderungen an das neue Berufsbild der Sanitätsfachkraft	392
6.14	Aspekte des Berufsschutzes der Sanitätsfachkraft	394

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

7	Die Ausbildung zur Sanitätsfachkraft	397
7.1	Allgemeines	397
7.1.1	Begriffsklärung	397
7.1.1.1	Sanitätsfachkraft (SFK)	397
7.1.1.2	Der Rettungshelfer (RH)	398
7.1.1.3	Der Rettungssanitäter (RS)	398
7.1.1.4	Der Cand. DRA	398
7.1.1.5	Der Diplomierte Rettungsassistent (DRA)	399
7.1.1.6	Der Diplomierte Lehrrettungsassistent (DLRA)	399
7.1.1.7	Der Notarzt (NA)	399
7.1.1.8	Der Leitende Notarzt (LNA)	400
7.1.1.9	Der Lehrrettungswagen (LRW)	401
7.1.1.10	Die Lehrrettungsstelle (LRS)	401
7.1.1.11	Die Rettungssanitäterschule (RSS)	402
7.1.1.12	Die Österreichische Rettungsakademie (ÖRAK)	402
7.1.1.13	Die Rettungsleitstelle (RLS) bzw. Dispatch-Centre (DC)	403
7.1.1.14	Qualifizierte notfallmedizinische Notrufannahme (Emergency Medical Dispatching - EMD)	404
7.2	Das integrierte Ausbildungsmodell zur Sanitätsfachkraft	405
7.2.1	Das Ausbildungsmodell zum Rettungssanitäter (RS)	405
7.2.1.1	Zulassungsbestimmungen zur Ausbildung zum Rettungssanitäter (RS)	407
7.2.1.2	Das Tätigkeitsprofil des Rettungssanitäters	408
7.2.1.3	Die Kompetenzen des Rettungssanitäter	413
7.2.1.4	Ausbildungsinhalte, -umfang und Lehrkörper	414
7.2.1.5	Ausbildungsträger	416
7.2.1.5.1	Rettungssanitäterschulen (RSS)	418
7.2.1.5.2	Kursleitung	418
7.2.1.6	Abschlußprüfung zum Rettungssanitäter, Prüfungskommission	419
7.2.1.7	Übergangsbestimmungen, Anrechnung und Ergänzungs-ausbildung	420
7.2.1.8	Kennzeichnung	425
7.2.1.9	Berufsbezeichnung und Berufsanerkennung	425
7.2.2	Die Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten (DRA)	425
7.2.2.1	Das Integrierte Ausbildungsmodell zum Diplomierten Rettungsassistenten	429
7.2.2.1.1	Das Stufenmodell	429
7.2.2.1.2	Das Schulmodell	433
7.2.2.1.3	Das Ausbildungsmodell und Berufsziel beim Österreichischen Bundesheer	436
7.2.2.1.4	Das Übergangsmodell	436

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

7.2.2.2	Zulassungsbestimmungen zur Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten	438
7.2.2.3	Das Anforderungs- und Tätigkeitsprofil des Diplomierten Rettungsassistenten (DRA)	439
7.2.2.4	Die eigenverantwortlichen Handlungsspielräume des Diplomierten Rettungsassistenten - Legistische Grundlagen und Handlungsbedarf	447
7.2.2.5	Ausbildungsinhalte und -umfang, Lehrkörper	454
7.2.2.6	Ausbildungsträger, Ausbildungsstätten und Akademieleitung sowie Ausbildungsstrategien, etc.	475
7.2.2.6.1	Österreichische Rettungsakademie (ÖRAK)	475
7.2.2.6.2	Akademieleitung	479
7.2.2.6.3	Die Lehrrettungsstelle (LRS)	480
7.2.2.6.4	Der Lehrrettungswagen (LRW) und das Rettungsteam	483
7.2.2.6.4	Ausbildungsstrategien und Unterrichtsformen	484
7.2.2.7	Prüfungsmodalitäten, Diplomprüfung und Diplomarbeit	486
7.2.2.8	Kennzeichnung	490
7.2.2.9	Berufsbezeichnung	490
7.2.2.10	Umsetzungszeiträume der Ausbildungsreform	490
7.2.2.11	Umstiegsmöglichkeiten in andere Gesundheitsberufe	493
7.3	Sonderausbildungen sowie Fort- und Weiterbildung	496
7.3.1	Sonderausbildungen	496
7.3.1.1	Diplomierter Lehrrettungsassistent (DLRA)	497
7.3.1.2	Diplomierter Arbeitsmedizinischer Assistent (DAMA)	499
7.3.1.3	Diplomierter Flugrettungs- und Rettungstransporthubschrauber-Assistent (DFRA)	503
7.3.1.4	Diplomierter Organisations- und Dispatch-Centre-Assistent (Dipl. ODCA)	506
7.3.1.5	Diplomierter Gesundheits-, Rettungs- und Sprengelmanager (Dipl. GRSM)	508
7.3.1.6	Diplomierter Supervisionsassistent (Supervisor, DSVA)	509
7.3.1.7	Diplomierter Hygiene- und Unfallverhütungsassistent (Dipl. HUVA)	511
7.3.2	Fort- und Weiterbildung	513
7.4	Berufs- und standespolitische Voraussetzungen	514
8	Gesundheitsökonomische Aspekte und volkswirtschaftliche Berechnungsansätze der Ausbildung der Sanitätsfachkräfte nach dem Ausbildungsmodell der Ö.A.G.W.	517
8.1	Kosten	517

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

8.1.1	Ausbildungskosten zum Diplomierten Rettungs-assistenten (DRA)	517
8.1.1.1	Bedarf an Ausbildungsplätzen für die derzeit im Rettungsdienst Beschäftigten	517
8.1.1.2	Bedarf an Ausbildungsplätzen für die Neuauszubildenden	518
8.1.1.2.1	Zusatzbedarf	518
8.1.1.2.2	Schulung der Neubeginner	518
8.1.1.3	Kosten der Ausbildung	520
8.1.2	Betriebskosten	521
8.2	Nutzen	521
9	Qualitätssicherung im Rettungswesen	527
9.1	Definitionen und Begriffsbestimmung	527
9.2	Kategorien der Qualitätsbeurteilung	531
9.2.1	Die Prozeßqualität (= Ablaufqualität)	532
9.2.2	Die Strukturqualität (= Angebotsqualität)	533
9.2.3	Die Ergebnisqualität (= Resultatqualität)	534
9.3	Methodik und Instrumente bei der Einführung und Umsetzung der Qualitätssicherung	535
9.3.1	Stufenplan der Qualitätssicherung	535
9.3.2	Basis- bzw. Mindeststandards	539
9.3.3	Die ÖRAK als "Professional Standards Review Organization - PSRO"	540
9.3.4	Instrumente der Qualitätssicherung	540
9.3.5	Tracer-Diagnosen	541
9.3.6	Stellenbeschreibungen	542
9.3.7	Konsensuskonferenz	543
9.4	Standards und Normen in der präklinischen Notfallmedizin anhand ausgewählter Beispiele	543
9.4.1	Standards hinsichtlich des Faktors "Zeit"	543
9.4.2	Schematischer Ablauf eines Notfalleinsatzes	544
9.4.3	Strategien und Methoden zur Qualitätssicherung	545
9.5	Möglichkeiten der Qualitätssicherung im Rettungswesen	547
10	Empfehlungs- und Maßnahmenkatalog	549
11	Notfallmedizinische Beurteilung des Ausbildungskonzeptes der Ö.A.G.W.	553
11.1	Stellungnahme zum modularen Ausbildungsmodell zur Sanitätsfachkraft durch Prim. Univ.-Doz. Dr. W. Ilias	553

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung)

		Seite
11.2	Beurteilung des gegenständlichen Ausbildungskonzeptes durch Univ.-Prof. Dr. P. Sefrin	555
11.3	Stellungnahme zum modularen Ausbildungsmodell zur Sanitätsfachkraft durch Prim. Univ.-Prof. Dr. H. Weber	557
12	Exkurs	559
12.1	Gegenüberstellung der Ausbildung und der Kompetenzen des Diplomierten Krankenpflegepersonals versus Diplomierter Rettungsassistent (DRA)	559
12.2	Resümee zum Ausbildungskonzept zur Sanitätsfachkraft	566
	Anhang: Abkürzungsverzeichnis	573
	Literaturverzeichnis	575

Die Druckvorlage zu diesem Buch wurde auf dem 1200-dpi-Laser-Printer Optra *Rx* der Firma

LEXMARK™
Advancing the Art of Printing

erstellt.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

VORWORT ZUR 3. AUFLAGE

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Die große Nachfrage nach den Forschungsergebnissen unserer Studie *"Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst"* hatte uns 1994 bewogen, eine zweite Auflage für alle Interessierten herauszugeben. Auch die zweite Auflage war bereits nach kurzer Zeit vergriffen und wir wurden weiterhin mit Anfragen interessierter Personengruppen aus dem In- und Ausland überhäuft. Um diesen Wünschen nach Information nachzukommen und optimale Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Diskussion über die Zukunft der Ausbildung im Rettungsdienst zu geben, haben wir uns entschlossen, die Ihnen nunmehr vorliegende dritte Auflage unseres Forschungsberichtes herauszugeben.

Die durch unsere Studie initialisierte breite Diskussion über die Schaffung eines eigenen Berufsbildes und einer neuen, internationalen und europäischen Standards gerecht werdende Ausbildung für das freiwillige und hauptamtliche nichtärztliche Rettungsdienstpersonal, die Sanitätsfachkräfte, hat bereits zu ersten Erfolgen geführt:

So findet dieses Thema auch beim 24. Zentraleuropäischen Anästhesiekongreß im Austria Center Vienna vom 4. - 8. September 1995 unter der Leitung von Herrn Kongreßpräsidenten Prim. Univ.-Doz. Dr. Wilfried Ilias im Rahmen der Chefärztetagung des Roten Kreuzes unter dem Vorsitz von Herrn Chefarzt Univ.-Doz. Dr. Fritz Sterz unter dem Thema "Berufsbild und Breitenausbildung" einen hohen Stellenwert.

Der kurz darauf vom 21. - 23. September 1995 in Steyr stattfindende 6. Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin unter der Kongreßleitung von Herrn Präsidenten Univ.-Prof. Dr. Gunter Kleinberger verleiht ebenfalls dem Thema Berufsbild und Ausbildungssituation des nichtärztlichen Rettungspersonals einen besonderen Stellenwert.

Der nunmehr bereits erfolgte Beitritt Österreich zur Europäischen Union hat die noch vor zwei Jahren in weiter Ferne erscheinenden Probleme für den Rettungsdienst in greifbare Nähe rücken lassen. Die Schaffung einer zeitgemäßen, internationalen und europäischen Standards und Normen gerecht werdenden Ausbildung für das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst und die damit untrennbar verbundene Etablierung eines eigenen Berufsbildes für die "Sanitätsfachkräfte", vergleichbar dem der Diplomierten Krankenschwester, stellen gegenüber der "Wettbewerbsfreiheit" in der EU die zugleich wirkungsvollste und wahrscheinlich einzig erlaubte Maßnahme im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements dar und

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

tragen gleichzeitig wesentlich zu einer optimalen präklinischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung bei. Die derzeit bestehende gesetzliche Regelung betreffend das hauptamtliche nichtärztliche Sanitätspersonal, den sogenannten Sanitätshilfsdienst, mit 135 Stunden Ausbildung, stellt nach unserer Ansicht keine geeignete Maßnahme gegen kommerzielle ausländische Anbieter dar. Niemand von uns will auf die altbewährte Hilfe unserer österreichischen Rettungsorganisationen verzichten, deren freiwilligen und ehrenamtlichen Helfern viele unter uns ihr Leben verdanken.

Doch nun ist es an der Zeit, das Überleben eben dieser Rettungsorganisationen zu sichern und zugleich eine optimale präklinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung zu gewährleisten. Quality Assurance und Quality Improvement dürfen sich nicht nur auf den klinischen Bereich beschränken, sondern sie müssen sich insbesondere auch dem präklinischen Bereich widmen. Denn nur wenn der Patient bereits am Unfall- bzw. Notfallort die bestmögliche Betreuung erfährt und somit eine echte Überlebenschance erhält, kann im Bereich der stationären Notfallbehandlung eine optimale Versorgung des Patienten erfolgen. Neben der Reduzierung menschlichen Leids sei an dieser Stelle nochmals ausdrücklich auch auf den volkswirtschaftlichen Nutzen einer derartigen Maßnahme hingewiesen.

Im übrigen möchten wir auch nochmals auf das Vorwort zur zweiten Auflage verweisen. Doch nun möchten wir Sie nicht mehr länger vom Lesen dieser Lektüre abhalten. Wir wünschen Ihnen dabei interessante Stunden und würden uns freuen, wenn Sie sich in weiterer Folge auch intensiv an der Diskussion über die bevorstehende Reform der Ausbildung und die Etablierung des Berufsbildes zur "Sanitätsfachkraft" aktiv beteiligen würden.

Die Verfasser und die
Österreichische Akademie für Gesundheitswesen

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

VORWORT ZUR 2. AUFLAGE

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Aufgrund der großen Nachfrage nach diesem ersten österreichischen Forschungsbericht über das Notfall- und Rettungswesen haben wir uns entschlossen, Ihrem Wunsch nachzukommen und eine 2. Auflage herauszugeben. Wahrscheinlich liegt das große Interesse an dieser Thematik darin begründet, daß sie jeden Einzelnen von uns betrifft bzw. jederzeit betreffen kann. Und dies desöfteren zu einem Zeitpunkt, in dem der Einzelne aufgrund der Schwere seiner Verletzung oder Erkrankung gänzlich auf die Hilfe "seiner" Retter angewiesen ist.

Die Veröffentlichung unseres Forschungsberichtes hat teilweise aufgrund des Inhaltes und teilweise aufgrund von Mißverständnissen zu heftigen Diskussionen geführt. Die größten Unklarheiten bestanden dabei beim geplanten Umsetzungszeitraum, den Umstiegs- bzw. Anrechnungsmodalitäten sowie beim Ausbildungsumfang. Der Grund dafür lag vermutlich darin begründet, daß diese Studie zum damaligen Zeitpunkt nur einem sehr kleinen Kreis zur Verfügung gestellt werden konnte. Dies ist auch ein Grund dafür, warum wir diesen Bericht nun allen Interessierten zugänglich machen möchten.

Ziel dieser Studie war es, ein Konzept für eine optimale präklinische Versorgung in Österreich zu erstellen und mit diesem längerfristigen Programm eine Linie in die Zukunft aufzuzeigen, um letztendlich eine Ausbildung zu erzielen, die den modernen Standards einerseits und den praktischen Erfordernissen andererseits entspricht und gerecht wird. Erfreulicherweise hat unsere Studie ihr unmittelbares Ziel, eine Diskussionsbasis zu schaffen, voll erreicht und trotz heftiger Reaktionen einen breiten Dialog in Gang gebracht. Daß dieser Reformprozeß einige Jahre in Anspruch nehmen kann und aufgrund der Trends in anderen europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten von Amerika nicht mehr aufzuhalten sein wird, war uns von Anbeginn an klar.

Für das Projektteam war es besonders wichtig, freiwillige und hauptamtliche Sanitäter gleichermaßen mitzuerfassen und darauf Bedacht zu nehmen, daß alle Betroffenen entsprechend ihren Möglichkeiten eine optimale Ausbildung erfahren. An dieser Stelle sei auch allen im Rettungsdienst tätigen Personen nochmals ganz besonders herzlich für Ihre Verdienste um das Wohl und das Leben Ihrer Mitbürgerinnen und Mitbürger, das sie nicht selten unter Einsatz ihres eigenen Lebens und ihrer Gesundheit retten, Dank ausgespro-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

chen. Doch gerade aufgrund dieses persönlichen Engagements und der inneren Bereitschaft "helfen zu wollen" verdienen es diese Menschen, daß ihnen von der Gesellschaft die erforderlichen Ressourcen jeglicher Art für ihre tägliche Arbeit im Rettungsdienst zur Verfügung gestellt werden. Eine zeitgemäße und internationalen Standards gerecht werdende Ausbildung, die den Helfern zu ihrem Engagement auch die nötigen Instrumentarien zur fachkundigen Umsetzung ihrer Hilfsbereitschaft in die Hände gibt, ist dabei ein wesentlicher Pfeiler. Allen Experten, Institutionen und Organisationen, die uns bei der Erstellung unseres Forschungsberichtes unterstützt haben, sei an dieser Stelle sowohl in unserem Namen als auch im Namen aller "potentiellen" Patienten und Notfallopfer nochmals herzlich Dank gesagt.

Jeder Einzelne erwartet im Krankenhaus die bestmöglichste und dem Stand der Medizin entsprechende ärztliche und pflegerische Behandlung und Betreuung. Sehr oft ist jedoch der Bereich der präklinischen Versorgung noch weitaus sensibler, denn hier entscheiden unter Umständen Minuten und eine rasche und qualifizierte Hilfe über das (Über-)Leben und das weitere Schicksal des Patienten. In diesen ersten Minuten müssen alle Helfer mit dem entsprechenden Wissen und den Möglichkeiten einer qualifizierten Hilfe samt den assistierenden lebensrettenden Sofortmaßnahmen vertraut sein. Der Diplomierte Rettungsassistent (DRA) soll daher dem Diplomierten Krankenpflegepersonal in der Klinik sowie in der extramuralen Versorgung gleichgestellt und ebenbürtig sein, wenn auch die Ausbildung des DRA an die besonderen Erfordernisse der präklinischen Versorgung der Patienten anzupassen ist.

Über die Notwendigkeit einer Reform im präklinischen Bereich besteht heute auch weitestgehender Konsens. Somit ist der erste Schritt im Ablauf der Qualitätssicherung, nämlich die Problemerkennung und der Dialog, gesetzt. Eine Diskussion der Details sowie Gespräche über die legistische und praktische Umsetzung werden die nächsten Schritte sein. Auch wenn diese Maßnahmen anfangs Kosten zur Folge haben werden, sind diese aufgrund der angestrebten Qualitätsverbesserung und der mittelfristigen Kostenreduktion trotzdem in die Realität umzusetzen. Keinesfalls sollten jedoch "Kostendiskussionen" diese anstehende Ausbildungsreform, deren Notwendigkeit nunmehr bereits unbestritten ist, verzögern. Daß diese Mehrkosten durch die verbesserte Ausbildung nicht zu Lasten der Rettungsorganisationen gehen können und dürfen, ist wohl unumstritten. Vielmehr ist ein Konsens anzustreben, der es ermöglicht, daß jene Organisationen und Institutionen, die durch diese Maßnahmen auf Basis volkswirtschaftlicher Berechnungen längerfristig mit Einsparungen rechnen können, sich schon aus dem Kostenargument heraus an dieser Neustrukturierung der Ausbildung im Rettungsdienst beteiligen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Doch "last but not least" kommt es auf die aktive Unterstützung und Mithilfe jedes Einzelnen und somit ebenso auf Ihre Beteiligung an diesem Meinungsbildungs- und Umsetzungsprozeß an. "Viribus unitis" - streben wir daher gemeinsam nach einer Verbesserung der Ausbildung, für ein Berufsbild des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst, die Sanitätsfachkraft, und eine optimale präklinische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger unseres Landes.

Die Verfasser und die
Österreichische Akademie für Gesundheitswesen

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

ZUSAMMENFASSUNG

Internationale und europäische Standards und Normen sowie die Europäischen Integrationsbestrebungen haben zu einer Neuordnung und Umstrukturierung vieler Lebensbereiche geführt. Die technischen und zivilisatorischen Entwicklungen haben eine steigende Zahl von medizinischen Notfallsituationen sowie ein breites Spektrum von Unfallursachen am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr sowie im Haushalt und in der Freizeit mit sich gebracht. Jährlich sterben abgesehen von anderen Ursachen alleine 4000 Menschen durch Unfälle und 11000 bis 14000 Menschen an plötzlichem Herztod. Rasche und qualifizierte Hilfe würde wesentlich dazu beitragen, daß ca. 520 bis 1000 Unfallopfer und 1600 bis 2100 Opfer an plötzlichem Herzstillstand gerettet werden könnten. Durch die bedeutenden Fortschritte und Entwicklungen auf dem Gebiet der Notfallmedizin und der Reanimation sind für die notfallmedizinische Primärversorgung durch den Rettungs- und Krankentransportdienst die Voraussetzungen für eine oft lebensrettende und wirksame Hilfeleistung geschaffen worden.

Leider hat die Qualifikation der hauptamtlichen und freiwilligen Mitarbeiter aufgrund der unzureichenden Ausbildung mit diesen internationalen Entwicklungen in keiner Weise Schritt gehalten. In Österreich wird unverständlicherweise dieser besonders sensible Bereich, in dem hauptsächlich der Faktor Zeit und die Qualifikation des Rettungspersonals vielfach über Leben oder Tod der Notfallpatienten entscheiden, von engagiertem, jedoch unzureichend ausgebildetem hauptamtlichen und freiwilligen Sanitätspersonal betreut. Die Entscheidung darüber, ob ein Notfallpatient überlebt oder stirbt, darf jedoch keinesfalls von geographischen oder infrastrukturellen Gegebenheiten oder dem Ausbildungsstand des jeweiligen Helfers und somit vom Zufall abhängig sein.

Deshalb hat die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen (Ö.A.G.W.) mit Unterstützung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und des Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank (OeNB) und in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Gewerkschaftsbund-Fachgewerkschaft Handel-, Transport-, Verkehr und Soziale Berufe (ÖGB/HTV), der Bundeswirtschaftskammer (BWK), der Kammer für Arbeiter und Angestellte, der Wiener Ärztekammer (WÄK) sowie vielen anderen nationalen und internationalen Experten, Institutionen, Ministerien und Organisationen aufgrund einer umfassenden IST-Zustandserhebung, eines internationalen Systemvergleiches sowie einer österreichweiten Berufsfeldstudie die Anforderungen und Voraussetzungen an das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst, die Sanitätsfachkraft (SFK), neu definiert und ein ***europareifes, integriertes Ausbildungsmodell und ein Berufsbild für die Sanitätsfachkräfte (Emergency Medical Assistant) entsprechend den Zielsetzungen der WHO und des European Council's entwickelt***. Das Ausbildungskonzept zur Sanitätsfachkraft beinhaltet die Ausbildung zum Rettungssanitäter (RS) und zum

© copyright by Ö.A.G.W, 1993.

Diplomierten Rettungsassistenten (DRA) sowie diverse Zusatzqualifikationen. Die Ausbildung zum DRA ist dreijährig und ist auf der Grundlage internationaler Erfahrungen und europäischer Vorstellungen hinsichtlich des 'Emergency Medical Assistant' in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Experten und Institutionen des Notfall- und Rettungswesens entwickelt worden. Die Sanitätsfachkraft, insbesondere der Diplomierte Rettungsassistent (= Emergency Medical Assistant) im Bereich der präklinischen Notfallmedizin ist das Pendant zur diplomierten Krankenpflegekraft im Krankenhausbereich, wobei die Sanitätsfachkraft mit dem Management der Notfallsituationen unter erschwerten Bedingungen am Notfallort vertraut sein muß und nicht auf die schützende Hand der Klinik und die damit verbundene permanente Erreichbarkeit der ärztlichen Hilfe zurückgreifen kann. Dementsprechend muß die Ausbildung und das Tätigkeitsspektrum des DRA auch diesen Anforderungen angepaßt sein und der DRA in der Lage sein, bis zum Eintreffen qualifizierterer Hilfe durch den Notarzt oder bis zum Eintreffen im Krankenhaus die geeigneten "Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen - ALS" zu setzen. Die Ausbildung zur Sanitätsfachkraft sollte grundsätzlich sowohl den hauptamtlichen als auch dem freiwilligen Personal offen stehen, wobei jedoch von allen die gleichen Voraussetzungen erfüllt werden müssen.

Der Forschungsbericht beginnt mit einer Präambel und einer allgemeinen Zielsetzung und setzt sich fort in der Beschreibung der historischen Entwicklung des Notfall- und Rettungswesens. In Kapitel 3 werden einige ausgewählte Rettungssysteme Europas (z.B. BRD, CH) sowie das Paramedic-System der USA ausführlich beschrieben sowie die Ansätze eines entstehenden, EU-einheitlichen Rettungswesens behandelt. Kapitel 4 beschreibt den "Status quo" in Österreich in Bezug auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen und zeigt die uneinheitliche, unzureichende und mangelhafte derzeitige Ausbildungssituation auf. Kapitel 5 zeigt die Ergebnisse einer repräsentativen, österreichweiten Befragung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rahmen der Berufsfeldstudie sowie der Tätigkeitsanalyse detailliert auf. Kapitel 6 enthält Stellungnahmen sowie die Anforderungen an das neuen Berufsbild der Sanitätsfachkraft aus der Sicht der Interessensvertretungen, des Notarztes, des freiwilligen und hauptamtlichen Personals, des Patienten, etc. Kapitel 7 ist das Kernstück des Werkes und beinhaltet das Ausbildungsmodell zur Sanitätsfachkraft, also zum Rettungssanitäter und zum Diplomierten Rettungsassistenten, sowie einen Stufenplan zur Etablierung des Berufsbildes. Dieses Kapitel beinhaltet neben den legistischen Voraussetzungen auch die Lehrpläne und den Stundenumfang, die Beschreibung der Unterrichtsmittel und der Unterrichtsform sowie die Trainingsausstattung der einzelnen Lehrrettungsstellen sowie der Ausbildungsstätten und Lehrrettungswagen. Kapitel 8 ist der gesundheitsökonomischen Betrachtung und der volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse dieses Ausbildungsmodells gewidmet. In Kapitel 9 werden Grundlagen, Instrumente und die Zielsetzung des Quality Improvement's im Bereich des Notfall- und Katastrophenwesens aufgezeigt. Kapitel 10 enthält den allgemeinen Maßnahmen- und Empfehlungskatalog für die

© copyright by Ö.A.G.W, 1993.

Umsetzung des Ausbildungsmodells sowie der Reorganisation des österreichischen Rettungswesens. Kapitel 11 ist den Stellungnahmen nationaler und internationaler Experten bzw. Institutionen (z.B. der Ärztekammer, etc.) gewidmet. In Kapitel 12 werden die Ausbildung und die Kompetenzen des diplomierten Krankenpflegepersonals den des Diplomierten Rettungsassistenten gegenübergestellt sowie die wesentlichsten Aspekte zum Ausbildungskonzept zur Sanitätsfachkraft der Ö.A.G.W. dargestellt.

Die vorliegende Studie wurde im August 1993 von Vertretern der Ö.A.G.W. und des ÖGB - Fachgewerkschaft HTV dem Herrn Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, Dr. Michael Ausserwinkler, und Herrn Ministersekretär Ewald Opetnik übergeben und dadurch der nächste Schritt zur Etablierung eines eigenen Berufsbildes für die Sanitätsfachkraft gesetzt. Aufgrund des derzeit stattfindenden Wandels im Gesundheitswesen sieht das Projektteam, die Fachgewerkschaft HTV und insbesondere die Bundesfachgruppe Krankentransport, mit Zuversicht den daraus resultierenden Konsequenzen der verantwortlichen gesundheitspolitischen Entscheidungsträger entgegen.

© copyright by Ö.A.G.W, 1993.

SUMMARY

The establishment of international and European standards and the move towards European integration resulted in structural changes in many areas of science, technology and every-day life. Technical evolution in the public and private sectors is associated with an increasing number of medical emergencies and a wide spectrum of accidents at work, in traffic, at home, and during leisure activities. In Austria the annual number of death from accidents is 4000, and 11000 - 14000 persons die from acute cardiac crises. Rapid and qualified assistance could result in a substantial improvement of the situation. Based on the scrutiny of case records it is estimated that approximately 520 - 1000 victims of accidents and 1600 - 2100 victims of sudden cardiac arrest could be saved if such assistance were available. Important progress in emergency medical procedures and reanimation has produced favourable conditions for effective and often life-saving intervention in the framework of primary emergency assistance through the services responsible for primary attention to and transport of victims.

Unfortunately, the training of the paramedical personnel involved in the services did not keep up with the substantial progress in emergency medical care. It is evident, that the factors time and qualification of the rescue personnel are often decisive for life or death of the victim. Nevertheless, in Austria this very sensitive sector is entrusted to insufficiently trained, albeit highly motivated, full-time rescue workers and volunteers. As a principle, the survival of a medical emergency patient should not depend on geographical or infrastructural conditions or a widely varying chance regarding the competence of the rescue workers.

In view of these constraints the Austrian Academy of Health Services and Sciences (A.A.H.S.S.) has conducted a detailed analysis of the current situation. In this endeavour the A.A.H.S.S. was assisted by the Austrian Workers Compensation Board (AUVA), the Jubilee Fund of the National Bank of Austria (OeNB), the Austrian Trade Union - Union for Trade, Transport, Communications and Social Occupations (ÖGB/HTV), the Federal Chamber of Economy (BWK), The Board for Workers and Employees, the Medical Board of Vienna (WÄK) and many other national and international experts, institutions, ministries and organizations. Based on the situation analysis and an international comparison with similar services abroad as well as occupation/professional profiles in Austria the prerequisites for and job descriptions of non-medical personnel in the rescue services were re-defined. The result was the occupational profile for the "Emergency Medical Assistant" which corresponds to the stipulation of WHO and European Council. This includes a model for the training of rescue personnel. The education concept includes the training of paramedical rescue workers (RS), of Emergency Medical Assistants (DRA) and various additional qualifications. The diploma of Emergency Medical Assistant (DRA) will be awarded upon the successful completion of a 3-year training course.

© copyright by Ö.A.G.W, 1993.

The training concept has been developed on the basis of international experience and European standards.

The Emergency Medical Assistant in the area of preclinical emergency assistance is directly comparable to the fully qualified nurse (diploma) in the hospital. The DRA needs to be familiar with the management of medical emergencies at the site where they occur and faces such situations often under difficult conditions without the intrinsic facilities of a hospital and medical support. Accordingly, the training and professional profile of the DRA need to be adapted to these requirements in as much as the DRA must be able to undertake life-saving emergency measures until more qualified medical services are available. Training leading to the diploma of DRA should be open to full-time personnel and volunteers, but both will have to fulfill the same conditions of admission.

The report starts with an introduction and a statement of objectives. It continues with a description of the historical development of emergency and rescue services. Chapter 3 describes selected medical rescue services in Europe, e.g. FRG and Switzerland, the paramedic system in the USA and the beginnings of a standardized rescue system in the European Community. Chapter 4 gives details of the current situation in Austria, including the legal framework. It also shows the heterogeneous and deficient training conditions. Chapter 5 reflects the results of a representative interview and questionnaire study of non-medical personnel in the context of activity profile/analyses. Chapter 6 contains position statements and stipulations for the new professional profile of the Emergency Medical Assistant as seen by Emergency Medical Officers, patients, and the personnel currently engaged in paramedical rescue work. Chapter 7 is the most important part of the report as it contains the training model for the Paramedical Rescue Worker and the Emergency Medical Assistant, including the steps towards the establishment of the new professional profile. Apart from the legal aspects the chapter also describes the curricula timetables, the training instruments, and the conditions to be met by the training centres including qualifications of personnel and physical facilities. Chapter 8 reflects the health-economic aspects of the reformed medical rescue service and a cost-effect analysis of the training model. Chapter 9 describes the basis instruments and objectives of quality control and quality improvement in the rescue services/system. Chapter 10 summarizes the measures and recommendations for a practical implementation of the training model and the reorganization of the rescue services in Austria. Finally, Chapter 11 contains the position statements of national and international experts and institutions such as the Medical Board.

© copyright by Ö.A.G.W, 1993.

CONTENU

Les normes internationales et européennes ainsi que le chemin vers une intégration dans l'Europe a mené à des changements dans la structure d'un grand nombre de domaines scientifiques, technologiques et domestiques. L'évolution de la technologie dans les secteurs public et privé est liée à un nombre croissant d'urgences médicales ainsi qu'à une grande diversité d'accidents du travail, de circulation, domestiques et ceux liés aux activité sportives. En Autriche, le taux annuel de décès accidentels se monte à 4.000 et 11.000 - 14.000 personnes succombent à une crise cardiaque aiguë. Une aide rapide et qualifiée purrait mener à une nette amélioration de cette situation. A partir de l'etude des cas particuliers, on estime qu'il serait possible de sauver 520 - 1000 victims d'accitents et 1.600 - 2.100 victims d'arrêt cardiaque si un tel secours pouvait être fourni. Les importants progrès que l'on relève dans les premiers secours et dans la réanimation ont rempli une exigence pour une assistance efficace, effectuée par les services de premier traitement et de tranport.

Les qualifications des collaborateurs à titre professionnel et bénévole n'ont hèlas! absolument pas pu garder le pas de cette évolution internationale en raison de leur formation insuffisante. En Autriche, ce secteur particulièrement sensible, où les facteurs temps et qualification du personnel tranchent de la vie ou de la mort d'un patient, est, pour des raisons incompréhensibles, confié aux mains, quoiqu'engagées, de "manœvres" secouristes et de "saveteurs occasionnels" mal perfectionnés. Il ne faut pas que le choix de vie ou de mort pour une victime soit dicté par des paramètres géographiques, infrastructurels ou par le degré d'instruction du sauvateur, se qui équivaudrait à confier le patient au hasard.

Pour ces raisons, l'Académie Autrichienne des Services de Santé (Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W.) a mené une étude détaillée sur la situation actuelle, soutenue par L'Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), le "Jubiläumsfonds" de la Banque Nationale d'Autriche (OeNB), les sections commerce, transport, circulation et emplois sociaux de la Confédération Syndicale d'Autriche (Österreichischer Gewerkschaftsbund/Gewerkschaft für Handel, Transport, Verkehr und soziale Berufe - ÖGB/HTV), la Chambre de Commerce (Bundeswirtschaftskammer - BWK), la Chambre pour le Ouvries et Salariés (Kammer für Arbeiter und Angestellte - AK), la Chambre des Médecins de Vienne (Ärztekammer für Wien - WÄK) ainsi que par de nombreux experts nationaux et internationaux, institutions, ministères et organisations. A la base de l'analyse de la situation actuelle, de la comparaison aux secteurs équivalents et conditions posées au personnel sanitaire paramédical furent redéfinies. L'étude déboucha sur le profil occupationnel de l'assistant médical de secours (Emergency Medical Assistant), satisfaisant aux stipulations de l'OMS et du Conseil de l'Europe, tout en incluant le plan de formation de cette profession, Le concept d'education inclut d'instruction de l'aide secouriste (Rettungssanitäter - RS), des assistants médicaux de secours (Diplomierter Ret-

© copyright by Ö.A.G.W, 1993.

tungsassistent - DRA) et des autres métiers associés. Le diplôme d' assistant médical de secours (DRA) sera décerné à la suite de l'achèvement avec succès d'un cours de trois ans. Ce concept fut développé à la base de l'expérience internationale et des normes européennes.

L'assistant médical de secours peut être comparé à l'infirmière (diplomée), le premier ayant charge de l'assistance préclinique d'urgence, la dernière trvaillant à l'hôspital. Le DRA doit être familier avec le maniement des urgences au site même où elles surviennent et doit souvent y faire face sous des conditions difficiles, manquant des facilités intrinsèques des hôspitaux et d'assistance médicale directe. L'entraînement et le profil de l'emploi du DRA doivent être adaptés à ces nécessités dans les sens où ce dernier doit être à même de ce charge de l'assistance de secours jusqu'à la disponibilitè de l'assistance médicale qualifée. L'entraînement débouchant sur le diplôme de DRA devra être accessible d'une même manière au personnel en plein temps et aux volontaires, tous deux ayant à satisfaire aux mêmes conditions d'admission.

Le rapport commence par une introduction et une énumération d'objectifs. Il s'ensuit unde description du développement historique des services d'urgence et de secours. Le 3^{e} chapitre décrit des services de secours médical dans certains pays européens (entre autres la RFA et la Suisse), le système paramédical américain et les débuts d'un système d'urgences dans la Communauté Européenne. Le 4^{e} chapitre élucide les details de la situation autrichienne aujourd'hui, incluant le cadre juridique. Il met également en évidence l'hétérogénéité et les insuffisances des conditions d'entraînement. Le 5^{e} chapitre contient de résultats d'une interview représentative et d'une enquête auprès du personnel non-médical dans un contexte profil/analyse de l'emploi. Le 6^{e} chapitre contient des prises de position et stipulations pour le nouveau profil de l'assistant médical d'urgence, recueillis auprès des secouristes médicaux, des patients et du personnel actuellement chargé du secours paramédical. La partie essentielle du rapport est le 7^{e} chapitre. Il définit le modèle pour l'éducation du secouriste paramédical et l'assistant médical urgence, ainsi que la démarche à suivre pour l'établissement du nouveau profil des professions. En delà de làspect juridique, se voyent aussi décrits les curricula, horaires, l'instrumentaire pédagogique et les conditions requises des centres de formation, incluant qualification des instructeurs et équipement des locaux. Le 8^{e} chapitre reflète les aspects santé-économie des corps de secourisme médical réformés et une analyse coût/effet du modèle d'éducation. Le 9^{e} chapitre décrit la base, les moyens et les buts du contrôle et de l'amélioration qualitatifs dans les services de secours. Le 10^{e} chapitre résume les mesures et recommandations pour la mise en pratique du modèle de formation et la réorganisation des services de secour en Autriche. Finalement, le 11^{e} chapitre contient les prises de position d'experts nationaux et de l'étranger ainsi que celles d'institutions telles que le "Medical Board".

© copyright by Ö.A.G.W, 1993.

© copyright by Ö.A.G.W, 1993.

1 PRÄAMBEL

Der ***ALLGEMEINEN UNFALLVERSICHERUNGSANSTALT (AUVA)*** und dem ***JUBILÄUMSFONDS DER ÖSTERREICHISCHEN NATIONALBANK (OeNB)*** ist es zu verdanken, daß mit ihrer Unterstützung und Förderung diese Forschungsstudie durch den Projektträger und Initiator, die ***ÖSTERREICHISCHE AKADEMIE FÜR GESUNDHEITSWESEN (Ö.A.G.W.)***, in Kooperation bzw. mit Unterstützung von führenden und anerkannten, nationalen und internationalen Experten und Institutionen auf dem Gebiet der Notfall- und Katastrophenmedizin, den ***ÖSTERREICHISCHEN INTERESSENSVERTRETUNGEN*** (Ärztekammer, etc.), den ***SOZIALPARTNERN*** (Gewerkschaft, Bundeswirtschaftskammer und Kammer für Arbeiter und Angestellte) und ***SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGERN*** sowie einer langen Reihe in- und ausländischer Experten, Organisationen und Institutionen in dieser umfassenden und interdisziplinären Form durchgeführt und ***ein zukunftsweisendes, internationalen Standards entsprechendes INTEGRIERTES AUSBILDUNGSMODELL FÜR DIE SANITÄTSFACHKRÄFTE, die Rettungssanitäter (RS) und die Diplomierten Rettungsassistenten (DRA)***, samt den erforderlichen Rahmenbedingungen im Interesse unser aller Gesundheit und Sicherheit entwickelt werden konnte. An dieser Stelle erlaubt sich die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen in eigenem Namen aber auch im Namen aller jener, deren Leben künftig durch eine qualifiziertere und raschere Hilfe gerettet und deren Krankenhausaufenthalte verkürzt werden, allen jenen herzlichst Dank zu sagen, die durch ihr Mitwirken oder durch ihre Unterstützung, in welcher Form auch immer, am Zustandekommen und zur Fertigstellung dieser Forschungsstudie beigetragen haben. Das Gleiche gilt selbstverständlich auch prospektiv für alle jene, die sich an der Umsetzung und Realisierung beteiligen werden.

Die ***Österreichische Akademie für Gesundheitswesen*** hat das ***Jahr 1992/93 als "EUROPÄISCHES JAHR FÜR SICHERHEIT UND GESUNDHEIT"*** zum Anlaß genommen, im Rahmen ihres ***Forschungsschwerpunktes "Notfall- und Katastrophenmedizin"*** die internationalen und europäischen Standards nicht mehr gerecht werdende notfallmedizinische Ausbildung in Österreich des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst einer Analyse zu unterziehen und darauf aufbauend die entsprechenden Strategien und die erforderlichen Maßnahmen für die Verwirklichung der von der ***WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)*** für diesen Bereich ***definierten Einzelziele*** im Rahmen des Konzeptes "Gesundheit 2000", zu denen sich die ***ÖSTERREICHISCHE BUNDESREGIERUNG*** bekannt hat, zu entwickeln. ***Gemäß der Zielsetzung der WHO soll es bis zum Jahr 2000 um 25 % weniger tödliche Unfälle*** (WHO, 1985), das bedeutet ***rund 1000 gerettete Menschenleben*** und um ***10 % weniger Verletzungen durch Unfälle, das sind 58.000 Verletzte weniger, geben***. Alleine die jährliche Unfallbilanz in Österreich bringt den derzeitigen Katastrophenzustand klar zum Ausdruck, den unsere Ge-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

sellschaft nicht länger hinnehmen kann und darf: "***JÄHRLICH STERBEN ALLEINE 4000 MENSCHEN DURCH UNFÄLLE,*** davon 2000 Menschen durch Unfälle im Haushalt, beim Sport, in der Freizeit; 1500 Menschen sterben durch Unfälle im Straßenverkehr; 500 Menschen sterben durch Unfälle bei Arbeit und Ausbildung. Bis zur Jahrtausendwende muß es uns Österreichern gelingen, das von der WHO gesteckte Ziel zu erreichen und die tödlichen Unfälle um 25 % zu senken. Das bedeutet 1000 Menschenleben vor dem Tode zu bewahren und somit die Todesrate um ein Viertel zu verringern: Rettung von 125 Menschenleben bei der Arbeit, 375 Menschenleben im Verkehr und 500 Menschenleben in der Freizeit. Darüber hinaus verletzen sich 580.000 Menschen jährlich; davon sind 460.000 Menschen im Durchschnitt je zwanzig Tage im Krankenstand und 140.000 Menschen im Durchschnitt je acht Tage in stationärer Behandlung. Die österreichische Bevölkerung ist durch Unfälle in vielen Lebensbereichen gefährdet: Die Jugend ist besonders im Verkehr und beim Sport, die Erwachsenen hauptsächlich bei der Arbeit und die Senioren besonders im Haushalt gefährdet. ***Österreich verliert*** volkswirtschaftlich gesehen durch Arbeitsunfälle 30 Milliarden Schilling, durch Verkehrsunfälle 40 Milliarden Schilling und Freizeitunfälle 50 Milliarden Schilling, somit ***in Summe 120 Milliarden Schilling jährlich***. ***Jeden in Österreich lebenden Menschen kosten Unfälle mindestens öS 15.000,- im Jahr*** (AUVA, 1993). Diese ***"Bilanz des Schreckens"*** läßt sich jedoch auch in anderen Bereichen fortsetzen: So könnten nach Ansicht von Experten ***DURCH RASCHE UND QUALIFIZIERTE HILFE und eine optimale Verknüpfung der Laienhilfe und des QUALIFIZIERTEN NOTFALLTEAMS, also Notarzt und nichtärztliche Sanitätspersonal,*** von den jährlich 16.000 an plötzlichem Herzstillstand verstorbenen Personen ***JÄHRLICH 5000 MENSCHENLEBEN GERETTET*** werden (vgl. MORAWEC, 1993).

Neben dem menschlichem Leid, das sich hinter diesen Einzeltragödien sowohl auf Seite der Verletzten als auch auf Seite der Hinterbliebenen bei den tausenden Todesfällen verbirgt, schlummern jedoch auch ***sozial- und gesundheitspolitische sowie gesundheitsökonomische Dimensionen***, deren Ausmaß auch "Insidern" erst nach genauerer Betrachtung und wissenschaftlicher Aufarbeitung des "status quo" in voller Tragweite bewußt wurde.

Eine Studie der ***INTERNATIONALEN VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT - IVSS*** (SCHORK, 1986) besagt: Es genügt nicht, einen Lebensbereich - z.B. die Arbeit - sicher zu gestalten und in Kauf zu nehmen, daß andere Lebensbereiche - z.B. der Verkehr, die Freizeit - die errungenen Gewinne an sozialer Sicherheit und Produktivität aufzehren oder vernichten. Die Risikobereitschaft braucht einen Lebensstil der erhaltbaren Entfaltung anstelle des verzehrenden Fortschritts um jeden Preis. Die Wirtschaft kann nur blühen, wenn Produzenten, Konsumenten und Ressourcen erhalten bleiben, zyklisch erneuert gedeihen. ***Die Grundlage dieser reproduktiven Freiheit heißt SOZIALE SICHERHEIT*** (MOSTBÖCK, 1992).

Eine deutliche ***ANHEBUNG DES SICHERHEITSNIVEAUS der gesamten Bevölkerung erfordert aufeinander abgestimmte SICHERHEITSKONZEPTE auf allen Gebieten***. In allen Lebensbereichen ist das System "Mensch-Maschine-Umwelt" durch Erziehung, Technik und Gesetze auf das gemeinsame Ziel der Sicherheit hin zu orientieren. Dabei ist das ***Zusammenwirken der Bereiche Prävention und Rehabilitation für die soziale Sicherheit wesentlich. Ein effizientes Rettungswesen kann wesentlich zur Verminderung der Unfallfolgen beitragen***: durch ***landesweit organisierte Rettungssysteme*** mit einheitlicher Notrufnummer und Koordinierung über ***eine*** Zentrale, durch die Ausbildung von Ersthelfern; durch die Ausstattung von speziellen Gefährdungsbereichen mit entsprechend den jeweiligen Unfallgefahren zusammengestellten Erste-Hilfe-Ausrüstungen und ***durch die schnelle Rettung der Unfallopfer und entsprechende Behandlung...***" (THIEL, SCHORK, 1987). Das ***Rettungswesen*** wird dabei nach einer Graphik des Deutschen Verkehrssicherheitsrates - DVR dem Bereich der Rehabilitation zugerechnet. Die Unfallversicherungsträger haben die Aufgabe, mit Organisationen und Einrichtungen, die den Transport von Verletzten und Erkrankten durchführen, zusammenzuarbeiten. Der Generaldirektor der AUVA, Wilhelm Thiel, und der Obmann der AUVA, Dr. Ernst Oder, haben mit dem Motto "Wir sind um Sie besorgt" der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt - AUVA eine große Aufgabe im Rahmen der Unfallverhütung und Prävention gestellt (ODER, THIEL, 1992).

Nach dem ***Grundsatz "Jede Kette ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied"*** ist es im Sinne einer umfassenden sozialen Sicherheit eine grundlegende und unabdingbare Forderung, ja sogar Verpflichtung, alle "Glieder" und somit auch unser ***Notfall- und Rettungswesen als wesentlichen Bestandteil unseres Sozial- und Gesundheitsversorgungssystems, der "Kette unserer Sozialen Sicherheit" sowie der "Rettungskette nach Ahnefeld (GORGAß & AHNEFELD, 1989)", zu sehen*** und dementsprechend die gleiche Aufmerksamkeit zu schenken und mit den entsprechenden Instrumentarien und Ressourcen auszustatten. Im Krankenhaus werden höchste Anforderungen auch an die Qualifikation des nichtärztlichen Personals gestellt und jeder Bürger unseres Sozialstaates erwartet eine hochqualifizierte medizinische und pflegerische Betreuung, Behandlung und Therapie. Wieso soll das bei einem Schwerverletzten oder Notfallpatienten, bei dem Minuten über Leben oder Tod entscheiden, am Notfallort, im Vorfeld des Krankenhauses anders sein? Vielmehr muß es gerade hier beim Einsatz unter erschwerten Bedingungen in einer für den Patienten so entscheidenden (Über-)Lebensphase, wo vielfach notärztliche Hilfe nicht rasch genug gewährleistet werden kann, unerläßlich und logisch sein, daß hochqualifiziertes, dem diplomierten Krankenpflegepersonal im Anästhesie- und intensivmedizinischen Bereich in der intramuralen Versorgung ebenbürtiges nichtärztliches Personal im Rettungsdienst, nämlich die Sanitätsfachkraft, dem Notfallpatienten zu Hilfe kommt und auch befähigt ist, im Notfall die entsprechenden "Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen" (ALS) zu leisten.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die präklinische Notfallmedizin stellt einen ***vorgezogenen Teil einer Intensivtherapie*** dar. ***An dem Standard der Intensivmedizin müssen wir heute unsere Aktivitäten messen.*** Der Rettungsdienst ist als integrierter und leistungsfähiger Bestandteil des gesamten staatlichen Gesundheitswesens anzusehen. Die qualifizierte Behandlung der Patienten nicht nur am Notfallort, sondern auch während des Transportes, hat das Ziel, die Überlebenschancen der vital gefährdeten Patienten im präklinischen Bereich zu erhöhen. In wissenschaftlichen Studien läßt sich auch nachweisen, daß dies möglich ist (SEFRIN, 1993).

Ebenso erfordert die ***Durchführung von Krankentransporten*** neben den ***allgemeinen charakterlichen, physischen und geistigen Anforderungen*** nicht nur ***medizinische Kenntnisse*** und eine entsprechende ***körperliche Leistungsfähigkeit*** (Fitneß), sondern auch ***Einfühlungsvermögen*** und die Fähigkeit, durch beruhigende und tröstende Gespräche den Patienten zu ermutigen, also ***psychologische Grundkenntnisse***. Dies wiederum verlangt vom Rettungssanitäter ***soziale Kompetenz***, die durch Training erworben werden muß. ***Der Patient im Krankentransport ist kein "Transportobjekt"***, sondern ein ***Individuum in einer besonderen Situation, mit seinen speziellen Problemen und Ängsten***. ***Gesprächsführung*** muß daher einer der Schwerpunkte der zukünftigen Ausbildung des Rettungssanitäters werden, um ***auf die besonderen Probleme und Ängste des Patienten eingehen zu können***. Hinsichtlich der ***medizinischen und helfenden Maßnahmen*** stehen die Kontrolle der Vitalfunktionen (Puls, Blutdruck, EKG-Kontrolle), das Anlegen von Verbänden, die Sauerstoffapplikation sowie die Durchführung spezieller Lagerungen im Vordergrund. Aber auch ***rein helfende Maßnahmen***, wie das Ankleiden von Patienten, gehören zu den Aufgaben des Krankentransportpersonals; daraus leiten sich ***wesentliche Inhalte der Krankenpflege*** ab. Die Beförderung des Patienten zum Fahrzeug gestaltet sich häufig schwierig, weshalb gerade hier eine ***gesonderte Vorbereitung für den Transport unter erschwerten Bedingungen*** im Bereich der Ausbildung nötig ist (SEFRIN, 1991).

Mit ihrem Projekt ***"Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst"*** hat sich die ***ÖSTERREICHISCHE AKADEMIE FÜR GESUNDHEITSWESEN - Ö.A.G.W.*** das ***Ziel gesetzt***, neben der bereits durch die Ärztekammer begonnenen Reform der notärztlichen Versorgung und Ausbildung die ***Notfallversorgung und notfallmedizinische Ausbildung im nichtärztlichen sowie strukturellen Bereich entsprechend den Entwicklungen und Anforderungen internationaler Standards und Normen sowie den zu erwartenden europäischen Normen*** (z.B.: CEN-Normen, Europäischer Notfallpaß, etc.) unter Einbeziehung nationaler Besonderheiten ***zu reorganisieren und zu harmonisieren*** und hiebei im Rahmen dieses Projektes auf der Basis einer IST-Zustandsanalyse sowie einer Berufsfeldstudie ***ein zeitgemäßes, europareifes Ausbildungsmodell für das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst, die Sanitätsfachkräfte, zu entwickeln*** sowie Strategien und die

damit erforderlichen Maßnahmen zur Erreichung dieses Zieles aufzuzeigen, und damit einen Beitrag zur Verbesserung der präklinischen Notfallmedizin und zur Senkung der Todesfälle bei Unfällen und anderen Notfällen zu leisten.

Ausgehend von dem allgemein bekannten Status quo, daß die ***gegenwärtige Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst alle erforderlichen Ansprüche nur unzureichend oder überhaupt nicht erfüllt sowie den Internationalen Standards nicht entspricht*** und daß künftig mit einem weiteren Ausbau von Notarztsystemen gerechnet werden kann, stellt sich die unabweisbare Forderung, ***die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst einerseits den internationalen und europäischen Standards entsprechend zu harmonisieren und zu adaptieren, und andererseits ein zukunftsweisendes, europareifes "Österreichisches Ausbildungsmodell für die Sanitätsfachkräfte" auf der Basis einer umfassenden IST-Zustandserhebung und einer Berufsfeldstudie zu entwickeln***. Es werden sich auch künftig ***häufig Situationen*** ergeben, ***in denen die Sanitätsfachkraft als medizinisches Assistenzpersonal auf sich alleine gestellt ist*** und bis zum Eintreffen des Notarztes selbständig notfallmedizinische Entscheidungen treffen und geeignete lebensrettende und lebenserhaltende Maßnahmen setzen muß. Auch ein ***funktionierendes Notarztsystem benötigt die hochqualifizierten Sanitätsfachkräfte als effiziente Assistenz des Notarztes***.

Im Hinblick darauf, daß ***Notfallrettung und qualifizierter Krankentransport eine funktionelle Einheit*** bilden und jeder Krankentransport in einen medizinischen Notfall umschlagen kann, ***kann das Rettungsdienstpersonal in der Regel nicht nach der fachlichen Qualifikation differenziert eingesetzt werden***. Eine solche Trennung wäre auch aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen nur schwer zu verwirklichen. Das bedeutet, daß das ***gesamte Rettungsdienstpersonal so ausgebildet sein muß, daß es sowohl den Anforderungen an den medizinischen Notfall wie an den qualifizierten Krankentransport gerecht werden kann***.

In einer Untersuchung der ***BUNDESANSTALT FÜR STRASSENWESEN*** (BAST, 1992) ergab, daß ***bei 12 % der durchgeführten Transporte Komplikationen*** (z.B. Erbrechen, Erregungszustände, Kreislaufprobleme, Atmungsprobleme, Bewußtseinsänderungen, Blutungen, etc.) auftraten, das heißt, daß etwa jeder achte Transport nicht problemlos verlief. ***In 85,3 % der Patiententransporte mußten qualifizierte medizinische Maßnahmen, wie etwa Überwachung, Sauerstoffgabe, Medikamentengabe, Beatmung, Intubation, Herzmassage, etc. gesetzt werden***. Weiters hat sich gezeigt, daß - unterschieden nach Einsatzanlaß - aufgrund der tatsächlich vorgefundenen Umstände am Einsatzort bei internistischen Notfällen am häufigsten die Indikation für einen Notarzteinsatz besteht. Bei fast jedem zweiten (45,6 %) dieser Fälle wird ein Notarzt benötigt. Innerhalb der Einsätze

zu internistischen Notfällen erfolgt auch am häufigsten ***eine unterqualifizierte Bedienung***, d.h. der Einsatz wurde nur als Notfall eingestuft, obwohl die Notwendigkeit für einen Notarzteinsatz bestanden hätte. Eine Notwendigkeit zur Nachalarmierung eines Notarztes bei Notfalleinsätzen, die zunächst ohne Arzt durchgeführt wurden, wurde bei 8,8 % dieser Einsätze gesehen (PUHAN und IVT INGENIEURSBÜRO FÜR VERKEHRSTECHNIK, 1992).

Neben den oben ausgeführten fachlichen Gesichtspunkten sprechen auch ***gesundheitspolitische Gesichtspunkte, rechtliche Erwägungen sowie sozialpolitische Überlegungen für die Schaffung eines gesetzlichen Berufsbildes sowie einer standardisierten, bundeseinheitlichen Ausbildung***.

Oberstes Ziel soll und muß die bestmögliche Versorgung des Notfallpatienten bei gleichzeitigem, optimalem, gesundheitsökonomischem und volkswirtschaftlichem Einsatz der personellen, finanziellen und strukturellen Ressourcen im österreichischen Rettungs- und Gesundheitswesen ***sein.*** Eine ***optimale Qualität*** in der präklinischen Notfallversorgung kann jedoch nur dann erreicht werden, wenn ***durch eine grundlegende Neustrukturierung und Reorganisation alle Elemente der 'RETTUNGSKETTE nach Ahnefeld'*** (vgl. AHNEFELD, 1989) ***sowie alle zur Verfügung stehenden personellen, strukturellen und infrastrukturellen Ressourcen*** im Rahmen des Notfall- und Katastrophenwesens internationalen bzw. ***europäischen Standards und Normen angepaßt*** werden und zugleich ***als nationale Mindeststandards Gesetzesstatus*** erlangen. Neben einer internationalen Standards und Normen entsprechenden Ausstattung der Einsatzmittel, der Leitstellen, des Kommunikationsnetzes, etc. und einer drastischen Verkürzungen der Eintreffzeiten deutlich unter zehn Minuten zählt die ***Qualifikation der Mitarbeiter*** und damit untrennbar verbunden eine zeitgemäße, den Anforderungen ***adäquate und internationalen Standards gerecht werdende Aus-, Fort- und Weiterbildung gemeinsam mit einer laufenden Beurteilung der praktischen Tätigkeit*** (Lizenzierung) zu den Hauptinstrumentarien eines umfassenden ***'Quality Improvement'*** und einer ***'Quality Assurance'*** (vgl. MÜLLER, 1990).

Bei der ***Festlegung von Mindeststandards und Normen*** darf man sich nicht nur auf die Ausstattung und Infrastruktur beschränken, sondern man muß auch insbesondere die personellen Ressourcen, also die ***Qualifikation des medizinischen Rettungsdienstpersonals sowie der im Rettungsdienst mitwirkenden Ärzte***, miterfassen. Die ständig steigenden Anforderungen in der Notfallmedizin und ihre rasch fortschreitende Entwicklung verlangen den Einsatz eines qualifizierten Personals. ***Dabei hat der Patient und nicht die Belange der den Rettungsdienst tragenden Institutionen im Vordergrund zu stehen*** (KLINGSHIRN, 1990).

Die bisherigen Analysen der Langzeitdokumentation bestätigen, daß ein Hubschrauber-Rettungsdienst nur dann den beträchtlichen Aufwand rechtfertigt, wenn

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

er ***in ein funktionierendes, bodengebundenes Rettungssystem eingebunden*** ist und der Standort über die medizinische Infrastruktur zur Behandlung der Notfallpatienten verfügt. ***Medizinische Aspekte haben im Mittelpunkt zu stehen***, da nur konsequente Ausnützung aller präklinischen Behandlungsmöglichkeiten die Prognose des Notfallpatienten entscheidend verbessert (KARLBAUER, 1986).

OMR Dr. Wolfgang KRÖSL, Ärztlicher Direktor der AUVA i.R., führt dazu aus: "Es ist jedenfalls erfreulich, daß die Prämisse, daß der Notfall ***nicht möglichst rasch, sondern daß er lebend*** in das für seinen Notfall geeignete Krankenhaus kommt, Allgemeingut geworden ist. Dies gilt für das gesamte ***integrierte Rettungssystem***: Krankentransportwagen, Notarztwagen, Hubschrauber und ebenso für die Repatrierungsflüge aus dem Ausland mittels der Ärzteflugambulanz." (KRÖSL, 1986).

Die ***Geburt der modernen Notfallmedizin*** und damit untrennbar verbunden des ***modernen Rettungswesens*** wurde mit den Worten des ***Heidelberger Chirurgen Martin KIRSCHNER*** bereits im Jahre 1936 eingeleitet: *"Der Notfallpatient muß* ***nicht*** *so schnell wie möglich in die Klinik transportiert werden, um dort die im Einzelfall notwendige Hilfe zu erhalten, sondern diese* ***Hilfe muß bereits am Ort des Geschehens und auf dem Transport sichergestellt werden****, da die Lebensbedrohung in zeitlicher Nähe zum Geschehen am größten ist."* Heute, mehr als ein halbes Jahrhundert später, sind wir von der Forderung Kirschners in unserem Land in der Praxis noch weit entfernt.

Dr. Erich Schäfer, Geschäftsführer des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesens (ÖBIG) i.R., hielt im Rahmen der Veranstaltung des Hochschulkurses für Gesundheitsökonomie des Institutes für Finanzwissenschaften der Universität Innsbruck einen Vortrag zum Thema "Entwicklung, Struktur und Probleme der ambulanten Versorgung in Österreich", bei dem er zur Stellung des Rettungswesens wie folgt ausführte: "***Die ambulante Versorgung bildet gemeinsam mit der stationären Versorgung und dem Rettungswesen das Behandlungs- und Pflegesystem des Gesundheitswesens.***"

Der ***Präsident der Schweizer Vereinigung für Notärzte (VSN) Dr. Peter SCHMID*** führt dazu anläßlich der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik ***"Notfallpatient: Rettungswesen Schweiz"*** wie folgt aus: "Zahlreiche wissenschaftlichen Arbeiten haben gezeigt, daß Maßnahmen wie adäquate Schmerzbehandlung, adäquater Volumenersatz, die frühzeitige Defibrillation, also die Elektroschockbehandlung des Herzens, und andere weitere Maßnahmen die Resultate vital bedrohter Menschen entscheidend verbessern können. ***Aber nur gut ausgebildetes Personal mit adäquater Ausrüstung, tätig in einem gut organisierten Rettungsteam, ist in der Lage, die vorgenannten Maßnahmen am Notfallpatienten fristgerecht zu vollziehen*** (SCHMID, 1993).

Gemeinsam mit der Interessensvertretung der Beschäftigten muß dem Gesetzgeber die *Notwendigkeit von qualitativ hochwertigen Ausbildungsnormen* (Berufsbild, Berufszugangsregelung) *als berechtigtes Anliegen der Bevölkerung* an den Staat übermittelt werden, wobei auf eine ***rasche gesetzliche Umsetzung*** gedrängt werden muß. Des weiteren muß gegenüber dem Gesetzgeber auf die Schaffung von geeigneten ***Qualitätsstandards*** gedrängt und deren ***begleitende Kontrolle*** gefordert werden (GRUMBACH, 1993).

In allen Bereichen der Medizin gibt es zwischenzeitlich gesetzlich normierte Berufsbilder mit den entsprechenden fachlichen und persönlichen Anforderungen. Das Rettungspersonal darf davon nicht ausgespart werden. Aus diesem Grund sind ***in allen Ländern der europäischen Gemeinschaft die fachlichen und ausbildungsrelevanten Voraussetzungen für das nichtärztliche Personal gesetzlich festzulegen.*** Für die Besetzung der Einsatzmittel (Notarztwagen, Rettungswagen, ...) ist deshalb nach ***Dr. Heinrich KLINGSHIRN***, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium des Inneren, ***eine mindestens zweijährige Ausbildung europaweit zu fordern.*** Im Vergleich mit anderen Gesundheitsberufen und entsprechend den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft für derartig hochqualifizierte Sanitätsberufe ist jedoch eine ***dreijährige Ausbildung eine conditio sine qua non.***

Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Dr. Hiroshi Nakajima hat anläßlich des Weltgesundheitstages 1993 folgende Botschaft ausgesandt: " Auf unserer Erde sterben jährlich mindestens 3,5 Millionen Menschen infolge von Verletzungen durch Gewalt, Unfälle oder Absicht. ***Individuelle Verletzungsrisken auf der Straße, zu Hause, am Arbeitsplatz oder in der Freizeit wurden zu lange ignoriert***; die Notwendigkeit ihrer Reduzierung ist von geringem öffentlichen Interesse. Öffentliches Gesundheitswesen wird in vielen Ländern ständig verbessert: Die allgemeine Lebenserwartung steigt überall. ***Daher ist es völlig inakzeptabel, daß so viele Menschen gewaltsam und zu früh sterben, bzw. für immer behindert bleiben.*** Mehr als die Hälfte aller Todesfälle bei jungen Menschen ist auf Verletzungen zurückzuführen; Verletzungen sind die Hauptursache für verlorene Lebensjahre. Millionen Menschen bedürfen jährlich medizinischer Behandlung für Verletzungen aus Unachtsamkeit, Gleichgültigkeit oder physischer Gewalt. Während ökonomische Krisen die Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit der Menschheit verzögern, ***kosten Verletzungen aller Art die Weltgemeinschaft pro Jahr fast 500 Millionen US $ für medizinische Betreuung und Produktivitätsentgang***. Der Weltgesundheitstag 1993 ist daher der Verhütung von Unfällen und Verletzungen gewidmet. Die WHO möchte die Aufmerksamkeit auf die mitunter katastrophalen, vielfach vermeidbaren Folgen für Unfallopfer und die Gesellschaft als Ganzes lenken. Es ist an der Zeit, aufzuzeigen, daß Sicherheit für die Gesellschaft von heute nicht nur kollektive, sondern auch individuelle Verantwortung bedeutet. Gesundes Leben durch Sorglosigkeit zerstören, ist tragische Verschwen-

dung. Unfälle und Gewaltakte passieren viel zu leicht und nicht nur immer anderen Leuten. Sicherheit bedeutet Verantwortung für alle (NAKAJIMA, 1993)".

Einer der großen Väter und Lehrmeister des Österreichischen Gesundheitswesens, der stellvertretende Geschäftsführer sowie Fachbereichsleiter Medizin des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen i.R. und Präsidiumsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin i.R., ***Dr. Robert KOTZAUREK*** definierte anläßlich eines Ärztekongresses seine Vorstellungen hinsichtlich der präklinischen Notfallversorgung folgendermaßen: *"**EINE GUT FUNKTIONIERENDE AMBULANTE NOTFALLVERSORGUNG IST EIN WESENTLICHES MERKMAL EINES QUALITATIV HOCHSTEHENDEN GESUNDHEITSSICHERUNGSSYSTEMS**. Von ihrer Effizienz, insbesondere vom klaglosen und raschen Zusammenspiel der beteiligten Institutionen, hängt es vor allem ab, ob die großen Möglichkeiten der Notfall- und Intensivmedizin voll zum Wohle des Notfallpatienten ausgeschöpft werden können." ... "**Sicherlich liegt die Lösung dieses gesundheitspolitisch eminent wichtigen Teilgebietes in einer gleichmäßig über das Bundesgebiet verteilten Notfallversorgung der Bevölkerung und in den adäquaten Ausbildungsstand der in ihr tätig werdenden Ärzte und Helfer**. Daß die technischen Voraussetzungen dem letzten Stand entsprechen sollten, wird als selbstverständlich vorausgesetzt."* (KOTZAUREK, 1983).

Im Interesse der Patienten, Verunfallten und Notfallpatienten, zu denen jeder von uns morgen auch schon zählen kann, und aller im Notfall- und Rettungswesen Tätigen wäre es an der Zeit, alle aufgrund von Interessenskollisionen und Einzelbestrebungen beruhenden Unstimmigkeiten, die in den letzten Jahrzehnten eine ganzheitliche Reform des Notfall- und Rettungswesens vereitelt haben, hintanzustellen und ***gemeinsam eine zukunftsweisende und europareife sowie internationalen Standards entsprechende präklinische Notfallversorgung aufzubauen***. Wenn sich alle Entscheidungsträger und Verantwortlichen entscheiden können, dem Motto "Wir sind um Sie besorgt" der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt - AUVA anzuschließen und dementsprechend zu handeln, steht einer grundlegenden Reform des österreichischen Rettungswesens - und insbesondere der Ausbildung des Rettungspersonals - nichts mehr im Weg.

JIM PAGE, Publisher und Editor in Chief des JEMS, Journal of Emergency Medical Services, ein Pionier und Mitbegründer des Rettungswesens der USA schreibt zur Veränderung eines schon bestehenden Systems folgendes: "People have been rescuing other people for centuries. Only in the last twenty years or so, however, have rescuers begun to react to emergencies with planned precision, some scientific applications, and a systematic use of people and resources. The result of all this change can be measured favorably against the ultimate standards of achievement - lives saved, disability minimized, and suffering reduced. Still, no matter how good

the outcome, ***change is never easy for our species, especially when it flies in the face of comfortable habits and long-standing tradition***" (PAGE, 1986).

Denn nicht der Streit um den "Modus vivendi" rettet Leben, sondern alleine die Motivation und die Bereitschaft zu zielführenden Reformen sowie zu einer qualifizierten Arbeit und zu raschem Handeln. Das Schicksal, ja sogar das Leben vieler Notfallpatienten von morgen, vielleicht sogar unser eigenes, liegt in unseren Händen. Handeln wir dementsprechend und ***handeln wir heute***, um uns nicht morgen vor uns, allen Notfallopfern und deren Angehörigen und Freunden, für unser Versäumnis und "fahrlässiges Handeln" verantworten zu müssen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

2 HISTORISCHE ENTWICKLUNG DES NOTFALL- UND RETTUNGSWESENS

2.1 ERSTE GESCHICHTLICHE HINWEISE AUF LEBENSRETTENDE MASSNAHMEN

So alt wie die Menschheit selbst ist die "Erste Hilfe" und somit auch die Versuche, das Leben anderer zu retten und zu erhalten. Verletzte sich in Urzeiten ein mutiger Stammesangehöriger im täglichen Kampf um Nahrung mit ihm übermächtigen Tieren oder erlag er in einer kriegerischen Auseinandersetzung mit Angehörigen eines anderen Stammes, waren seine Stammesgenossen darum bemüht, ihn zu pflegen bzw. ihn am Leben zu erhalten.

Daß sich die Menschen schon in frühester Zeit ausgiebig Gedanken zu lebenserhaltenden und lebensrettenden Maßnahmen machten, sei hier an einigen Beispielen kurz dargestellt (AHNEFELD, BRANDT, SAFAR, 1991).

Das Siedlungsverhalten der Menschheit brachte es mit sich, daß sie sich in fruchtbaren, d.h. in mit Wasservorkommen gesegneten Gebieten, vorzugsweise an Flüssen und Meeren, niederließ. Die ersten "Arbeits-" und Ertrinkungsunfälle ereigneten sich. War man sich zuerst über die Todesursache beim Ertrinken nicht klar, folgerte man bald, der Mensch sei durch das "Schlucken" von Wasser gestorben und die ersten Maßnahmen wurden in solchen Fällen getroffen: der Betroffene wurde (z.B. in Ägypten) mit den Beinen nach oben aufgehängt, damit das Wasser wieder ausfließen könne (JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1974). Diese sogenannte ***Inversionsmethode*** hielt sich bis in das 17. Jahrhundert.

Auch unter den Seeleuten wurde eine ähnliche Methode - und dies sogar bis in das 18. Jahrhundert hinein - angewandt: man rollte den Betroffenen auf einem Faß hin und her, bis er das geschluckte Wasser gegebenenfalls wieder von sich gegeben hatte.

Der unermeßlichen Ruhmessucht des Pharaos Ramses II (1324 - 1258 v. Chr.) haben wir es zu verdanken, daß er im Zuge seiner Gefechte, so z.B. bei der Schlacht von Kadesh am Fluß Orontes, bei der er sich der Niederlage nur durch einen Rückzug entziehen konnte, bildhafte Dokumentationen von Wiederbelebungsmaßnahmen beim Ertrinken in Form von Meißelarbeiten an Tempelwänden anfertigen ließ, die uns bis heute als wichtige Dokumentationsquelle lebensrettender Maßnahmen erhalten blieben.

2.2 DAS PROBLEM DER TODESFESTSTELLUNG UND DER URSPRUNG DER MUND-ZU-MUND-BEATMUNG

Die Todesfeststellung war in frühesten Zeiten von Urinstinkt geleitet: wußte man nicht, ob jemand lebte oder "nur" schlief, so versuchte man ihn "durch kneifen und zwicken, gegebenenfalls sogar durch Schläge, Schmerzen zuzufügen und auf diese primitive Art und Weise zu wecken". Gelang dies nicht, blieb man solange bei ihm sitzen, bis er sich entweder rührte und Auskunft geben konnte, was passiert war, oder er kalt und steif wurde und Verwesungsgeruch von sich gab. Dies war den primitiven Völkern aus dem Tierreich bekannt und somit konnte "eindeutig" der Tod festgestellt werden (AHNEFELD, BRANDT, SAFAR, 1991).

Auch die Mund-zu-Mund-Beatmung hat ihren Ursprung in frühester Zeit. Es waren die hebräischen Hebammen, die versuchten, asphyktische Neugeborene durch Mund-zu-Mund-Beatmung zu reanimieren. Dies galt damals als das "Geheimnis der Hebammen" und ist aus der Zeit der ägyptischen Gefangenschaft um 1300 v. Chr. dokumentiert.

In der Biographie des Lykurgos (ca. 1000 v. Chr.) finden wir das Gegenteil des oben bezeichneten. Plutarch berichtet vom Volk der Spartaner folgendes: Die Gemeindeältesten untersuchten jedes Neugeborene; mißgebildete oder schwächliche Säuglinge wurden über einen Felsabhang in den Fluß Taygetos geworfen. Dies sollte ein Schritt hin zur Familienplanung darstellen. Oft wurden Neugeborene statt in Wasser in Wein gebadet, um so jene Säuglinge herauszufinden, die dem Leben nicht gewachsen waren. Auch Seneca berichtet in seinem Aufsatz "De ira" über die Tötung schwächlicher und mißgebildeter Säuglinge als einen routinemäßigen Vorgang (ca. 100 n. Chr.). Erst viel später, 374 n. Chr., wurde die Tötung Neugeborener als Mord bezeichnet und entsprechend juristisch geahndet.

2.3 BIBLISCHE BEISPIELE DER WIEDERBELEBUNG

Auch in der Bibel finden wir Hinweise auf Erste-Hilfe-Maßnahmen und insbesondere Maßnahmen der Wiederbelebung. Einige Beispiele seien hier angeführt (AHNEFELD, BRANDT, SAFAR, 1991):

Das christliche Weltbild selbst ist als Ergebnis der ***Atemspende*** dargestellt: "... und blies in seine Nase den Odem des Lebens; so ward der Mensch zu einem lebendigen Wesen" (GENESIS II, 7).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Das Kapitel IV des zweiten Buchs der Könige erzählt die Geschichte des Sohnes einer Sunamitin, welcher über Kopfschmerzen klagte, zu seiner Mutter gebracht wurde und in deren Schoß verstarb. In ihrem Schmerz wandte sie sich an Elisa und bat ihn um Hilfe. "Und da Elisa ins Haus kam, siehe, da lag der Knabe tot auf seinem Bett. Und er ging hinein und schloß die Tür zu für sie beide und betete zu dem Herrn und stieg hinauf und legte sich auf das Kind und legte seinen Mund auf des Kindes Mund und seine Augen auf seine Augen und seine Hände auf seine Hände und breitete sich also über ihn, daß des Kindes Leib warm ward. Er aber stand wieder auf und ging im Haus einmal hierher und daher und stieg hinauf und breitete sich über ihn. Da schnaubte der Knabe siebenmal; danach tat der Knabe seine Augen auf" (Vers 32 - 35).

Auch im Neuen Testament, so z.B. bei Matthäus 9, Vers 18 - 25, steht geschrieben, wie die tote Tochter des Hauptmann Jairus wieder zum Leben erweckt wird. Diese Geschichte wird auch im Markus-Evangelium (Markus 5, Vers 22 - 43) und bei Lukas (Lukas 8, Vers 41 - 56) dokumentiert.

Johannes erzählt ebenfalls über die Wiedererweckung eines Toten, nämlich Lazarus, durch Christus, hier jedoch unter anderen Voraussetzungen: der Tote habe schon vier Tage lang gelegen und Fäulnisgestank aufgewiesen.

Mögen zwar hier und dort vielleicht berechtigte Zweifel an der Richtigkeit der Darstellung bestehen, so ist unumstritten, daß sich schon zu dieser Zeit die Menschen Wissen über die Möglichkeit des Scheintodes und der Maßnahmen dagegen aneigneten. Aber nach wie vor hatte sich als einziges sicheres Todeszeichen nur die Fäulnis des Leichnams behauptet.

2.4 DIE ERSTEN MEDIZINISCHEN AUSFÜHRUNGEN ÜBER LEBENSRETTENDE MASSNAHMEN

Waren es bisher nur durch Überlieferungen erhaltenene Darstellungen über lebensrettende Maßnahmen, so findet sich bei Hippokrates (460 - 377 v. Chr.) zum ersten Mal eine medizinische Dokumentation. Hippokrates beschäftigte sich mit Wiederbelebungsmaßnahmen am Beispiel von erhängten Personen.

Ein weiterer Mediziner, der sich mit dem Thema der Reanimation auseinandersetzte, war Galenus (ca. 130 - 200 v. Chr.), welcher sich insbesondere mit der Problemstellung "Bewußtlosigkeit und deren Behandlung" beschäftigte. So therapierte er Bewußtlose aufgrund eines Sonnenstiches mittels Kühlung, die durch Abkühlung Bewußtlosen mittels Wärmezufuhr, so z.B. erwärmte Umgebung (ans Feuer

legen und reiben der bewußtlosen Person) bzw. Flüssigkeitszufuhr (Wein mit heißem Wasser).

Der aus Pergamon stammende Arzt Oribasus (325 - 403 n. Chr.) beschäftigte sich mit dem Scheintod. Er schrieb zahlreiche Werke und in achten Buch der "Synagogi" empfiehlt er zur Todesfeststellung bei Vergiftung durch die schwarze Nieswurz (Helleborus) den Betroffenen, nachdem dieser in ein Laken gewickelt worden war, zu heben und senken und zu schütteln und zu rollen. Gäbe er keine Lebenszeichen von sich, könne man davon ausgehen, daß der Betroffene sicher tot sei.

2.5 ANTIKE UND MITTELALTER

Im Studium über frühgeschichtliche Maßnahmen zur Erhaltung und Wiedererlangung des Lebens stößt man unweigerlich auf Asklepiades von Bithynien, welcher wegen seiner damaligen "Wunderheilungen" nicht ganz unumstritten war. Asklepiades lebte 124 - 40 v. Chr. und genoß in Rom, wo er als Leibarzt des Marc Anton, von Cicero und Crassus tätig war, große Anerkennung, obwohl damals das Ansehen dieser Berufsgruppe eher gering war. Dies deshalb, weil diese sogenannten "Behandlungsmethoden" der römischen Ärzte eher einer Tortur des Patienten glichen und nicht nach Asklepiades Devise "tuto, celeriter, jucunde", *sicher, schnell und angenehm*, durchgeführt wurden.

Plinius der Ältere war erklärter Gegner von Asklepiades und bezeichnete ihn sogar als Scharlatan. Er schrieb auch einen Bericht über ein "Miserabile artificium" Asklepiades, welches folgendes erzählt: Eines Tages begegnete Asklepiades einem Trauerzug und als er nach der Todesursache fragte und man ihm Auskunft gab, sah er sich den "Leichnam" an. Nachdem er die vermeintliche Todesursache erfragt hatte, wandte er sich wieder dem "Toten" zu, und erkannte, daß dieser noch am Leben war. Er ordnete den Transport nach Hause und die Abtragung des Scheiterhaufens an. Im Hause konnte er den "Toten" wieder zum Leben erwecken.

Plinius der Ältere hat sich sehr umgehend mit diesem Thema befaßt, denn er selbst kommt zu der Ansicht, daß man "*beim Menschen selbst nicht einmal dem Tod trauen könne*" und "*die Anzeigen des Todes unzählig seien, aber es für das Leben und die sichere Genesung keine gäbe. Die Anzeigen des Todes sind diese: Bei Rasenden das Lachen, bei Kranken, die ihre Sinne haben, das Zupfen am Hemde und das Falten am Dekbett, das Nichtachten derer, welche den Schlaf widerrathen, und (mit Erlaubnis) der Durchfall. Die deutlichsten Kennzeichen hat man aus dem Anblick der Augen und der Nase, und daran wenn der Kranke beständig auf dem Rücken liegt, die Adern*

ungleich und schleichend schlagen, und was sonst noch der größte der Ärzte, Hippokrates, bemerkt hat (Übersetzung v. Große)."

Der Scheintod selbst scheint sehr häufig vorgekommen zu sein, denn nicht umsonst hatten sich in Rom, um der Verbrennung am Scheiterhaufen bei lebendigem Leib vorzubeugen, sgn. Vitalitätsteste durchgesetzt: Es wurden den Toten ein Fingerglied oder gar der ganze Finger abgeschnitten und abgewartet, ob sie eine Reaktion, die auf Leben schließen ließ, zeigten. Andere Methoden waren das laute Singen und Herumtanzen oder gar das Blasen von Hörnern und Trompeten, um sich ganz sicher zu sein, daß der Betroffene auch wirklich tot sei.

Weiters beschäftige sich im 6. Jhdt. n. Chr. Aetius von Amida mit Wiederbelebungsversuchen bei Erhängten. Dies ist in seinem Werk "Tetrabiblon" festgehalten. Er schließt sich der Meinung Hippokrates an und empfiehlt das orale Zuführen von Essig mit Pfeffer oder Brennesselsamen (Tetrabiblon II, 4, c.49) oder das Einblasen eines Niesmittels in der Nase und Venensection im Ellbogen sowie warme Ölumschläge oder warmen Anis oder Gänsefett mit weicher Wolle um den Hals (Tetrabiblon IV, I, c.84).

Auch Paulus von Aegina (7. Jhdt. n. Chr.) hielt an dieser Methode und den Ausführungen des Hippokrates fest.

2.6 DER EINFLUSS DES CHRISTENTUMS

Das Ziel der Christenheit, nämlich nach dem Tod in das ewige Reich des Himmels zu gelangen, widersprach sämtlichen lebensrettenden und lebenserhaltenden Maßnahmen. So kann man im Mittelalter einen Wandel hinsichtlich Tod und Sterben beobachten. Die Erlösung, also der Tod, wurde als höchstes Ziel jedes einzelnen Christen angesehen und so wurde jede Maßnahme zur Erhaltung des Lebens als Zeichen der Ablehnung des Christentums angesehen. Wurde wirklich jemand, der "dem Tod geweiht" war, wieder gerettet bzw. starb er aus irgendwelchen Gründen nicht, sah man dies als Wunder Gottes an, also eine völlig irrationale Sichtweise, die der damaligen Zeit unter dem Einfluß der Kirche entspricht. Paracelsus beschreibt dies in seiner "Scharfsinnigen Philosophie" ("Philosophia sagax") so: "*Es stirbt kein Mensch, dessen Tod nicht vorher geweissagt würde. ... Denn so genau und gut ist alles am Menschen von Gott gezählt, daß es nicht ein Härlein gibt, das nicht von Gott gezählt worden wäre. So wohl, wie alles am Menschen gezählt wird, so sehr wird auch dafür gesorgt, daß ihm Weissagungen übermittelt werden, betreffs seiner Zukunft, seiner Geburt, seines Todes, seines Lebenswandels und Endes*".

Die Angst, lebendig begraben zu werden, war im Mittelalter nicht mehr so groß wie zu früheren Zeiten und Verstorbene wurden, sobald sie Zeichen der Auskühlung aufwiesen, sowohl bei den Juden als auch bei den Christen beigesetzt. Auch bestand in den Bevölkerungsschichten mit niedrigerem Bildungsniveau die Ansicht, daß der körperliche Kontakt mit einem Leichnam eine Verunreinigung und Entehrung des eigenen Leibes und Lebens bedeute.

Die Stadt Amsterdam hat im Jahre 1526 eine Verordnung erlassen, in welcher bestimmt wird, daß ein Leichnam erst nach Besichtigung durch eine Person des Gerichtes abtransportiert werden durfte. Geschah dies früher, mußte man mit einer Strafe rechnen. Weiters stand damals der Grund des Todes, also Unglücksfall, Mord oder Selbstmord, im Vordergrund und nicht die Frage, ob der scheinbar Tote schon tot sei oder noch lebe. Dies geht auf eine Erwähnung von C.J. MIJNLIEFF zurück.

Wen wundert es, wenn aufgrund der Tabuisierung des Themas "Sterben und Tod" und Vorschriften, die Ärzten untersagte, sich mit diesem Thema zu befassen, zu Fehlern bei lebensrettenden Maßnahmen oder der Todesfeststellung kam. Dies sei an einigen kurzen Beispielen dargestellt: So wurde z.B. der Staatsminister Kardinal Espinosa, welcher bei seinem Herrscher König Philipp II. in Ungnade gefallen war und daraufhin an schweren Depressionen litt, krank und "verstarb". Als der Wundarzt den Thorax öffnete, sah er ein schlagendes Herz und der Kardinal hob die Hand nach dem Messer des Arztes. Daraufhin durchtrennte der Arzt kurzerhand die Aorta.

Vesalius wiederum wollte einen Edelmann sezieren und mußte dabei feststellen, daß dieser noch lebte. Er wurde von König Philipp II. verfolgt und unternahm daraufhin eine Pilgerreise ins Heilige Land, auf der er auf unerklärliche Weise ums Leben kam.

Wie wir jedoch noch später sehen werden, änderte sich die Auffassung des Klerus über Hilfsmaßnahmen zur Rettung des Lebens.

Vesalius war ein weiterer Vertreter derer, die sich intuitiv richtig den lebensrettenden Maßnahmen widmete. In Tierversuchen (1543) bewies er das Verbundsystem der Vitalfunktionen, wurde jedoch von seinen Zeitgenossen verspottet. Erst ca. 100 Jahre später setzte Hooke die Untersuchungen Vesalius weiter fort, motiviert durch die Entdeckung des Blutkreislaufes von Harvey im Jahre 1628.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

2.7 DIE NEUZEIT - GEBURTSSTUNDE DER NOTFALLMEDIZIN

Auch der Pfarrer Sebastianus Weiss (1558 - 1631), alias Sebastian Albinus, im sächsischen Dittersbach auf dem Eigen beschäftigte sich mit der Wiederbelebung Ertrunkener. Erst nach seinem Tod erschien eine Fibel zu diesem Thema, in welcher er offen Kritik an der Ärzteschaft übte, die seiner Meinung nach für solche Situationen keine Ratschläge zu geben bereit oder imstande waren. Er widmete sich auch den Wiederbelebungsmethoden durch Laien für Erwachsene als auch Kinder. Der Pfarrer bewegte sich mit seiner Aufforderung zur Hilfeleistung auf einem gefährlichen Terrain, zumal, wie schon erwähnt, man bei erfolgreicher Reanimation leicht in den Ruf gelangen konnte, mit dem Teufel im Bunde zu stehen und als Hexer bezeichnet zu werden. Die Legitimation der Hilfeleistung durch staatliche Stellen war deshalb der einzige Ausweg.

Die damals vorherrschende Angst vor dem Ertrinkungstod hatte zur Folge, daß man sich mit diesem Thema, insbesondere in Küstenregionen, ausführlicher beschäftigte und dadurch wertvolle Erkenntnisse für die Notfallmedizin gewonnen werden konnten.

Die Neuzeit war also anfangs noch deutlich vom Einfluß des Christentums, das Wiederbelebungsmaßnahmen als Hexentaten hinstellte, geprägt. Erst der englische Arzt Alexander Johnson brachte mit seiner Fibel "Rettungsmittel scheinbarer Todesfälle" im Jahre 1788 einen aufklärenden und humanistischen Gedanken ein. Er stellte lebensrettende Maßnahmen als Ausdruck der Nächstenliebe und Wertschätzung jedes Individuums dar.

König Ludwig XV. (1710 - 1774) war der eigentliche Begründer der Notfallmedizin. Auf seine Anweisung hin wurden 1740 in seinem Reich die Hilfemaßnahmen zur Rettung und Hilfe Ertrunkener im sgn. "Avis" kundgemacht, welches von Ferchault de Reaumur (1683 - 1757) verfaßt wurde. Der "Avis" stellt die erste öffentliche Kundmachung dar, in welchen die Hilfeleistung nicht als verrufene und illegale Tat dargestellt wurde. Dieses Werk wurde auch ins Deutsche übersetzt. Nach einer ersten, etwas unglücklich ausgefallenen Übersetzung wurde der "Avis" von einem Mediziner unter der Pseudonym "Academicus curiosus" zwei Jahre nach der Ersterscheinung zu zweiten Male übersetzt und als Notfallbrevier veröffentlicht. Dieses Werk war nicht nur eine gekonnte Übersetzung, sondern beinhaltete - gegenüber dem französischen Originaltext - viele Zitate der Fachliteratur, mit denen der Autor die Sinnhaftigkeit oder Unsinnigkeit diverser lebensrettender Maßnahmen beschrieb und mit erfolgreich durchgeführten Wiederbelebungen wissenschaftlich belegte.

Basierend auf den Empfehlungen des "Avis" entwickelte "Academicus curiosus" ein Reanimationskonzept, welches auch schon die Mund-zu-Mund-Beatmung und sogar die Wechseldruckbeatmung beinhaltete.

Der "Avis" selbst wurde noch mehrmals überarbeitet; so z.B. 1752 von Antoine Louis (1723 - 1792), der, wie "Academicus curiosus" zehn Jahre vor ihm, die Insufflation von Luft in die Lungen an die erste Stelle der Wiederbelebungsmaßnahmen setzte und die orale Verabreichung "geistreicher Lösungen" aufgrund der Aspirationsgefahr verwarf. Claude-Nicolas Le Cat schloß sich Louis' Meinung an und griff selbst wieder die Methode des Blasebalgs zur Wiederbelebung Erstickter auf, wie es auch schon Domenico Panaroli (? - 1675) Mitte des 17. Jahrhunderts in Italien nach einer Theorie von Robert Hook (1635 - 1703) praktizierte.

Der "Avis" wurde in der Folge in Fachkreisen viel diskutiert und verbreitete sich in ganz Europa und war die Basis für entsprechende staatliche Verordnungen und Erlässe, die von so mancher europäischer Regierung erlassen wurden. Die ersten Länder, die das Rettungswesen institutionalisierten, waren Frankreich und Holland.

Die Ärzteschaft begann sich mehr und mehr mit dem Thema der Wiederbelebung zu beschäftigen und es wurden eine Reihe von Publikationen veröffentlicht. Auch für die Laien wurden sgn. Notfallfibeln gedruckt. Diese stammten jedoch nicht von Ärzten, sondern dem Klerus und der Administration. Häufig zitierte Literatur für Laien waren z.B. die aus dem Französischen ins Deutsche übersetzte Schrift "Herrn Isnards heilsamer Unterricht wie man Ertrunkenen auf die leichteste und sicherste Art wieder zum Leben verhelfen könne" (1760) oder die "Anzeige der hauptsächlichen Rettungsmittel derer, die auf plötzliche Unglücksfälle leblos geworden sind, oder in naher Lebensgefahr schweben" von Philipp Gabriel Hensler (1770).

Die damals weitverbreitete Angst der Bevölkerung vor der Möglichkeit, aufgrund eines bescheinigten Todes lebendig begraben zu werden, ließ das Interesse an Reanimationsmaßnahmen steigen. Auch zu diesem Thema wurden viele Beiträge und Publikationen veröffentlicht und Ideen und Maßnahmen beschrieben, welche eine versehentliche Beerdigung verhindern sollten. Als Beispiel sei die Sargklingel von Friederike genannt, welche dem Scheintoten beim Erwachen die Möglichkeit geben sollte, den Friedhofswärter zu alarmieren, welcher Rettungsmaßnahmen zu veranlassen hatte. Eine andere Lösung fand Arthur Schnitzler, der österreichische Dramaturg: Er ließ testamentarisch bestimmten, daß nach seinem Tode sein Herz durchstochen werden sollte, um sicherzugehen, daß er auch wirklich tot sei.

Um der Bestattung Scheintoter vorzubeugen, wurde von der Regierung festgelegt, daß zwischen dem Tod und dem Begräbnis eine fünftägige Frist zu verstreichen habe.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Anfang der 70er Jahre des 18. Jahrhunderts wurde von Scheele und Priestley der Sauerstoff entdeckt und von Davoisier als "Betriebsmittel des lebenden Organismus" bezeichnet. Dieser Umstand räumte der Atemspende einen gewichtigen Platz ein und es wurden in der Folge auch Beatmungsgeräte auf Basis des Blasebalgs entwickelt. 1787 wurde von Scherff auf die Bedeutung der freien Atemwege bei dieser Maßnahme hingewiesen (AHNEFELD, 1991).

2.8 INSTITUTIONEN UND ORGANISATIONEN DER NOTFALLMEDIZIN UND DES RETTUNGSDIENSTES

Eine der ersten nachgewiesenen Hilfeleistungen findet man in den Schriften des Homers, denen zu entnehmen ist, daß die Heerführer auch Verwundeten Hilfe leisteten.

Die Römer errichteten für ihre kranken Sklaven und Legionäre sgn. Valetudinarien, in denen entsprechend dem damaligen Zeitverständnis medizinische Versorgung geboten wurde. Ca. 350 n. Chr. entstanden auf dem Weg nach Jerusalem die sgn. Xenodochien zur ersten Hilfeleistung und Aufnahme von Pilgern. Träger dieser karitativen Einrichtungen waren kirchliche Orden bzw. Bischöfe, v.a. die Benediktiner, Clunyazenser, Zisterzienser, Hospitaliter und Ritterorden (HÖRMANN, HASLINGER, 1988).

1099 wurde von Kaufleuten aus Amalfi in Jerusalem ein Hospital gegründet, das sich der Pflege kranker Pilger widmete. Diese Einrichtung wurde dem Benediktinerkloster Santa Maria Latina angegliedert und orientierte sich an der benediktischen Krankenpflege. 1099 wurde infolge des ersten Kreuzzuges, der einen großen Anfall an Verletzten mit sich brachte, von Frà Gerard (Meister Gerhard) durch die Schaffung eines für damalige Zeiten großen Hospitals neben der Kirche St.Johannes des Täufers der ***Johanniterorden*** gegründet. 1113 erlangte er durch Paschalis II. päpstliche Anerkennung (Orden St.Johannis vom Spital zu Jerusalem) und durch das Edikt von Clermont (1130) wurde der Schwerpunkt der kirchlichen Ordenstätigkeit wieder auf die geistliche Bestimmung zurückgeführt. Daraus resultierte eine eindeutige Ausrichtung der christlichen Gemeinschaften auf die engere barmherzige Pflegetätigkeit. Es entwickelten sich aus den alten Formen des Klosterwesens christliche Ordensbewegungen: die geistlichen Orden, die Ritterorden und die weltlichen Orden. Raimund von Puy führte den Orden weiter und wurde zur Schutzmacht der Pilger und in weiterer Folge zum Ritterorden. 1187 kam es durch Sultan Saladin zum Verlust Jerusalems. Der Orden zog sich nach Akkon, Krak des Chevaliers und Margat in Syrien/Palästina zurück. 1291 verlor der Johanniterorden Akkon und mußte auf Bestreben des Islam das Heilige Land verlassen. Bis 1309

war der Orden in Zypern tätig und verlegte dann seinen Sitz nach Rhodos, wo ein neuer Ordensstaat entstand, der die Sicherung des östlichen Mittelmeerraumes gegen muslimische Seepiraten übernahm. 1382 wurde die Balley Brandenburg selbständig. Mit den Türken (1453 Fall von Konstantinopel) kam es 1480 zum ersten Kampf um Rhodos, welches sich aber zunächst behaupten konnte. Sultan Soliman II. eroberte schließlich 1522 Rhodos. 1530 erhält der Orden von Kaiser Karl V. Malta zum Lehen. Der Orden setzt seine Tätigkeit in der Bekämpfung der muslimischen Seepiraten fort; Großmeister Jean de la Valette bekämpft 1565 erfolgreich die Türken. Zu seinen Ehren wurde 1566 La Valletta, die Hauptstadt Maltas, gegründet.

Den nächsten Niederschlag muß der Orden 1798 durch Napoleon hinnehmen. Der sich inzwischen eingebürgerte Namen Malteser Ritter lebt im Malteser-Ritter-Orden fort, welcher den katholischen Zweig des Johanniterordens darstellt.

Im europäischen Raum kam es schon im 11. Jahrhundert zu den ersten Niederlassung (Gilles, Frankreich) des Johanniterordens, und zwar im Jahr 1113, dem Jahr der Anerkennung des Ordens durch Papst Paschalis II. Im deutschsprachigen Raum entstehen die erste Ordensgruppierung in Duisburg. Auch in Ungarn wurden Kommenden gegründet, die die Ausgangsbasis für den deutschen Ordenszweig bildeten, die "Deutsche Zunge". 1160 etablierte sich der Brandenburgische Ordenszweig, welcher 1382 durch den "Heimbacher Vergleich" große Selbständigkeit erlangte. Zu Beginn des 15. Jahrhunderts kommt es zu einer engen Kooperation mit dem Haus Hohenzollern, die sich bis heute erhalten hat. 1539 tritt der Markgraf von Brandenburg zur lutherischen Lehre über und ebenso der Johanniterorden. Dieser führte seinen Namen weiter, der katholische Zweig benannte sich nach seinem Ordenssitz Malta "Malteserorden".

Ab dem 17. Jahrhundert, genau genommen seit dem Jahre 1610, wird der Herrenmeister des Johanniterordens ausschließlich vom Haus Hohenzollern gestellt. 1810 gingen die Befugnisse des Herrenmeisters des Ordens auf die preußische Krone über, eine Folge der napoleonischen Kriegsaktivitäten. 1852 wurde der Orden von König Friedrich Wilhelm IV. neu gegründet. In der Folge wirkt der Orden im Gleichklang zu Henry Dunant bei der Institutionalisierung des Sanitätswesens mit. Der damalige Kanzler des Johanniterordens, Otto Graf Stollberg-Wernigerode, bereitet die erste Konferenz in Genf 1863 vor, die ausschlaggebend für die 1864 unterzeichnete Genfer Konvention war.

Im Zuge des Zweiten Weltkrieges verliert der Orden in Mittel- und Ostdeutschland seine Herrschaften und kann sich erst 1949 unter dem Schutz der Alliierten Kräfte wieder den Notleidenden widmen. 1952 wird die Johanniter-Unfall-Hilfe in der BRD gegründet, 1958 die Johanniter-Schwesternschaft zum Kampf gegen den damaligen Schwesternmangel. 1961 kommt es zum Zusammenschluß der vier Johanniteror-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

den zur Allianz von Nieder-Weisel. Diese Allianz umfaßt den britischen, niederländischen und schwedischen Johanniterorden und die Balley Brandenburg, bestehend aus der finnischen, französischen, schweizerischen und ungarischen Genossenschaft.

Die JUHÖ, die ***Johanniter-Unfall-Hilfe Österreich***, etablierte sich 1974 in Wien und widmet sich dem Krankentransport, dem Rettungsdienst, der Hauskrankenpflege, dem Ärztenotdienst, den Behindertentransporten, dem Sanitätsdienst und dem Katastrophenschutz. In Wien werden Kurse für Erste-Hilfe und Hauskrankenpflege abgehalten. In Innsbruck ließ sich die JUHÖ 1979 nieder und übernahm dort Behindertentransporte und ist weiters in der Behindertenarbeit und dem Katastrophenschutz tätig sowie in der Lehrtätigkeit der Ersten Hilfe. 1982 etablierte sich die JUHÖ auch in Kärnten und wurde im Rettungsdienst, im Kranken- und Behindertentransport sowie mit Erste-Hilfe-Kursen tätig.

Der ***Malteser Hospitaldienst Austria*** (MHDA) wurde 1956 unter dem Namen "Malteser-Einsatz-Staffel" gegründet. Anlaß dafür war die Flüchtlingshilfe in der Ungarnkrise. Er beschäftigte sich in der Folge mit der Ersten-Hilfe-Ausbildung und wurde im Rahmen des Roten Kreuzes tätig. Er übernahm die Sanitätsbetreuung von Großveranstaltungen und Pilgerreisen. Durch die Ausstattung mit Fahrzeugen, Medikamenten und Hilfsmaterial wurde er vermehrt im Sanitätsdienst tätig. Er erhielt zwischenzeitig den Namen "Malteser-Hilfsdienst" und wurde in der Krankenpflege und im Katastrophenschutz tätig. In der Folge kam es zu Gründungen in fast jedem Bundesland. Mit der Etablierung des Ärztenotdienstes in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Wien erhielt der MHDA eine eigene Funkfrequenz. 1972 erhielt der MHDA die behördliche Genehmigung zur Ausbildung in "Sofortmaßnahmen am Unfallort" und setzte dies in den eigenen Einsatzzentralen und in Fahrschulen um. Bei den Olympischen Winterspiele 1976 in Innsbruck stellte der MHDA zwei Ambulanzstationen und im gleichen Jahr leistete er bei der Erdbebenkatastrophe in Friaul sofortige und kontinuierliche Katastrophenhilfe. Insgesamt wurden in diesem Jahr von Österreich 40 Tonnen Medikamente und zwei Fertigteilhäuser nach Friaul geliefert. 1979 war er im Libanon und beim Erdbeben in Montenegro, 1980 bei der Erdbebenkatastophe in Süditalien tätig. Auch in den nächsten Jahren widmete sich der MHDA der Hilfe in Not Geratener, so z.B. 1981 in Polen und setzte diese Tätigkeiten bis heute fort. Der MHDA widmet sich der Flüchtlingshilfe, dem Krankentransport, der Krankenpflege, den Besuchs- und Besorgungsdiensten sowie der Heimhilfe für Behinderte, der Behindertenbetreuung im Freizeitbereich, den Pilgerfahrten mit Behinderten, der Sanitätsbetreuung bei Großveranstaltungen, der Katastrophenhilfe, dem Rettungs- und Krankentransportdienst, dem Ärzte-Notdienst und der Breitenausbildung in Erster Hilfe und Sofortmaßnahmen am Unfallort sowie dem Zivilschutz.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Weitere weltliche Orden, z.B. die ***Brüder vom Orden des heiligen Geistes*** oder die ***Antoniter***, bestanden zunächst als Laienvereinigungen und waren durch die Stände gehende Pflegegemeinschaften. Mit ihrer karitativen Ausrichtung unterstellten sie sich dem Schutz der Kirche, waren jedoch keine kirchliche Einrichtung. Dies war der Ausgangspunkt für zwei Bewegungen: die Nightingale-Bewegung, die sich primär dem Pflegebereich widmete, und das Rote Kreuz, auf das wir noch später zu sprechen kommen.

In der Folge etablierten sich auch Gesellschaften und Vereinigungen, die sich mit Rettungsmaßnahmen beschäftigten. Als Beispiel sei die Amsterdamer "Gesellschaft für die Rettung Ertrunkener" (Maatschappij tot Redding van Drekelingen) durch zehn Amsterdamer Bürger angeführt, die sich mit Rettungsmaßnahmen, deren Dokumentation und Kostenerstattung im Falle erfolgreich durchgeführter Reanimation beschäftigte. Jedem Bürger des Landes, welcher beweisen konnte, daß er einem Menschen, welcher zu ertrinken drohte, das Leben gerettet hatte, wurde mit sechs Dukaten belohnt und seine Unkosten abgegolten. In der Gründungserklärung wurden weiters die probaten Rettungsmittel aufgezählt. Die Gründungserklärung der Gesellschaft wurde in allen holländischen Provinzen verteilt und angeschlagen. Bereits im zweiten Jahr nach der Gründung konnte sie 44 Meldungen über eine erfolgreiche Wiederbelebung verzeichnen, bei ihrem 25jährigen Jubiläum waren es ca. 990 erfolgreich durchgeführte Reanimationen.

Auch in anderen Ländern folgte man diesem Beispiel: die Gesundheitsbehörden von Venedig und Mailand erließen ähnliche Erlässe und in Hamburg wurde von der "Hamburger Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe" Anleitungen verteilt, wie Ertrunkene zu retten seien. Im Oktober 1789 wurde als organisatorisch verantwortliche Institution für die Durchsetzung der Regierungsverordnungen die "Hamburgischen Rettungsanstalten für im Wasser verunglückte Menschen", eine eigenständige Einrichtung, geschaffen. Ihre Aufgaben waren "die Anzeichnung und nähere Untersuchung der dahin einschlagenden Vorfälle, die Aufsicht auf die Befolgung der dieserwegen erlassenen Bekanntmachungen, und auf die zweckmäßige Anwendung der vorgeschriebenen Rettungsmittel, der Vortrag über die desfalls auszuteilenden Prämien, die Aufsicht auf die gehörige Aufbewahrung, Unterhaltung und Anwendungen des Eisboots, und die Revision der dahin einschlagenden Rechnungen" (AHNEFELD, BRANDT, SAFAR, 1991).

Im deutschsprachigen Raum wurden von den meisten Landesregierungen Verordnungen zur Rettung Verunglückter erlassen, welche sich allesamt an der holländischen Verordnung orientierten.

In diese Zeit fallen übrigens auch schon erste Versuche mit Gasschutzmasken bzw. Atemschutzgeräten zur Rettung in Gruben bzw. Kellerräumen verunglückter Perso-

nen. Alexander von Humboldt z.B. konstruierte einen Tornister, aus welchem atmosphärische Luft eingeatmet werden konnte.

Auch Kaiserin Maria Theresia war im Bereich des Sanitätswesens tätig gewesen. 1756 wurde Gerhard van Swieten von Kaiserin Maria Theresia zum Heeressanitätschef bestellt und in dieser Funktion forderte er erstmals die Ausbildung des militärmedizinischen Dienstes. Van Swieten war weiters der Initiator des Rettungspatentes, das den "*Unterricht wie die scheinbar ertrunkenen, erhenkten oder erstickten Menschen beym Leben zu erhalten seyen*" sowie die Zusicherung einer Prämie bei erfolgreicher Reanimation entsprechend dem Amsterdamer Vorbild beinhaltete.

Unter Joseph II. wurde am 7. November 1785 die "Medizinisch-chirurgische Militärakademie", das Josephinum, und das Institut zur Förderung der Wissenschaft eröffnet und stand als Bildungsstätte für Feldchirurgen zur Verfügung.

In London wurde 1774 von den beiden Ärzten Dr. William Hawes (1736 - 1806) und Dr. Thomas Cogan (1736 - 1818) die "Institution for affording immediate relief to persons apparently dead from drowing" gegründet, jedoch schon bald in "The Society for the recovery of persons apparently drowned" unbenannt. Seit 1976 führte diese Organisation den Namen ***"Royal Humane Society"***, die innerhalb weniger Jahre zur führenden Institution des Rettungswesens avencierte. An der Royal Humane Society orientierten sich in der Folge auch andere neu gegründete Rettungsgesellschaften. Weiters hatte sie großen Einfluß auf die Organisation des Rettungswesens in den USA. Im endenden 19. Jahrhundert und noch stärker im 20. Jahrhundert bekam diese Gesellschaft nationale und internationale Konkurrenz durch sich neu bildenden Organisationen. Die Hauptaufgaben der Royal Humane Society waren die Organisation des Krankentransportwesens und die Verbreitung des Erste-Hilfe-Gedankens in der Bevölkerung.

1869 wurde in den USA von Brennan der erste Ambulanzdienst eingerichtet, nicht zuletzt unter dem Einfluß der Royal Humane Society.

1863 wurde auf Initiative Henry Dunant's, welcher in seiner Schrift "Erinnerungen an Solferino" eindringlich auf das Elend der Kriegsverletzten hinwies, auf der 1. Internationalen Konferenz in Genf das schon vorher andeutungsweise erwähnte ***Internationale Rote Kreuz*** gegründet und das ***Internationale Komitee vom Roten Kreuz*** etabliert. Am 22. 8. 1864 wurde die Genfer Konvention, ein internationales Übereinkommen zur Verbesserung des Loses der Verwundeten bei den im Felde stehenden Heeren, geschlossen und von fast allen Staaten anerkannt (DER ILLUSTRIERTE PLOETZ, 1973). In der ersten Haager Friedenskonferenz (1899) wurde die Genfer Konvention auch auf den Seekrieg ausgedehnt. Henry Dunant erhielt für seine Leistungen 1901 den Friedensnobelpreis verliehen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Napoleon war es, der Henry Dunant bei seinem Bemühungen um Veränderungen der Versorgung Kriegsverwundeter half und mit der Genfer Konvention durchsetzte, daß seinen verletzten Kriegern gleich vor Ort geholfen und ihnen medizinische Hilfe zuteil wurde. Sein Leibarzt und zugleich Inspektor des Sanitätswesens Larrey führte die ärztliche Versorgung vor Ort durch und operierte auf dem Schlachtfeld unmittelbar nach der Verwundung. So konnte z.B. bei der Amputation von Extremitäten die Gefahr des Wundbrandes, der damals zumeist tödlich endete, umgangen werden. So dauerte z.B. eine Hüftgelenksexartikulation nur ca. 4 Minuten (!), was sich auch in den Ergebnissen widerspiegelt: Beispielsweise wurden im Monat Mai des Jahres 1803 in Rußland an die 1970 Amputationen durchgeführt, davon 40 Doppelamputationen. 730 davon wurden als primär geheilt klassifiziert. Napoleon bildete mit seinen von einem Kriegsschauplatz zum anderen eilenden Ambulanzen die Grundlage für die Sofortbehandlung hinter der Front. Es konnten somit lange und für den Verletzten schmerzhafte Transportzeiten verhindert und vielen Soldaten das Leben gerettet werden. Leichter Verletzte wurden von Lazarettgehilfen zu Pferde mit leichten Fahrzeugen zu einer Zentralambulanz gebracht.

Napoleon führte in einer für damalige Zeiten sensationellen Form also das fort, was ansatzweise schon Maximilian I. in seinem Heeressanitätswesen etablierte: Feldschere, die mit ihren Gehilfen die Verletzten vom Schlachtfeld mit Schubkarren und Sänften einsammelten und hinter die Gefechtslinie in ein Krankenzelt brachten, wo sie von Frauen gepflegt wurden. Die Tätigkeiten und Vorschriften für Feldschere wurden 1620 im Buch "Medicina militaris" veröffentlicht (SEFRIN, 1991).

Doch nun wieder zurück ins 19. Jahrhundert. Das Rote Kreuz entwickelte sich aufgrund seiner Internationalisierung zu einer großen Hilfsorganisation. Seine Hauptaufgabenbereiche waren die Krankenpflege und die Erstversorgung von Unfallopfern sowie deren Transport ins Krankenhaus.

Bei den Internationalen Rotkreuz-Konferenzen führte der österreichische Delegierte Jaromir Mundy, welcher sich schon für Reformen des öffentlichen und Militärsanitätswesens einsetzte, Tragbahren und Ambulanzwagen vor. Er hatte die Bedeutung eines sachgemäßen Verwundetentransportes erkannt und organisierte 1875 als Generalchefarzt des Malteser Ritterordens ganze Sanitätszüge. Die Etablierung einer Ersten-Hilfe-Station in Wien konnte er zunächst nicht verwirklichen. Am 9. Dezember 1881, einen Tag nach dem Ringtheaterbrand, der über 380 Menschen das Leben kostete, gründete er die ***"Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft"***. Erst durch die Brandkatastrophe konnte er voll und ganz mit der Hilfe der Behörden rechnen. Das Personal dieser Rettungsgesellschaft bestand damals aus freiwilligen Helfern. Mundy erkannte, daß es notwendig war, dieses Personal einer entsprechenden Schulung zuzuführen. Theodor Billroth und Graf Hans Wilczek unterstützten Mundy bei seinem Vorhaben. Die Rettungsgesellschaft war zu Beginn im Palais des Grafen Wilczek untergebracht, 1883 wurde die erste Sanitätsstation bezogen

und 1889 bereits ein eigenes Haus; 1905 wurde die erste Filialstation eröffnet. Das freiwillige Personal konnte bald den Anforderungen infolge der hohen Inanspruchnahme nicht mehr gerecht werden. Dieser Umstand bewirkte eine Umstrukturierung und den Umstieg auf fix angestelltes Personal (GRÖGER, 1990).

In London wurde die ***"St.John's Ambulance Association"*** gegründet, ein Zusammenschluß von Johanniterrittern und Ärzten zur Hilfeleistung bei Unglücksfällen in Friedenszeiten. 1870 und 1871 war sie im deutsch-französischen Krieg eingesetzt. Diese Vereinigung bot Erste-Hilfe-Kurse für Frauen und Männer an, die sich im Rettungsdienst betätigten. Ausschlaggebend für die Gründung der St.John's Ambulance war die Unzulänglichkeit der Rettung beim Wiener Ringtheaterbrand. Die St.John's Ambulance Association hatte auch Vorbildfunktion für den Deutschen Samariterverein, welcher 1882 auf Anregung des Chirurgen Friedrich von Esmarch gegründet wurde. 1895 fanden sich auf Initiative des Leipziger Arztes Assmus die in fast allen Ländern gegründeten Vereine zum Deutschen Samariterbund zusammen, dessen Hauptbestreben es war, die ärztliche Leitung des Rettungsdienstes zu verwirklichen. In der Folge nahm diese Institution den Namen "Deutsche Gesellschaft für Samariter- und Rettungswesen" an und führte 1908 den ***1. Internationalen Kongreß für Rettungswesen*** durch. Bei diesem ca. 100 Vorträge umfassenden Kongreß wurden Themata wie "Rettungswesen in Städten", "Ausbildung von Nichtärzten in Erster Hilfe", "Erste ärztliche Hilfe bei Unglücksfällen" und "Rettungswesen auf dem Lande, in Industriezentren und kleineren Kommunalverbänden" behandelt (GRÖGER, 1990).

In diesen Zusammenhang sei auch der ***II. Internationale Kongreß für Rettungswesen und Unfallverhütung*** erwähnt. Die Organisation dieses Kongresses führte Chefarzt Heinrich Charas der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft durch. Die Themenkreise dieses Kongresses waren denen des ersten gleich, die Vorträge jedoch zahlreicher. Weiters wurden im Rahmen dieser Veranstaltung Resolutionen zur Standardisierung beispielsweise der manuellen Beatmung, der ärztlichen Ausbildung sowie die Verankerung des Erste-Hilfe-Gedankens in den Lehrplänen der Pflichtschulen beschlossen.

Eine weitere Konsequenz dieses Kongresses war die Gründung der ***"Internationalen Vereinigung für Rettungswesen und Unfallverhütung"***, welche ihren Sitz in Wien hatte. Sie hatte es sich zur Aufgabe gestellt, durch "Sammlung und Austausch von Erfahrungen aller auf dem Gebiete des Rettungswesens und der Unfallverhütung auftauchenden modernen Errungenschaften in den einzelnen Staaten und Ländern nutzbar zu machen und eine internationale Hilfestellung zur Vermittlung von Rettungsmaßnahmen bei großen katastrophalen Ereignissen zu unterhalten" (GRÖGER, 1990).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

1888 wurde in Berlin als "Verband der Zimmerleute" der ***Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.*** als Organisation der Wohlfahrtspflege gegründet (GERDELMANN, KORBMANN, KUTTER, 1981). Dies erfolgte auf Initiative der Zimmerleute, die 1889 einen "Lehrkurs der Berliner Arbeiter zur Ersten Hilfe bei Unglücksfällen einrichteten. Eine Petition an den Reichstag betreffend sanitäre Einrichtungen in Betrieben verschaffte dieser Organisation 1890 Anerkennung in der Bevölkerung. 1897 nannte sich diese Organisation in "Arbeiter-Samariter-Kolonne" um und bald war die Ausbildungstätigkeit nur mehr ein Teilbereich ihrer Aufgaben. 1909 schlossen sich die regionalen Samariter-Vereinigungen diverser Art zum "Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland" zusammen.

Das Bestreben des Arbeiter-Samariter-Bundes, einer parteipolitisch und konfessionell ungebundenen Organisation, war und ist es, wie der Name schon sagt, sich denjenigen zu widmen, die besonderer Hilfe bedürfen und in Not geraten waren. Hauptanliegen war unter anderem die Forderung nach einem obligatorischen Unterricht an Pflichtschulen über die Erste Hilfe bei Unglücksfällen, desweiteren forderten sie die Einrichtung eines Ministeriums für Volksgesundheit und weiters die "Unterstützung des Rettungswesens unter einem Kuratorium, dem Ärzte und Vertreter aller Samariterorganisationen angehören". Nach dem Ersten Weltkrieg verlagerte sich der Tätigkeitsschwerpunkt auf die Wohlfahrtsarbeit.

Weitere Aufgabengebiete waren die Einrichtung von modernen Unfallstationen, der Krankentransport und der Rettungsdienst, weiters der Katastrophenschutz, die stationäre Fürsorge in Heimen und Hospitälern, die mobilen sozialen Dienste und Hilfs- und Unterstützungstätigkeit bei Katastrophen im Ausland.

Während seiner Geschichte wurde dem ASB dreimal seine Tätigkeit untersagt:

1. Im Kaiserreich, als Monarchisten eine Organisation "der arbeitenden Menschen" unterdrücken wollten - und das, obwohl dies Organisation jedermann und nicht einer speziellen Bevölkerungsgruppe zur Verfügung stand.
2. wurde der ASB von den Nationalsozialisten verboten und sein gesamtes Vermögen beschlagnahmt.
3. konnte sich der ASB nur in jenen Teilen Deutschlands und Österreichs niederlassen, die nicht dem Regime der SED und gleichgesinnter politischer Vereinigungen unterlagen.

Bereits seit 1915 setzte der ASB motorisierte Einsatzfahrzeuge ein, in den 20er Jahren entstanden die ersten rund um die Uhr besetzten Einsatzstellen. Der ASB setzte sich im Krankentransport seit jeher die Aufgabe, jedem Menschen jederzeit an jedem Ort dringende, lebensrettende Sofortmaßnahmen sowie medizinische Maßnahmen zur Herstellung der Transportfähigkeit und zur Vermeidung weiterer Schäden sowie geeignete Transportmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Neben der Akutversorgung der Patienten ist eine weitere Aufgabe des ASB die Beförderung von

betreuungsbedürftigen Patienten, wobei jedoch der Notfallpatient immer den Vorrang hatte und hat.

In der Folge hat sich der ASB in Deutschland auch des Luftrettungsdienstes angenommen: es wurde der internationale ASB-Rückholdienst etabliert und u.a. der ASB-Ambulanzflugdienst gegründet, der in Notfällen die Patientenrückholung durchführte.

Der ASB hat sich auch eines weiteren speziellen Transportes angenommen: er entwickelte und etablierte einen Kindernotarztwagen (K-NAW), welcher speziell ausgerüstet wurde (ASB; o.J.).

Die Entwicklung des ASB in Österreich (ASBÖ) gestaltet sich folgendermaßen: Bei den Arbeiter-Wehren bzw. Ordnergruppen, die bei oder nach der Gründung der Republik entstanden, befanden sich vereinzelt Sanitäter. Nach dem Zusammenschluß dieser Organisation zum "Republikanischen Schutzbund" 1923 wurden ein Jahr später der "Sanitäts-Zentralausschuß" und einheitliche Regelungen für die Schutzbund-Sanitäter, welche sich "Arbeiter-Samariter nannten, geschaffen. Die Mitglieder nannten sich "Ordner".

Beim ASKÖ-Sportfest (Arbeiterbund für Sport- und Körperkultur Österreichs) im Jahre 1926 zeigte sich die Unzulänglichkeit der Schutzbund-Sanität, worauf vom ASKÖ der "Österreichische Arbeiter-Samariter-Bund" gebildet wurde. Dies war kein eigener Verein, sondern ein Ausschuß, in welchem auch Frauen mitarbeiten konnten. 1931 bei der Arbeiter-Olympiade gab es noch Kompetenzschwierigkeiten zwischen den Schutzbund-Sanitätern und den ASKÖ-Arbeiter-Samaritern und auch die organisatorisches Form als Ausschuß trug viel dazu bei, daß die Arbeit nicht ungehindert durchgeführt werden konnte. So wurde 1932 der Arbeiter-Samariter-Bund Österreich als Verein gegründet, welcher Dachverband für alle Arbeiter-Samariter Österreichs werden sollte. Der Republikanische Schutzbund votierte jedoch dagegen und erlaubte seinen Mitglieder nicht, sich dem Arbeiter-Samariter-Bund Österreich anzuschließen. Infolge dessen kam es 1933 zur Auflösung des Republikanischen Schutzbundes, ASKÖ und ASBÖ wurden im Zuge der politischen Ereignisse des 12. Februar 1934 aufgelöst und verboten. Der ASBÖ wurde 1947 wieder aktiv. Der Samariter-Bund der Schweiz führte eine Medikamentenlieferung in Österreich durch und traf hier auf alte Mitglieder, die prompt den ASBÖ neu gründeten und sich wieder zusammenschlossen. Die Generalversammlung konnte durch die politischen Gegebenheiten erst ein Jahr später durchgeführt werden. Im Gegensatz zu Deutschland verboten die westlichen Schutzmächte die Betätigung des ASBÖ, die sowjetischen Alliierten erlaubten die Wiederbetätigung. In Deutschland war die Situation genau umgekehrt. Die Eingrenzung der Tätigkeit auf eine Besatzungszone führte dazu, daß der ASBÖ in Wien und Niederösterreich bedeutender ist als in den anderen Bundesländern. Der erste Rettungswagen wurde 1948 in Eich-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

graben in Betrieb genommen, man arbeitete wieder mit der "Arbeitsgemeinschaft für den Wintersportunfalldienst" in Wien zusammen, ebenso mit dem Wasserrettungsdienst, der zu der Einführung einer Sektion Wasserrettung beim ASBÖ führte. Bei der Hochwasserkatastrophe im Jahre 1954 bewährte sich die internationale Zusammenarbeit, der dänische Arbeiter-Samariter-Bund schickte Hilfsgüter und lud Kinder aus dem betroffenen Gebiet zur Erholung nach Dänemark ein. 1954 wurde auch der erste Rettungswagen in Wien in Betrieb genommen und in Ternitz die erste Bundesübung mit Ärzten, Schwestern und Samaritern durchgeführt. Während der Ungarischen Revolution arbeitete der ASBÖ mit internationalen Organisationen zusammen, wie z.B. "Rettet das Kind", "Ostpriesterhilfe", "Internationales Hilfskomitee New York", mit den Rot-Kreuz-Organisationen Italien, Englands und Irlands. Es wurde ebenfalls mit der "Österreichischen Volkshilfe" zusammengearbeitet. Der weitere Ausbau der Organisation ging langsam, aber stetig weiter, wobei besonderer Wert auf die fachliche Ausbildung der Mitarbeiter gelegt wurde. 1963 wurde in Zusammenarbeit mit der AUVA in Volkshochschulen und Betrieben die Breitenschulung in Erster Hilfe in Angriff genommen. 1966 wurde die erste "Koordinierte Übung" mit der Wiener Rettung, dem Roten Kreuz, dem Malteser Hospitaldienst, der Wiener Feuerwehr und dem Bundesheer durchgeführt. 1975 wurden die ersten Zivildiener im Krankentransport des ASBÖ eingesetzt. Weiters wurden Mitarbeiter in Katastrophenhilfe, später auch im Strahlenschutz, ausgebildet. 1978 wurde in Wien die "Ärztliche Rettungsgemeinschaft" gegründet, dem der ASBÖ neben dem Roten Kreuz und der Wiener Rettung angehörte (MEIHSL, 1992).

Der ASBÖ ist im Sanitätsdienst und den Sozialdiensten tätig, ebenso bei der Wasserrettung und führt Jugendarbeit (Schulungen) durch. Ebenso hat er seinen Tätigkeitsbereich in der Katastrophenhilfe.

2.9 DIE ENTWICKLUNG DES RETTUNGSDIENSTES IM 20. JAHRHUNDERT UND DER EINFLUSS NEUER NOTFALLMEDIZINISCHER ERKENNTNISSE

Bis vor noch nicht langer Zeit wurden die Maßnahmen im Rettungsdienst dahingehend getroffen, den Patienten mit den am Ort des Geschehens verfügbaren Mitteln transportfähig zu machen und ihn dann einer geeigneten Versorgung und Therapie im Krankenhaus zuzuführen. Dies hatte zur Folge, daß in oft entscheidenden Situationen, da man während des Transportes keine entsprechenden Maßnahmen setzen konnte, nicht ausreichend Hilfe für den Kranken bzw. Verunfallten geboten werden konnte und es so zu irreversiblen Schäden kam. In Versuchsprojekten, wie z.B. mit dem Clinicmobil Heidelberg oder dem Notarztwagen Köln, wurde in der Bundesrepublik Deutschland schon in den 60er Jahren erprobt, solchen Schäden

durch Zuführung ärztlicher Behandlung schon am Notfallort entgegen zu treten, was sich als erfolgreich erwies. Die erste Forderung in diese Richtung stellte schon 1936 der Chirurg Kirschner: *"Der Verletzte muß nicht so schnell wie möglich zum Arzt, sondern der Arzt muß so schnell wie möglich zum Verletzten gelangen, um die schwierigste und für das Überleben entscheidende, sich direkt an das Trauma anschließende Phase mit geeigneten lebenserhaltenden Maßnahmen überbrücken zu können."* Und weiter: *"... daß ein längerer Transport an die richtige Stelle besser sei als ein kurzer an die falsche Stelle ..."* (GÖGLER, 1991)

1956 wurde diese Forderung durch K.H. Bauer aus Heidelberg bestätigt, welcher sich dafür einsetzte, ein ganzes Team bestehend aus Arzt, Schwester und Sanitäter in einer sgn. "fahrenden Klinik" zum Unfallort zu bringen (SEFRIN, 1991). Der Bus, bestückt mit einem siebenköpfigen Team, erwies sich jedoch im Individualverkehr als zu wenig beweglich und überdimensioniert entwickelt, sodaß man dazu überging, ein neues Konzept mit kleineren Rettungswagen zu entwickeln. Dies bedeutete aber auch, daß der Rettungsdienst, sprich die Einsatzmittel, entsprechend mit personellen und strukturellen Mitteln wie geeigneten Geräten, etc. ausgestattet werden mußten und die Forderung nach einer flächendeckenden Notfallversorgung immer größer und vordringlicher wurde. Es entstand somit die Forderung nach einer planmäßigen Organisation des Rettungsdienstes sowie nach einer Koordination der dafür verfügbaren personellen, sachlichen und technischen Mitteln (LIPPERT, WEISSAUER, 1984). In der Folge, genauer gesagt in den 60er Jahren, etablierten sich in vielen Großstädten organisierte Notarztdienste, bei denen Klinikärzte die Versorgung der Patienten bzw. Unfallopfer vornahmen (SEFRIN, 1991).

Die Entwicklung in den letzten Jahrzehnten in Bezug auf die Reanimation vor Ort und insbesondere die Durchführung der Reanimation vom Unfallort bis ins Krankenhaus hat es ermöglicht, schwere Schädigungen der Vitalfunktionen bis zum Eintreffen im Zielkrankenhaus hintanzuhalten. Somit hat sich der Schwerpunkt der Versorgung weg vom alleinigen Transport in die nächste Versorgungseinrichtung hin zur der den Umständen entsprechenden Versorgung des Notfallpatienten vor Ort und auf dem Weg ins Krankenhaus, sprich der Wiederherstellung und Erhaltung der Vitalfunktionen bis zur medizinischen Versorgung in der Notaufnahme und später der stationären Aufnahme gegebenenfalls auf einer Intensivstation, verlegt.

Die neuen Methoden der Wiederbelebung und der Lebenserhaltung, z.B. durch Beatmung, durch Unterstützung der Herz- und Kreislauffunktion, durch Ergänzung oder Ersatz der Nierenfunktion, wurde zuerst nur klinikintern als Vorläufer intensivmedizinischer Einheiten entwickelt.

Daraus resultierte auch eine neue Definition des Begriffes "Tod": "Als klinischer Tod wurde der gleichzeitig vorhandene Atem- und Kreislaufstillstand definiert, der noch

für einige Minuten reversibel blieb und der erst nach Eintritt definitiver Organ- oder Gewebeschäden in den irreversiblen oder biologischen Tod überging." (LIPPERT, WEISSAUER, 1984).

Es zeigte sich jedoch, daß es unbedingt notwendig war, den Notfallpatienten schon am Unfallort mit entsprechenden Maßnahmen zu behandeln, um ein Überleben zu gewährleisten und die in der Klinik bzw. dem Krankenhaus vorhandenen Ressourcen der erweiterten notfallmedizinischen Maßnahmen mit dem Ziel der vollständigen Wiederherstellung des Patienten einsetzen zu können.

Dem Rettungsdienst widerfuhr somit eine gravierende Umstrukturierung: Sprach man in den 60er Jahren noch von einem Unfallrettungsdienst, erkannte man, daß nicht nur Unfälle in den Aufgabenbereich des Rettungsdienstes fielen, sondern z.B. auch Vergiftungen und andere lebensbedrohliche Zustände wie der Herzinfarkt oder der Schlaganfall. Der Rettungsdienst wurde nun endlich als verlängerter Arm der Klinik gesehen und es wurden erhöhte Anforderungen hinsichtlich Qualifikation des Personals und der zur Verfügung gestellten Ressourcen hinsichtlich der Rettungsmittel samt seiner Ausstattung gestellt. Die Einsatzmittel wie Notarztwagen, Rettungswagen und Rettungshubschrauber waren zur mobilen klinischen Einrichtungen geworden, die es ermöglichten, eine adäquate Versorgung des Patientenklientels sicherzustellen.

Somit können die Aufgaben und die Funktion des modernen Rettungsdienstes wie folgt beschrieben werden (vgl. LIPPERT, WEISSAUER, 1984):

- Linderung der durch Schmerzen und Angst verursachten menschlichen Not,
- Verhinderung einer Verschlechterung des Zustandes bei Notfallpatienten durch Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Vitalfunktionen und somit Setzen geeigneter lebensrettender und lebenserhaltender Maßnahmen, und
- gegebenenfalls die Wiederbelebung klinisch Toter.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3 RELEVANTE AUSBILDUNGSMODELLE AUSLÄNDISCHER RETTUNGSSYSTEME

Die Befragung wurde an Institutionen des Rettungswesens, Ministerien, und die projektrelevanten Berufsverbände bzw. Interessensvereinigungen gerichtet. Jedoch mußte bei der Auswertung der retournierten Fragebögen festgestellt werden, daß sich das Antwortverhalten recht unterschiedlich gestaltete. So erhielten wir aus der BRD, der Schweiz und den USA recht umfassende und den derzeitigen Zustand im Rettungswesen sehr genau darstellende Berichte, in anderen Ländern, wie z.B. Ungarn, der Slowakei und Tschechien, etc., wurden die Beantwortung der Fragen eher übersichtlich, kurz und prägnant gestaltet.

Daraus resultiert der nicht immer einheitlich gestaltete Kapitelaufbau; vielmehr wurde Wert darauf gelegt, die Einzelheiten bzw. Besonderheiten der einzelnen Länder genau darzustellen, um so einen Überblick über die verschiedenen Rettungsmodelle zu geben.

Ein Teil des Projektteams hatte die Möglichkeit, die BRD und die USA zu bereisen. Dadurch konnten die Eindrücke und praktischen Erfahrungen des Rettungsalltages vor Ort sowie Details aus Expertengesprächen in die Bearbeitung des jeweiligen Länderkapitels entsprechend einfließen. Aus diesem Grund ist es möglich, die dort vorherrschende Situation im Rettungsdienst, seine Organisation, Struktur, Finanzierung, etc. im Vergleich zu anderen Ländern genauer darzustellen.

Die BRD und die USA wurden aber auch ganz bewußt als Schwerpunkte ausgearbeitet: zum einen ist die Struktur des Gesundheitswesens selbst verschieden, zum anderen hat das nichtärztliche Personal in diesen beiden Ländern einen jeweils komplett anderen Status und andere Kompetenzen in der Gruppe der Gesundheitsberufe. Weiters ist die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals dieser beiden Länder sehr verschieden; dies betrifft nicht nur Dauer der Ausbildung und die Lehrinhalte, sondern auch die Art der Wissensvermittlung.

Dennoch wurde danach getrachtet, die oben erwähnten Hauptkriterien bei allen Ländern ausreichend zu behandeln und so einen groben Überblick über die einzelnen Ausbildungsformen und Tätigkeitsbereiche, sowie die Organisation und Struktur der einzelnen Rettungsdienstbereiche geben zu können.

Die neuesten Entwicklungen und Trends im Rahmen der präklinischen Notfallmedizin in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft werden im Kapitel 3.2 ausführlich dargestellt.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1 EUROPA

3.1.1 DAS RETTUNGSWESEN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

3.1.1.1 KURZER HISTORISCHER RÜCKBLICK

Entsprechend der Entwicklung in der Notfallmedizin war man auch im Rettungswesen bestrebt, hier entsprechende Veränderungen durchzuführen. Das oberste Ziel, nämlich die möglichst frühe Versorgung am Unfallort, die qualifizierte notfallmedizinische Behandlung und Betreuung, ließen die Forderung nach einer höherqualifizierteren Ausbildung des Sanitätspersonals notwendig erscheinen. Dieses wurde schon in den 60er Jahren in Angriff genommen, 1973 lag erstmals ein Gesetzesentwurf für den Beruf des Rettungssanitäters (Rettungssanitätsgesetz - RettSanG) vor. Jedoch konnte man aus finanziellen Gründen den damaligen Forderungen nicht Folge leisten.

Im Jahre 1977 wurde von Bund-Länder-Ausschuß Rettungswesen eine einheitliche Ausbildung im Ausmaß von 520 Stunden festgelegt, welche mit einer Prüfung abschloß. Jedoch wurden den Absolventen die Berufsanerkennung nicht gewährt.

Dieser erste Schritt zur Qualitätssicherung im Rettungswesen bewog die Experten, ihr Ziel vehement weiterzuverfolgen und ab 1. September 1989 ist nun das Rettungsassistentengesetz (RettAssG), welches auch die Berufsanerkennung durch diese zweijährige Fachausbildung regelt, in Kraft getreten.

In den jeweiligen Rettungsdienstgesetzen der Länder sind die Qualifikationskriterien und die Zusammensetzung der Besatzung der einzelnen Einsatzmittel festgelegt.

3.1.1.2 GESETZLICHE UND ALLGEMEINE GRUNDLAGEN

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik ist eine öffentliche staatliche Aufgabe, die im Grundgesetz und in Bundesgesetzen fixiert ist. Diese staatliche Aufgabe wird dann subsidiär an die verschiedenen Durchführenden delegiert. Beispielsweise werden einzelne Hilfsorganisationen (Rotes Kreuz u.a.), Kommunen oder neuerdings auch private Unternehmen nach Weisung der aufsichtsführenden Behörden tätig. Der Staat selbst tritt nicht als Durchführender auf, sondern delegiert diese Aufgabe. Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik beinhaltet als traditionellen Aufgabenbereich nicht nur den stationären, sondern auch den ambulanten Behandlungsauftrag. Das Rettungswesen ist ein Teilbereich davon.

Das Rettungswesen umfaßt vier Teilbereiche:

- Versorgung und Betreuung von Erkrankten und Verletzten durch ausgebildete Laien;
- Vorhaltung von technischen Kommunikationseinrichtungen zur Abgabe von Notfallmeldungen (Meldesystem);
- schnellstmögliche Patientenübernahme zur Stabilisierung des Zustandes, Herstellung der Transportfähigkeit und Beförderung in eine geeignete medizinische Versorgungseinrichtung (Rettungsdienst);
- Patientenübernahme durch entsprechende Einrichtungen zur definitiven Weiterversorgung (Klinik).

Diese Aufgaben des Rettungsdienstes sind in folgenden Gesetzen fixiert:

- Rahmenrettungsgesetze der ehemaligen DDR
- Rettungsdienstgesetze der Länder (Novellierung)
- Personenbeförderungsgesetz
- Rettungsassistentengesetz

Die Bundesregierung hat eine Zuständigkeit nur im Rahmen der Bundeskompetenz, in der sie das Rettungsgesetz als staatliche Aufgabe erklärt. Sie hat die Verantwortung, Kontrolle und Durchführungsorganisation an die einzelnen Bundesländer weitergegeben (SEFRIN, 1993).

3.1.1.2.1 Grundgesetz (GG)

Der Rettungsdienst als öffentliche staatliche Aufgabe im Bereich der Daseinsvor- und -fürsorge obliegt nach dem Grundgesetz (Art. 30, 70, 83 GG) den Ländern. Sie regeln diesen Bereich durch Rettungsdienst- oder Feuerwehrgesetze und bemühen sich im Rahmen dieser legistischen Bestimmungen um ein bedarfsgerechtes Gesamtsystem eines ständig einsatzbereiten und leistungsfähigen Rettungsdienstes. Die Organisation des Rettungsdienstes ist eine kommunale Selbstverwaltungsaufgabe. Nur die Luftrettung liegt in der Zuständigkeit der Landesverwaltung.

3.1.1.2.2 Rettungsdienst- und Feuerwehrgesetze der Länder

Durch das sechste Gesetz zur Änderung des Personenbeförderungsgesetzes vom 25. Juli 1989 (BGBl. Teil 1 S.1547) ist dieses so geändert worden, daß die Beförderung mit Krankenkraftwagen zum 1. Januar 1992 aus seinem Geltungsbereich heraus-

genommen wurde. In einer Übergangsbestimmung wird den Ländern die Kompetenz eingeräumt, die Beförderung mit Krankenkraftwagen bereits vor diesem Zeitpunkt landesrechtlich zu regeln. Der Bund-Länder-Ausschuß "Rettungswesen" hat deshalb eine Arbeitsgruppe, bestehend aus einem Kreis der für das Rettungswesen und das Personenbeförderungsrecht zuständigen Länderreferenten mit dem Auftrag, einen Musterentwurf für die zukünftigen landesrechtlichen Regelungen zu erarbeiten, eingesetzt. Ende 1989 hat die Arbeitsgruppe ihre Arbeiten abgeschlossen und der Bund-Länder-Ausschuß "Rettungswesen" in einer Sondersitzung nach eingehender Beratung den Musterentwurf verabschiedet.

3.1.1.2.3 Ausbildungsgesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland

Hinsichtlich der ***Ausbildung und Tätigkeit des Rettungssanitäters (RSan)*** gibt es z.B. in Bayern eine landesgesetzliche Regelung. Eine einheitliche gesetzliche Regelung für die gesamte BRD wird derzeit angestrebt.

Die ***Verordnung über die Tätigkeit als Rettungssanitäter (RSanV)*** vom 26. Oktober 1978 (GVBl S.780, BayRS 215-5-1-3-I), geändert durch die erste Verordnung vom 13. Dezember 1979 (GVBl S.447), sowie durch die zweite Verordnung vom 4. Dezember 1990 (GVBl. S.282) enthält die Regelungen des Bayrischen Staatsministeriums des Inneren hinsichtlich Eignungsvoraussetzungen, Ausbildung, Prüfung, Kosten, Übergangsvorschriften, Inkrafttreten sowie eine Stoffgliederung für die Ausbildung zum Rettungssanitäter.

Das ***Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz - RettAssG)*** vom 10. Juli 1989, BGBl I S.1384, regelt die Berufsbezeichnung, die Ausbildung, die Zuständigkeiten, Bußgeldvorschriften, Übergangs- und Schlußvorschriften des Rettungsassistenten.

Die ***Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten (RettAssAPrV)*** vom 7. November 1989, BGBl I S.1966, wurde aufgrund des § 10 RettAssG im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Bildung und Wissenschaft verordnet.

In Zusammenhang mit den soeben beschriebenen gesetzlichen Grundlagen sind weiters für die Ausbildung die ***Rettungsdienstgesetze der einzelnen Bundesländer*** als relevant anzusehen (vgl. Kap. 3.1.1.2.2).

3.1.1.3 STRUKTUR DES RETTUNGSWESENS

3.1.1.3.1 Allgemeines und statistische Grundlagen

Leistungen des Rettungsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland

Die folgenden statistischen Angaben beziehen sich auf die alten Bundesländer.

In den alten Bundesländern wurden im Jahre 1991 6.530.000 Rettungsdiensteinsätze durchgeführt. Davon entfielen auf Notfälle insgesamt 2.160.000 (33 %) und auf Krankentransporte 4.370.000 (67 %). Von den Notfällen insgesamt entfielen auf Notfälle mit Notarzt 840.000 (39 %) und auf Notfälle ohne Notarzt 1.320.000 (61 %).

Von den im Jahre 1991 zum Einsatz gelangenden Rettungsmittel entfielen 43,5 % auf den KTW, 44 % auf den RTW, 4,5 % auf den NAW, 0,5 % auf den RTH, 0,8 % auf PKW sowie 6,8 % auf den NEF. Im Beobachtungszeitraum 1973 bis 1991 ist eine grobe Umstrukturierung der eingesetzten Rettungsmittel zu beobachten; so haben sich die KTW von 72,7 % (1973) auf 43,4 % (1991) reduziert, während es im gleichen Zeitraum bei den RTW zu einer Zunahme von 12,6 % auf 44,0 % (1991) kam. Die NAW sind im gleichen Zeitraum von 0,9 % auf 4,5 % und die RTH von 0,1 % auf 0,5 % angestiegen. Ein deutlicher Anstieg ist auch bei den NEF zu beobachten: von 0,3 % (1973) auf 6,8 % (1991) (DEUTSCHER BUNDESTAG, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/3102, Anlage 2.1, Tabelle 8).

Das Verhältnis von Notfalleinsätzen mit und ohne Notarztbeteiligung zu Krankentransporten beträgt 1991 33 % Notfalleinsätze und 67 % Krankentransporte (DEUTSCHER BUNDESTAG, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/3102, Anlage 2.1, Tabelle 6).

Als Orientierungsgrößen für die Planung des Rettungsdienstes haben die Bundesländern Zeitrichtwerte vorgegeben. Diese werden je nach Bundesland als Hilfsfrist, Fahrzeit oder Toleranzzeit angegeben. Diese Zeiten werden zur Beurteilung der Leistungsanalyse herangezogen. Dadurch verfügt die Bundesrepublik Deutschland über genaue Kenntnisse der Eintreffzeiten hinsichtlich der Notfall- und Notarzteinsätze. Unter Eintreffzeit ist jene Zeitspanne zu verstehen, die zwischen dem Eingang der Meldung in der Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen des Rettungsmittels am Einsatzort liegt. Die kumulierten Werte für die Eintreffzeiten bis 10 Minuten für Notfall- und Notarzteinsätze für das Jahr 1991 setzen sich wie folgt zusammen:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

	bis 2 Min.	bis 5 Min.	bis 7 Min.	bis 10 Min.	bis 15 Min.	bis 20 Min.	Mittel-werte in Minuten
Notfall ohne Arzt	7,1	42,9	64,6	81,2	92,4	96,0	7,9
Notfall mit Notarzt	4,8	31,6	53,3	74,8	91,2	96,1	8,8
alle Notfälle	6,2	38,5	60,2	78,7	91,9	96,1	8,3

Quelle: Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 1991

Bei den Einsatzanlässen bei Notfalleinsätzen (mit und ohne Notarztbeteiligung) entfielen 1991 14,1 % auf Verkehrsunfälle, 2,3 % auf Arbeits- und Betriebsunfälle, 14,2 % auf Haus- und Sportunfälle, 46,7 % auf akute Erkrankungen (interne Notfälle) sowie 22,7 % auf andere Notfälle sonstiger Art. Im Beobachtungszeitraum 1973 bis 1991 ist ein dramatischer Anstieg der akuten Erkrankungen (internen Notfälle) von 27,9 % auf 46,7 % sowie ein deutlicher Rückgang der Verkehrsunfälle von 27,2 % auf 14,1 % und der Arbeits- und Betriebsunfälle von 9,1 % auf 2,3 % zu beobachten gewesen (DEUTSCHER BUNDESTAG, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/3102, Anlage 2.1, Tabelle 7).

Bei der Struktur der Notfalleinsätze ist eine unterschiedliche Notarztquote je nach Einsatzanlaß und Umfang der Versorgung im Jahr 1991 zu beobachten. Die Notarztquote belief sich bei Verkehrsunfällen auf 38,5 %, beim Arbeitsunfall auf 34,0%, bei sonstigen Unfällen (Haus-, Sport- und Freizeitunfälle) auf 18,2 %, bei akuten Erkrankungen auf 52,9 % und bei sonstigen Notfällen (Verbrechen, Suizide, hilflose Personen, dringende Blut- und Organtransporte) auf 23,9 %. Von der Gesamtanzahl der Notarzteinsätze von 2.160.000 wurden 840.000 vom Notarzt versorgt - das ergibt gesamt gesehen bei den Notfalleinsätzen eine Notarztquote von 38,9 % (DEUTSCHER BUNDESTAG, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/3102, Anlage 2.1, Tabelle 2).

Bei den Einsätzen nach Einsatzart entfielen auf Notarzteinsätze 12,9 %, auf Notfälle 20,2 %, auf dringliche Krankentransporte (vorrangige Bedienung ist notwendig/akute Erkrankungen) 17,9 % und auf disponible Krankentransporte (vorrangige Bedienung ist nicht notwendig) 49 %. Bei der Unterscheidung der Einsätze nach Einsatzanlaß entfielen auf Verkehrsunfälle 4,9 %, auf internistische Notfälle 18,1 %, auf sonstige Unfälle 7,2 %, auf Arbeitsunfälle 1 %, auf sonstige Notfälle 10,6 % und auf Krankentransporte 58,2 %. Die Gesamtzahl der Einsätze belief sich hochgerechnet auf 6.530.000 (Stand 1991; DEUTSCHER BUNDESTAG, 1992).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.1.3.2 Personal im Rettungsdienst

Das derzeit im deutschen Rettungsdienst tätige Personal gliedert sich in folgende Gruppen:

- Notärzte
- leitende Notärzte
- Rettungsassistenten und Rettungssanitäter
- Zivildiener
- Ehrenamtliche

1) Der Notarzt

Die Qualifikationsmerkmale für ***Notärzte*** sind im ***"FACHKUNDENACHWEIS RETTUNGSDIENST"*** festgelegt. Eine kontinuierliche und strukturierte ***Fort- und Weiterbildung der Notärzte*** zur Einsatztätigkeit ist ***nicht geregelt***.

Der Ausbildungsumfang für den "Fachkundenachweis Rettungsdienst" ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. Die praktische Umsetzung der Empfehlungen ist noch lückenhaft, da teilweise noch Ärzte ohne entsprechende Fachkunde eingesetzt werden. Der Andrang zu den Kursen ist extrem hoch und geht weit über den Bedarf an zukünftigen Notärzten hinaus, da angesichts der Stellenknappheit für junge Ärzte der Erwerb des Fachkundenachweises zur Verbesserung der Bewerbungschancen benutzt wird. Derzeit werden die definierten Eingangsvoraussetzungen, dazu zählen eine mindestens einjährige klinische Tätigkeit in Akutkrankenhäusern und eine mindestens halbjährige Tätigkeit im Bereich der Intensivmedizin, vielfach nicht erfüllt. Seminare zum "Fachkundenachweis Rettungsdienst" müssen Defizite der universitären Ausbildung in Notfallmedizin kompensieren und drohen in propädeutische Veranstaltungen abzugleiten. Fachliche Defizite bestehen noch im Bereich der Inneren Medizin, der Kardiologie, der Pharmakologie/Toxikologie sowie der Pädiatrie, und zwar insbesondere bei der Erstversorgung von Neugeborenen und bei speziellen Krankheitsbildern im Kindesalter. Durch die große Teilnehmerzahl und dem Mangel an Ausbildungskapazitäten, insbesondere im praktischen Bereich, und das Fehlen einer Kenntnis- und Leistungsüberprüfung drohen die Veranstaltungen zu "Scheinkursen" zu werden.

Leiter des Rettungsdienstes ist ein "Nichtarzt". Dadurch fehlen ärztliche Weisungs- und Entscheidungskompetenz auf den verschiedenen Ebenen des Notarztdienstes (AHNEFELD, 1992).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Der Sollzustand wäre erreichbar durch:

- eine bundesweite Realisierung der Anforderungen an die Fachkunde, einschließlich der Durchführung einer Erfolgskontrolle,
- Einführung einer obligaten, gestuften Fortbildung für im Rettungsdienst tätige Ärzte begleitend zur Einsatztätigkeit,
- Einführung einer obligaten, gestuften Fortbildung für jeden Arzt, der im Rahmen von "Bereitschaftsdiensten" in der Notfallversorgung tätig ist,
- Schaffung erforderlicher Regelungen zur Verankerung ärztlicher Weisungsbefugnis und Kontrollfunktion gegenüber dem nichtärztlichen Personal im Rettungsdienst,
- verstärkte Einbindung der niedergelassenen Ärzteschaft in die Notfallversorgung als wirksames Bindeglied zwischen Ersthelfermaßnahmen und Maßnahmen des Rettungsdienstes,
- Einführung und Verankerung eines medizinisch-organisatorisch-weisungsbefugten Arztes als ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes in jedem Rettungsdienstbereich.

2) Leitender Notarzt

Der leitende Notarzt ist in den meisten Landesrettungsdienstgesetzen oder in Erlässen, Verordnungen oder Vereinbarungen institutionalisiert. Eine bundeseinheitliche Regelung über Aufgaben und Funktion, insbesondere die Stellung des leitenden Notarztes, fehlt. Dazu gehören insbesondere die Stellung des leitenden Notarztes im Einsatzfall zur verantwortlichen Einsatzleitung, zum Durchführenden des Rettungsdienstes und zur Leitstelle. Diese Aufgaben müssen detailliert definiert werden. Es fehlen insbesondere verbindliche Regelungen zur haftungsrechtlichen Absicherung, zur unfallversicherungsrechtlichen Absicherung, zum Transport des leitenden Notarztes zum Einsatzort und zur finanziellen Abgeltung eines Dienstes und der Tätigkeit eines leitenden Notarztes.

3) Die Rettungsassistentin/der Rettungsassistent sowie Rettungssanitäter

Die fachliche Qualifikation für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst ist im Rettungsassistentengesetz definiert und stellt den Rettungsassistenten anderen Heilhilfsberufen gleich. Weitere Ausführungen zu dieser Berufsgruppe sind im Kapitel 3.1.1.4 detailliert zusammengestellt (AHNEFELD, 1992).

4) Zivildiener

In den vergangen Jahren sind auch im Rettungsdienst und Krankentransport Zivildienstleistende eingesetzt worden. Sie stehen nach den Bestimmungen des Zivildienstgesetzes den Einsatzstellen für 20 Monate für Tag- und Nachteinsätze zur Verfügung.

5) Ehrenamtliche

Der Rettungsdienst ist einer der wenigen Bereiche im Spektrum öffentlicher Aufgaben, in dem es möglich ist, daß sich engagierte Bürger in maßgeblichem Umfang an der Erfüllung der Aufgabe beteiligen. Viele tausende Bürger lassen sich ausbilden und stellen ihre Arbeitskraft und ihre Freizeit kostenlos oder gegen ein geringes Entgelt in den Dienst der Sache. Voraussetzung für den Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern im Rettungsdienst ist allerdings, daß die geforderten Anforderungen bezüglich Eignung und Qualifikation erfüllt werden.

3.1.1.3.3 Rettungsdienst und Normung

Unter "Normung" im Sinne des "Deutschen Normenausschusses (DNA)" ist die von allen interessierten Kreisen gemeinschaftlich durchgeführte Vereinheitlichungsarbeit zu verstehen. Sie strebt auf gemeinnütziger Grundlage die rationelle Ordnung in Wissenschaft, Technik, Wirtschaft und Verwaltung an.

Als "Deutsche Normen" (DIN-Normen) bezeichnet man jene Normen, die der DNA in seinen Fachnormen- und Arbeitsausschüssen aufgestellt, in das "Deutsche Normenwerk" aufgenommen und unter dem Zeichen "DIN" herausgegeben hat. Das Zeichen "DIN" ist das Kennzeichen der Gemeinschaftsarbeit des Deutschen Normenausschusses. Es ist in das Warenzeichenregister des Deutschen Patentamtes sowie des Amtes für Erfindungs- und Patentwesen eingetragen. Bedeutung und Verwendung des Namen "DIN" sowie des Verbandzeichens "DIN" sind in der Norm DIN 31 festgelegt und ausführlich erläutert (HANDBUCH DES RETTUNGSWESENS, BAND 5, 1983).

Voraussetzung für die Benutzung des Verbandszeichens ist, daß die damit gekennzeichneten Produkte und Erzeugnisse den für die festgelegten DIN-Normen und den sonstigen berechtigterweise zu stellenden Gebrauchsanforderungen genügen.

Die Arbeitsergebnisse des DNA sind im Deutschen Normenwerk mit ca. 12.000 DIN-Normen und 20.000 Normen-Entwürfen zusammengefaßt. Eine vollständige Übersicht über alle Normblätter wird in einem jährlich erscheinenden DIN-Normblatt-

Verzeichnis gegeben. Alle Veränderungen werden laufend in den "DIN-Mitteilungen", dem Zentralorgan des DNA, angezeigt. Vom DNA werden laufend englische, französische und spanische Übersetzungen der wichtigsten DIN-Normen herausgegeben.

Die Normen für den Rettungsdienst werden in erster Linie im Unterausschuß "Erste-Hilfe-Geräte" des Arbeitsausschusses Krankenhauswesen erstellt. Der Unterausschuß gliedert sich in zwei Arbeitskreise, und zwar für "Krankentransportmittel" und "Verbandmittel und Behältnisse".

Im Arbeitskreis "Krankentransportmittel" wurden u.a. die DIN-Norm 75080 "Krankenkraftwagen" für Krankentransportwagen (KTW) und Rettungswagen (RTW) unter vielschichtiger und sachverständiger Beteiligung weitester Kreise erstellt: Vertreter der Industrie, Vertreter der Verbraucher und interessierter Behörden (z.B. Bundesminister für Familie, Jugend und Gesundheit, Bundesminister der Verteidigung, Bundesminister des Inneren, Bundesärztekammer,) sowie unter Mitwirkung von der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie u.a. Die DIN-Norm 75079 regelt die Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF), die DIN-Norm 13232 die Ambulanzflugzeuge und die DIN-Norm 13230 die Rettungshubschrauber.

Aus naheliegenden Gründen müssen die im Rettungsdienst eingesetzten Rettungsmittel einheitlichen Anforderungen entsprechen, um bei Einsatz und Ausbildung eine sinnvolle Zusammenarbeit zu ermöglichen. Anwender und Hersteller wirken deshalb besonders in den Normenausschüssen "Medizin" (NAMED) und "Rettungsdienst und Krankenhaus" (NARK) zusammen, um einheitliche Mindestanforderungen festzulegen. In den Ländergesetzen für den Rettungsdienst sowie den dazu erlassenen Vorschriften und Verordnungen wie auch in den entsprechenden Bundesregelungen werden die einschlägigen Normen zugrunde gelegt (HANDBUCH DES RETTUNGSWESENS, 1991).

Derzeit laufen Bestrebungen, diese von vielen Staaten als vorbildlich bezeichnete Norm "Krankenkraftwagen" auf übernationaler Basis nutzbar zu machen. So laufen derzeit ***Verhandlungen im Rahmen des Europäischen Komitees für Normung (CEN), einheitliche CEN-Normen für den Bereich Krankenkraftwagen zu erstellen***, wobei in bestimmten Bereichen auf die DIN-Norm 75080 zurückgegriffen werden soll.

Begriffe des Rettungswesens werden in der DIN-Norm 13050 geregelt, welche als Ersatz für die DIN-Norm 14011, Teil A, Ausgabe April 1978, geschaffen wurde. Diese neue Norm entspricht durch ihre neue Gestaltung mittels Stichwörtern einem Spe-

ziallexikon, umfaßt derzeit 36 Begriffe (früher 13) und hat auch die Auflistung einschlägiger Normen unmittelbar hinter der Definition des Begriffes angeführt.

Zur Sicherstellung eines einheitlichen Standards sollten die veränderten notfallmedizinischen und einsatztaktischen Voraussetzungen (der Ausbildungsstand des nichtärztlichen und ärztlichen Personals für Primär- bzw. Sekundärtransporte, erforderliche Geräte, etc.) in den Normen stärker berücksichtigt werden.

Eine Harmonisierung der unterschiedlichen europäischen Normen auf einem qualitativ hohen Niveau ist dringend erforderlich. Zur Sicherung eines Mindeststandards bei der Ausrüstung von Rettungsmitteln sind Richtlinien in der Art der DIN-Empfehlungen unverzichtbar. Diese sind regelmäßig, entsprechend den aktuellen notfallmedizinischen Erfordernissen fortzuschreiben (AHNEFELD, 1992).

3.1.1.3.4 Einsatz- und Beförderungsmittel

Im folgenden werden die technische Zusatzausstattung und die Beschaffenheit vom KTW , RTW und NAW näher beschrieben (SCHOLZ und WITTGENS, 1992):

- o Abschleppvorrichtung (vorne und hinten)
- o Aufbau mit großer Öffnungsvorrichtung in der Rückwand
- o Dreh- oder Schiebetüre in der Seitenwand des Krankenraumes, die mit Dreh- oder Schiebefenster versehen ist
- o Einstiegsvorrichtungen und -hilfen
- o Sprech- und Sichtverbindung zwischen Fahrer- und Krankenraum
- o desinfektionsmittelbeständige, gut zugängliche Auskleidung des Krankenraumes
- o desinfektionsmittelbeständige Inneneinrichtung des Fahrerraumes
- o mindestens zwei Steckdosen nach DIN C 7291 (je eine im Fahrer- und im Krankenraum)
- o Klingel und Summanlage
- o getrennt für Fahrer- und Krankenraum schaltbare Heizung
- o Belüftungsanlage
- o Sicherheitsgurte für alle Sitze
- o Rundumleuchte nach DIN 14 520 (Blaulicht) in
- o Verbindung mit akustischem Warnsignal (Martinshorn)
- o genormte Farbe des Fahrzeuges sowie gegebenenfalls der Seitenstreifen
- o Krankentrageeinrichtung für Normtragen der DIN 13 024 und 13 025
- o Fächer, Schubladen oder Kasteneinbauten mit breiter Leiste, Türen oder Decken (bestückt mit den Gegenständen aus der Ausrüstungstabelle)
- o Beleuchtung mit Lampe (in zwei Helligkeitsstufen schaltbar), Neonröhren, im RTW/NAW zusätzlich Punktleuchte
- o Infusionshalterung(en) (im RTW/NAW mindestens zwei)

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Unterlagen des Rettungsassistenten:

- o Fahrtenbuch, Fahrtenschreiber, Ausnahmegenehmigung, Funkverzeichnis, Landkarten, Stadtplan, Straßenverzeichnis, Transportbelege, Vordrucke für ärztliche Transportanweisungen, Notarztberichtsheft, Patientenunterlagen, Arztbrief
- o Dienststundenbelege
- o Notizzettel

Materialien für die eigene Fortbildung:

- o Informationsschriften, Fachzeitschriften, Fachbücher, Merkblätter, Lexika für Sanitäts- und Rettungsdienst, Notfalltherapie, Intensivmedizin usw., Vergiftungsfibel u.ä.
- o Nachschlageverzeichnisse, Listen, Tabellen
- o Übersichten, Nachweise

Sonstiges:

- o Funkgerät mit BOS-Funkfrequenzen, Handfunksprechgerät, Betriebsfunk
- o Meldeempfänger
- o Telefon, gegebenenfalls Haussprechanlage
- o Desinfektionsmittel und -geräte
- o Wagenpflege- und Instandhaltungsmaterialien
- o Werkzeuge

Der Krankentransportwagen (KTW)

Krankentransportwagen (KTW) sind grundsätzlich für die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten bestimmt. Sie sind in der DIN-Norm 75 080 T 1 (Mai 1987) - Krankenkraftwagen; Begriffe, Anforderungen, Prüfung, sowie in der DIN-Norm 75 080 T 3 (Januar 1989) - Krankenkraftwagen; Krankentransportwagen (KTW) geregelt. Krankentransportwagen, die dieser Norm entsprechen, sind in ausreichender Anzahl flächendeckend vorhanden, ein zusätzlicher Bedarf besteht nicht mehr.

Die Mindestausrüstung für den KTW beinhaltet folgendes (SCHOLZ und WITTGENS, 1992):

- o Krankentrage nach DIN 13 025 oder DIN 13 024 und Tragenzubehör (abwaschbarer Bezug, abwaschbares Kopfkissen, Schaumstoffauflage, Fuß-, Rücken- und Bauchstütze jeweils abnehmbar)

- o Schocklagerungsvorrichtung für eine Lagerung bis 15°, passend zur Krankentrage, Bettuch, Kopfkissen, 2 Wolldecken, Deckenbezug, 2 Tragegurten, 2 Riemen oder Gurte
- o 2 Rettungstücher nach DIN 13 040 (früher Bergetücher genannt)
- o Tragesessel mit Kopfstütze
- o 3 Guedeltuben in den Größen 2,3 und 5, Mundkeil aus Gummi, Mundtubus, 4 Einmalkatheter zum Absaugen, tragbares Frischluftbeatmungsgerät mit Anschluß für die Sauerstoffbeigabe, tragbare Sekret-Absaugpumpe
- o Stativ für Infusionsbehälter, 2 x 500 ml Plasmaexpander mit Infusionsbesteck und Venenkanüle (steril)
- o Sanitätskasten klein mit Verbandmaterial
- o Kleiderschere
- o 4 Kramerschienen gepolstert mit abwaschbarem Bezug
- o Pflegegeräte (Steckbecken mit Deckel, Urinflasche mit Verschluß, Nierenschale, 10 Brechbeutel, Besteck für Notgeburt, 2 Schutzmäntel, Handwaschpaste, Textilhandtuch oder Papierhandtücher, Nagelbürste, abblendbare Taschenlampe mit Farbfilter)
- o Feuerlöscher, Brecheisen mit kombiniertem Schneidegerät und Geißfuß, Klapphackspaten, 2 Warndreiecke, Handleuchte, Handscheinwerfer mit Blinkeinrichtung, Abschleppseil

Der Rettungswagen (RTW) bzw. Notarztwagen (NAW)

Rettungswagen (RTW) dienen dazu, die Transportfähigkeit von Notfallpatienten vor und während der Beförderung herzustellen und aufrecht zu erhalten. Er ist in der DIN-Norm 75 080 T 1 (Mai 1987) - Krankenkraftwagen; Begriffe, Anforderungen, Prüfung sowie in der DIN-Norm 75 080 T 2 (Januar 1989) - Krankenkraftwagen; Rettungswagen (RTW) geregelt. Rettungswagen, die mit einem Notarzt besetzt sind, werden Notarztwagen (NAW) genannt.

Bei der ursprünglichen Bedarfsplanung zu Beginn des systematischen Aufbaues wurden Richtzahlen für den Bedarf an Krankenkraftwagen (ein Krankenkraftwagen auf 12.000 bis 15.000 Einwohner, wobei mindestens 40 % RTW sein sollen) entwikkelt. Diese wurden auch der ursprünglichen Bedarfsplanung zugrunde gelegt. Inzwischen müssen diese Bedarfswerte regional angepaßt werden (DEUTSCHER BUNDESTAG, 1990).

Die Mindestausrüstung für dem RTW/NAW beinhaltet folgendes:

- o Krankentrage mit Zubehör wie beim KTW
- o Wirbelsäulenbrett, 2 Rettungstücher, Tragesessel oder Tragesitz

- o 3 Guedeltuben, Mundkeil, Mundtubus, tragbare Absaugpumpe, maschinell betriebene Sekret-Absaugpumpe
- o 4 Absaugkatheter, Frischluftbeatmungsgerät mit Anschlußmöglichkeit für Sauerstoff, 2 Sauerstofflaschen mit insgesamt mindestens 1200 l Sauerstoff, Atemmaske für Kinder,
- o Atemmaske für Säuglinge
- o Stativ für Infusionsbehälter, 4 x 500 ml Plasmaexpander mit Infusionsbesteck und Venenkanüle (steril), starre Unterlage für HLW (= CPR)
- o Blutdruckmeßgerät, Stethoskop
- o Venae-Sectio-Besteck
- o Tracheotomie-Besteck
- o Notintubationsbesteck
- o Notamputationsbesteck
- o Besteck zur Punktion größerer Körperhöhlen
- o Sanitätskasten klein mit Verbandmaterial
- o Kleiderschere
- o 4 Kramerschienen gepolstert mit abwaschbarem Bezug, Streckschiene
- o Pflegegeräte (Steckbecken mit Deckel, Urinflasche mit Verschluß, Nierenschale, 20 Brechbeutel, 3 Schutzmäntel, Handwaschpaste, Textilhandtuch oder Papierhandtücher, Nagelbürste, abblendbare Taschenlampe mit Farbfilter, Waschschüssel oder Waschbecken, trinkwasserbeständiger Behälter (Inhalt 5 l), Auffangbehälter für Abwasser (Inhalt 5 l), Abfallbehälter)
- o Brecheisen mit Schneidegerät und Geißfuß, Klapphackspaten, Warndreieck, Handleuchte, Handscheinwerfer mit Blinkleuchteinrichtung, Feuerlöscher PG6, Abschleppseil

Die Sonderausstattung umfaßt:

- o Vakuum-Matratze
- o EKG-Gerät mit Zubehör (z.B. für Dauerableitung)
- o Reanimationskoffer (einschließlich Notfallmedikamente, Spritzen und Kanülen)
- o Defibrillator
- o Herzschrittmacher
- o Infusionsschiene
- o Schaufeltrage
- o Transportinkubator
- o Schutzhelme, Atemschutzmasken
- o Zusatzausstattung nach örtlicher Festlegung (z.B. Narkosegerät)

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Das Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)

Das Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) ist ein Spezialfahrzeug für den Rettungsdienst, das sich zum Transport des Notarztes und der medizinisch-technischen Ausrüstung für die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen von Notfallpatienten besonders eignet (HANDBUCH DES RETTUNGSWESENS, BAND 5, 1983).

Der Notarzt ist ein Arzt, der besondere Kenntnisse und Fähigkeiten in der Notfallmedizin besitzt und im Rettungsdienst tätig wird (siehe DIN-Norm 14 011 T 4). Das NEF wird im Rendezvous-System eingesetzt, einer Einsatzform des Notarztdienstes, bei der das NEF und der Rettungswagen getrennt und unabhängig voneinander zum Einsatzort fahren. Das NEF ist in der DIN-Norm 75 079 Blatt 1 bis 4 geregelt. Diese Norm gilt für Personenkraftwagen nach der DIN-Norm 70 010, die aufgrund ihrer Ausstattung und Ausrüstung geeignet sind, den Notarzt (im Rendezvous-System) an den Notfallort zu bringen.

Die Ausrüstung des NEF ist wie folgt zusammengestellt:

Lfd. Nr.	Gegenstand, Ausführung, Bemerkung	nach	Stückgewicht	Stückzahl
1)	*Medizinische Ausrüstung*			
1	Notfall-Koffer	Norm in Vorbereitung	16	1
2	Notfall-Arztkoffer für Frühgeborene und Kinder	Norm in Vorbereitung	8	1
3	EKG-Sichtgerät tragbar, netzunabhängig	----------	6	1
4	Defibrillator, tragbar, netzunabhängig. Eine Kombination von EKG-Sichtgerät und Defibrillator ist zulässig.	DIN IEC 62D(CO)8 (z.Z. in Vorbereitung)	30	1

Quelle: Handbuch des Rettungswesens, E 1.2.1

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Lfd. Nr.	Gegenstand, Ausführung, Bemerkung	nach	Stück-gewicht	Stück-zahl
2)	*Technische Ausrüstung*			
1	Brecheisen, 60 mm lang, kombiniert mit Schneidegerät und Geißfuß	----------	2,2	1
2	Folie, metallisierte Polyesterfom als Decke, Oberfläche aus Aluminium, Rückseite farbig, Größe min. 2200 x 1400 mm, Dicke 12 bis 25 mm	----------	0,055	10
3	Feuerlöscher PG 6 oder HA 6 mit KFZ-Halterung	DIN 14 406 Teil 1	10,2	1
4	Warnweste nach BMI TRL 8415-061 oder Warnkleidung DIN 30 711 - B aus retroreflektierendem Gewebe, davon eine mit Aufschrift "Notarzt"	DIN 30 711 Teil 1	0,4	2
5	Schutzhelm, Helmschale weiß oder	DIN 4840		
	Feuerwehrhelm	DIN 14 940	0,5	2
6	Handscheinwerfer Ex - 100 mit Batterie und Lampe	DIN 14 642	3	1
7	Starthilfekabel mit einem Querschnitt von 25 mm, zum Verbinden der beiden Batterien und zur Verbindung mit einem anderen Kraftfahrzeug	Norm in Vorbereitung	-	1
8	Gleitschutzketten für alle angetriebenen Räder auf Wunsch des Bestellers	----------	15	-

Quelle: Handbuch des Rettungswesens, E 1.2.1

Das Mehrzweckfahrzeug (MZF)

Das Mehrzweckfahrzeug (MZF) kommt in einigen Bundesländern in zunehmender Anzahl zur Anwendung. Diese Fahrzeuge erfüllen sowohl die DIN-Normen für RTW als auch für KTW (DIN-Norm 75 080 T 1 bis T 3) und sind dadurch - eine entsprechend qualifizierte Besatzung vorausgesetzt - für Notfälle und Krankentransporte gleichermaßen einsetzbar. Dadurch ist immer ein gleich hohes Qualitätsniveau im Einsatz gesichert, die häufig notwendige Vorab-Alarmierung weniger qualifizierter Rettungsmittel entfällt. Die Vielseitigkeit der Mehrzweckfahrzeuge führt in Verbindung mit ergänzenden organisatorischen Vorkehrungen in vielen Fällen zu einem reduzierten Kapazitätsbedarf. Eine generelle Empfehlung für MZF kann jedoch nicht ausgesprochen werden. Vor einer Einführung sind die Voraussetzungen vor Ort genau zu untersuchen (DEUTSCHER BUNDESTAG, 11. Wahlperiode)

Der Rettungshubschrauber (RTH), Ambulanzhubschrauber und Ambulanzflugzeuge

Der Rettungshubschrauber (RTH) ist in der DIN-Norm 13 230 T 1 (März 1988: Rettungshubschrauber (RTH); Begriffe, Anforderungen) und T 2 (Mai 1989: Rettungshubschrauber (RTH); Ausstattung) normiert. Rettungshubschrauber nach dieser Norm sollen nach Sichtflugregeln (VFR) fliegen. Sie werden für den Primärtransport von der Unfallstelle zum Krankenhaus, wie auch für den Sekundärtransport von Krankenhaus zu Krankenhaus eingesetzt. Sie sind geeignet, einen Notarzt und einen Rettungssanitäter/Rettungsassistenten schnell zum Einsatzort zu bringen und zusätzlich anschließend zwei liegende Notfallpatienten nach Herstellung der Transportfähigkeit zu transportieren. Dabei müssen sich Flugbesatzung und medizinisches Personal bei ihren Aufgaben - sowohl Navigation wie auch Rettungsmaßnahmen - gegenseitig unterstützen. Die DIN-Norm legt die Zulassungsbestimmungen, die Baumerkmale und die Flugleistung fest. Wesentlich ist, daß der RTH innerhalb von zwei Minuten nach Alarmierung starten kann.

Unter Primäreinsatz eines RTH versteht man das schnelle Heranführen des Notarztes zur Behandlung des Notfallpatienten und/oder den Transport zur ersten notwendigen Behandlung in ein Krankenhaus. Unter dem Sekundäreinsatz eines RTH versteht man den Transport des medizinisch bereits erstversorgten Patienten von einem Krankenhaus in ein für die Endversorgung besser geeignetes Krankenhaus unter Begleitung des Notarztes.

Zum Startgewicht gehört die Zusatzbelastung durch 5 Personen zu je 90 kg sowie durch die fest eingebaute und/oder mobil mitgeführte medizinisch-technische Ausstattung nach DIN-Norm 13 230 T 2. Ferner wird gefordert, daß die Reisegeschwindigkeit 200 km/h beträgt. Da ein RTH möglichst nahe am Unfallort landen und wieder starten soll, ergeben sich besondere Anforderungen an den Berufshubschrauberführer und auch an den RTH in bezug auf Außenlandungen.

In der BRD gibt es derzeit Bestrebungen, neben dem Netz der Rettungshubschrauber (RTH) ein Ambulanzhubschrauber-System (AHS) aufzubauen. Als Ambulanzeinsatz (AHS) ist folgendes zu verstehen: Verlegungsflüge meist über längere Entfernungen (mit und ohne Arzt) von einem Krankenhaus in eine Spezialklinik oder auch umgekehrt von einem Zentrum der Maximalmedizin in ein nachbehandelndes Krankenhaus. Diese Transporte werden gelegentlich auch als "Krankenhaustransporte" oder "Tertiäreinsätze" bezeichnet. Zum Aufgabenspektrum des AHS gehören außerdem die Organtransporte.

Die Ambulanzflugzeuge werden in den DIN-Normen 13 234 T 1 (Dezember 1987), Ambulanzflugzeug; Begriffe, Anforderungen und 13 234 T 2 (Dezember 1987) Ambulanzflugzeug; medizinische und medizinisch-technische Ausstattung) normiert.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.1.3.5 Rettungsleitstellen

Die Rettungsleitstelle ist die Einsatzleitstelle des gesamten Rettungsdienstes in einem Rettungsdienstbereich. Sie soll ständig besetzt und immer erreichbar sein und einen zentralen Krankenbettennachweis führen. Sie ist das Lenkungs-, Koordinations- und Informationszentrum des Rettungsdienstes für den Rettungsdienstbereich. Sie entscheidet über die Einsätze der ihr zugeordneten Rettungsmittel. Es besteht eine ständige Funkverbindung der Rettungsleitstelle zu den Rettungsmitteln. Mit den Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften für den ärztlichen Bereitschaftsdienst ist eine enge Zusammenarbeit sicherzustellen. Benachbarte Rettungsleitstellen haben einander zu unterstützen. Den Rettungsleitstellen unterstehen jeweils eine Anzahl von Rettungswachen; die früher nur in den Stadt-Staaten und größeren Städten vorhandenen Rettungsleitstellen sind inzwischen flächendeckend in allen Ländern eingerichtet. Funktion und Ausstattung der Rettungsleitstellen gewährleisten räumlich und zeitlich eine lückenlose Versorgung der Bevölkerung bei Notfällen. Die mittlere Bearbeitungsdauer eines Notrufes bis zur Alarmierung eines Rettungsmittels liegt bei unter einer Minute.

3.1.1.3.6 Rettungswachen

Die Rettungswachen sind die Orte, an denen die Rettungsmittel für ihren Einsatz bereitgehalten werden. Sie sind organisatorisch den Rettungsleitstellen unterstellt. Die Rettungswachen sind zuständig für die Rettungsmittel. Ihre Errichtung erfolgt unter dem Gesichtspunkt, daß die Hilfsfristen (Zeitspanne vom Eingang der Notfallmeldung bis zum Eintreffen des Rettungsmittels am Notfallort) so kurz wie möglich gehalten werden (DRK, 1990).

Die Anzahl der vorhandenen Rettungswachen entspricht der Bedarfsplanung. Damit ist auch durch das flächendeckende Netz von Rettungswachen die Versorgung der Bevölkerung sichergestellt. Zu den Rettungswachen gehören somit auch die mobilen Rettungsmittel, insbesondere Rettungswagen, Krankentransportwagen, Rettungshubschrauber inkl. des einsatz- und abrufbereiten notwendigen Personals.

3.1.1.3.7 Rettungskette

Die einzelnen Bundesländer sind in Rettungsdienstbereiche unterteilt, die sich in der Regel an den politischen Grenzen der Städte und der Landkreise orientieren. Ein weiterer Einflußfaktor ist der infrastrukturelle Erschließungsgrad, der von der Bevölkerungsdichte und der topographischen Struktur des Gebietes abhängt.
Der Rettungsdienst ist ein Teil des Systems "Rettungskette" mit ihren Bestandteilen:

1. Sofortmaßnahmen,
2. Notruf,
3. Erste Hilfe,
4. Rettungsdienst und
5. Krankenhaus

Sowohl die Sofortmaßnahmen am Notfallort sowie die Erste Hilfe und die Notfallmeldung sind vom System her auf die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes einzustellen und bedingen seinen Erfolg. Neben dieser Schnittstelle ist der reibungslose Übergang vom Rettungsdienst, als Ausdruck der präklinischen Versorgung, zur klinischen Versorgung ebenfalls als eine Determinante des Systems Rettungskette anzusehen und beeinflußt den Erfolg einer rettungsdienstlichen Leistung (DRK, 1990).

Die rettungsdienstliche Leistung zeichnet sich primär durch den Faktor präklinische Versorgung aus. Die medizinische Betreuungs- und Hilfsfunktion hat den Beförderungscharakter in seiner Bedeutung für die fachgerechte Versorgung der Patienten verdrängt. Hierin ist auch der Grund dafür zu sehen, daß die Qualifikation des rettungsdienstlichen Personals und die Qualitätsstandards der Rettungsmittel stetig steigen.

3.1.1.3.8 Notarztsysteme

Der Ausbau von Notarztdiensten hat in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht; eine flächendeckende Versorgung ist beinahe in allen Bundesländern erreicht. Zur Organisation der Dienste und zur Sicherstellung der ärztlichen Beteiligung wurden - angepaßt an regionale Gegebenheiten und Möglichkeiten - verschiedene Modelle entwickelt.

Die Organisation des Notarztsystem basiert auf drei Grundformen:
1) Rendezvous-System (Notarzt mit einem NEF und RTW fahren getrennt voneinander zum Notfallort)
2) Stations-(Kompakt-)System (der RTW/NAW fährt mit dem Arzt zum Notfallort)
3) Parallel-System (RTW und NAW fahren zum Notfallort; dort wird entschieden, mit welchem Fahrzeug der Patient befördert wird).

Derzeit (Stand 1991) werden 41,1 % der Notarzteinsätze im Kompakt-System durchgeführt, 58,9 % werden im Rendezvous-System abgewickelt. Die hochgerechnete Anzahl der Notarzteinsätze beläuft sich auf 840.000. Von den vielfältigen Organisationsformen setzt sich mehr und mehr das Rendezvous-System durch. Durch die beiden unabhängig voneinander einsetzbaren Fahrzeuge kann der Rettungsdienst,

vor allem in weniger dicht besiedelten Gebieten, flexibel auf Einsatzanforderungen reagieren. Auch für die Zukunft ist mit einer Weiterentwicklung der Notarztversorgung zu rechnen, sei es durch die Einrichtung zusätzlicher Notarztstandorte oder durch eine am Bedarf ausgerichtete Neuorganisation bestehender Systeme.

3.1.1.3.9 Notrufsysteme

Das ***einheitliche Notrufsystem 73*** (Polizeinotruf 110, Feuernotruf 112) ist in den alten Bundesländern flächendeckend realisiert. In den rund 3.800 Ortsnetzbereichen sind über 4.000 Notrufanschlüsse der Polizei (110) und über 1.400 Anschlüsse der Feuerwehr (112) geschaltet. Sofern für den Feuerwehrruf 112 nicht eigene Anschlüsse vorhanden sind, ist die Kurzrufnummer 112 mit dem Polizeinotruf 110 parallel geschaltet. Ende 1991 waren 34.000 öffentliche Münztelefone mit Notrufmeldern für münzfreien Notruf ausgestattet. Darüber hinaus ist von 18.000 öffentlichen Kartentelefonen in den neuen Bundesländern ein Notruf ohne Telefonkarte möglich.

Im Bereich der ***BOS-Funknetze*** (Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben), die auch von den Rettungsdiensten genutzt werden, wird zur Zeit am Ausbau eines einheitlichen Systems für das ganze Bundesgebiet gearbeitet, um länderübergreifende Einsätze zwischen alten und neuen Bundesländern in Kürze zu erleichtern.

Das Notrufsystem wird ergänzt durch eine ***einheitliche Rufnummer für Rettungsleitstellen*** (19222). Diese Nummer, die von der Deutschen Bundespost Telekom für den Rettungsdienst reserviert wird, steht inzwischen allen alten Bundesländern als zentrale Rufnummer zur Verfügung.

Der Bundesrat hat mit Drucksache 662/89 vom 20. November 1989 einen Vorschlag für eine Entscheidung des Rates der Europäischen Gemeinschaft zur Einführung einer europaweit einheitlichen Notrufnummer 112 prinzipiell zugestimmt. In der BRD ist diese Rufnummer bereits realisiert.

In der ehemaligen DDR bestand das einheitliche Notrufsystem aus dem Polizeinotruf 110, dem Feuerwehrnotruf 112 und der Notrufnummer der "Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH)" 115 bzw. den jeweiligen Leitstellennummern im ländlichen Raum. Mit der Reorganisation des Rettungsdienstes wird auch hier die europaweit einheitliche Notrufnummer 112 als zentrale Rufnummer für Rettungsleitstellen eingeführt. Das in den alten Bundesländern eingeführte einheitliche Notrufsystem 73 soll auf die neuen Bundesländer ausgedehnt werden.
Zu den weiteren Notfallmeldesystemen zählen auch die Notrufsäulen an Autobahnen. Autobahnen erhalten aus betrieblichen Gründen Streckentelefone (Rufsäulen),

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

die auch den Verkehrsteilnehmern für Notrufzwecke zur Verfügung stehen (UNFALLVERHÜTUNGSBERICHT STRASSENVERKEHR 1991, 1992).

Anläßlich des Workshops "Bestandsaufnahme Rettungsdienst" formulierten Experten des deutschen Notfall- und Katastrophenwesens ihre Forderungen hinsichtlich einer verbesserten Kommunikation im Rettungswesen folgendermaßen:

Die technische Ausstattung der Rettungsleitstellen ist den Möglichkeiten der modernen Kommunikationstechnik (Alarmierung, Funkverkehr, Einsatzleitrechner) anzupassen. Alle Notrufe müssen direkt bei der Rettungsleitstelle auflaufen oder von anderer Stelle (Polizei, Feuerwehr) durchgeschaltet werden können. Daneben muß in Deutschland ein einheitlicher münzfreier "Medizinischer Notruf" unter der vorwahlfreien Nummer 19222 oder einem dem Feuer- oder Polizeinotruf entsprechende (neu zu schaffenden) Dreierkombination flächendeckend eingerichtet werden. Bei Einführung des "Europäischen Notrufs" muß eine Durchschaltung zu den Leitstellen gewährleistet sein. Es ist eine klare Begriffsdefinition von Notarztdienst und kassenärztlichem Notfalldienst erforderlich, um die Konfusion in der Bevölkerung zu beseitigen. Der ärztliche Notfalldienst sollte mit den Einrichtungen des Rettungsdienstes vernetzt sein, um Doppel- oder Fehleinsätze zu vermeiden. Idealerweise sollte dieser über die Rettungsleitstellen abgewickelt werden. Dabei muß die personelle und technische Kapazität der Leitstellen den Erfordernissen angepaßt sein. Dafür ist ein spezielles Ausbildungsprogramm für die in der Leitstelle Tätigen, unter Mitwirkung notfallmedizinischer Fachkompetenz zu erarbeiten, das neben den erforderlichen Fachkenntnissen die Entscheidungs- und Verantwortungskompetenz sichert (INTERDISZIPLINÄRER WORKSHOP "BESTANDSAUFNAHME RETTUNGSDIENST", 1992).

3.1.1.3.10 Finanzierung

Träger des Rettungsdienstes sind die Bundesländer, die diese Aufgabe an die Hilfsorganisationen oder die Feuerwehr delegieren. Die Struktur "Rettungsdienstbereiche, einheitliche Leitstellen, Rettungswachen, etc." ist in allen Bundesländern einheitlich. Die Finanzierung erfolgt nach einem ***dualen System***. Für Investitionen (Bauten, Fahrzeugbeschaffung, etc.) erfolgt eine Finanzierung durch das Bundesland. Die Betriebskosten werden aus den Einnahmen bestritten, die für die Transporte von den Kostenträgern der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu erstatten sind. Die Tarife werden auf Länder- bzw. Kreisebene vereinbart (AHNEFELD, 1992).

Die ***Kosten für die Ausbildung*** zum Rettungsassistenten belaufen sich nach Kostenschätzungen auf ca. 1.200 DM pro Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr zuzüglich Lebenshaltung und Bücher. Die Kostenfrage ist in Deutschland bis heute

nicht eindeutig geklärt. Es kann jedoch nicht im Interesse des Rettungsdienstes liegen, wenn sich das Personal später ausschließlich aus jenem Personenkreis rekrutiert, der auf Kosten des Arbeitsamtes, Berufsförderung, etc. diese Ausbildung absolvieren kann (ARNOLD, 1993).

3.1.1.4 DAS BERUFSBILD DES RETTUNGSSANITÄTERS UND DES RETTUNGSASSISTENTEN

3.1.1.4.1 Aufgaben, Tätigkeitsbereiche und Tätigkeitsmerkmale

Die Aufgaben des Rettungsassistenten sind:

- Herstellen der Einsatzfähigkeit von Einsatzfahrzeugen
- Aufsuchen von Notfall- und sonstigen Patienten gemäß Einsatzauftrag der Rettungsleitstelle (Einsatzzentrale)
- Sicherung der Vitalfunktionen des/der Patient(en/in)
- Beurteilung der Transportfähigkeit
- Durchführen der zur Herstellung der Transportfähigkeit notwendigen Maßnahmen (mit bzw. ohne Arzt/Ärztin)
- Versorgung und Betreuung des/der Patient(en/in) während des Transportes zum Zielort
- Erledigung administrativer Arbeiten (Transportbelegerstellung usw.)
- Wartung, Pflege, Desinfektion von Einsatzfahrzeugen
- Auf der Rettungswache bzw. Rettungsleitstelle: Erledigung dispositiver und unterstützender Arbeiten
- Erledigung sonstiger Aufgaben

Die Tätigkeiten des Rettungsassistenten im einzelnen lassen sich zunächst in drei große Bereiche aufteilen:

1. die Tätigkeiten im Dienst auf der Rettungswache vor Einsatzbeginn,
2. die Tätigkeiten im Dienst während des Einsatzes,
3. die Tätigkeiten nach Einsatzende.

Die nachfolgende Übersicht soll einen schematischen Überblick über die Tätigkeitsfelder in den drei Bereichen geben. Ausgenommen hiervon sind die spezialisierten Aufgaben und Tätigkeiten im Leitstellendienst sowie in bestimmten Fach- und Führungsdiensten im Rettungsdienst bzw. Krankentransport:

1. Tätigkeiten im Dienst auf der Rettungswache vor Einsatzbeginn:

- Überprüfen und Herstellen der vollen Einsatzfähigkeit der Rettungsmittel (Krankentransportwagen, Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeug, etc.)
- Überprüfung und Instandhaltung medizinischer Geräte und Instrumente nach den geltenden Vorschriften
- Überprüfung und Korrektur der Bestände an Medikamenten
- Einweisung des mitfahrenden Rettungsdienstpersonals auf das Rettungsmittel (z.B. Zivildienstleistende, ehrenamtliche Helfer, Rettungsassistentenschüler, Praktikanten)
- Besuch von innerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen (auf freiwilliger Basis sowie auf dienstliche Anweisung)

2. Tätigkeiten im Dienst während des Einsatzes:

- sichere und schnelle Fahrt unter Nutzung von Sonderrechten im Straßenverkehr zur Einsatzstelle
- schnelle Lagesondierung am Notfallort und gegebenenfalls korrekter Lagebericht an die Rettungsleitstelle zwecks Nachalarmierung weiterer Einsatzkräfte
- Übernahme der Einsatzleiterfunktion bei größeren Schadensereignissen (Großunfall) bis zum Eintreffen der regulären Einsatzleitung
- selbständige notfallmedizinische/sanitätsdienstliche Maßnahmen des Rettungsassistenten ohne (Not-)Arzt: Lagerung, Freimachen und Freihalten der Atemwege, Beatmung, Blutstillung, Schockbehandlung, Wiederbelebung durch Beatmung und Herzdruckmassage
- assistierende Tätigkeiten des Rettungsassistenten in Zusammenarbeit mit (Not-)Ärzten: Lagerung, Freimachen und Freihalten der Atemwege (endotracheale Intubation), Beatmung, Blutstillung, Schockbehandlung (Infusionstherapie), Wiederbelebung (mit Einsatz der Defibrillation), medikamentöse Therapie (Aufziehen von Injektionen und gegebenenfalls Injektion auf Anweisung des Arztes), chirurgische Noteingriffe (Vorbereitung des Instrumentariums und Assistenz bei der Durchführung)
- nach Herstellung der Transportfähigkeit schonender und zügiger Transport unter sachgerechter Voranmeldung in die aufnehmende Klinik
- fachgerechte Übergabe in der Klinik

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3. Tätigkeiten nach Einsatzende:

- Wiederherstellung der vollen Einsatzfähigkeit von Rettungsmittel und Personal
- Säuberung und Desinfektion des Rettungsmittels unter Einhaltung der Hygienevorschriften für Personen und Material)
- Abfassen von Notfallprotokollen (zum Teil während des Transportes), Einsatzberichten, Transportscheinen usw.
- Einsatznachbesprechung mit (Not-)Ärzten, Kollegen, Einsatzleitung, Feuerwehr, Polizei (sofern nötig und möglich).

Das Tätigkeitsfeld des Rettungsassistenten umfaßt neben diesen Tätigkeiten auch das Wissen und die Fertigkeit der Grundmaßnahmen des Bergens. Weiters müssen die Rettungsassistenten mit einfachen technischen Rettungsgeräten und Hilfsmittel umgehen können. Von besonderer Bedeutung ist auch die Einschätzung des Selbstgefährdungsgrades für das Verhalten und das taktische Vorgehen an der Unfallstelle bzw. der Bergungsörtlichkeit.

Folgende Beförderungsmittel werden vom Rettungsassistenten in Ausübung seines Berufes verwendet:

o der Krankentransportwagen (KTW) für den Transport von Nicht-Notfallpatienten,
o der Rettungswagen (RTW) für den Transport von Notfallpatienten,
o der Notarztwagen (NAW), ein RTW, welcher in seiner personellen Ausstattung um den Notarzt erweitert und mit speziellen Geräten versehen ist,
o das Notarzteinsatzfahrzeug (NEF), ein Personenkraftwagen mit Zusatzausstattung und Sonderwarneinrichtung zur raschen Beförderung des notärztlichen Personals an die Einsatzstelle, unabhängig vom Rettungswagen und
o der Rettungshubschrauber

3.1.1.4.2 Die Kompetenzen des Rettungssanitäters und des Rettungsassistenten

Nach wie vor gibt es hinsichtlich der sgn. "Notkompetenz" Diskussionen darüber, ob es gesetzlich gedeckt ist, daß der Rettungsassistent eigenverantwortlich ärztliche Tätigkeiten in Abwesenheit des Notarztes ausübt und gegebenenfalls sogar erweiterte lebensrettende Maßnahmen durchführt, zumal die Notkompetenz nicht klar definiert ist. Diese Gradwanderung zwischen der "unterlassenen Hilfeleistung" und "unerlaubten Ausübung der Heilkunde" wird von Fall zu Fall untersucht. Folgende Parameter werden angesichts der vorliegenden Gefährdung der Vitalfunktionen dabei genauestens beleuchtet:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- Zeitraum der Verfügbarkeit qualifizierter notärztlicher Hilfe,
- die eigene Qualifikation,
- Notwendigkeit primärärztlicher Maßnahmen bis zum Eintreffen in der Klinik, wie z.B. endotracheale Notintubation ohne Verwendung von Relaxantien, Punktion einer peripheren Vene, Frühdefibrillation, gegebenenfalls auch Medikamentenverabreichung.

Im November 1992 nahm die Bundesärztekammer in Deutschland zu den Problemkreisen der Notkompetenz des Rettungsassistenten und der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Rettungsdienstpersonal in einem Rundschreiben an maßgebliche Organisationen und Verbände im Rettungswesen Stellung (RETTUNGSDIENST, 1993). Dabei sind insbesondere folgende Punkte hervorzuheben:

- die Anerkennung der "Notkompetenz" des Rettungsassistenten,
- die grundsätzliche Einbeziehung der Applikation ausgewählter Medikamente und der Frühdefibrillation in die Notkompetenz,
- die ärztliche Gesamtverantwortung für die Aus- und Fortbildung des Rettungsassistenten sowie die Überprüfung des Kenntnisstandes des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals und
- die Bestätigung der These, daß die Ausbildung des Rettungsassistenten an den Erfordernissen der möglichen Inanspruchnahme der "Notkompetenz" ausgerichtet werden muß.

Gemäß § 3 RettAssG soll die Ausbildung den Rettungsassistenten befähigen, am Notfallort ***als Helfer des Arztes*** tätig zu werden sowie ***bis zur Übernahme durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten durchzuführen***, die Transportfähigkeit solcher Patienten herzustellen und die lebenswichtigen Körperfunktionen während des Transportes zu beobachten und aufrecht zu erhalten.

Im Hinblick auf diese Definition des Ausbildungszieles des RettAssG wird unzutreffenderweise die Auffassung vertreten, daß mit dem RettAssG ein medizinischer Fachberuf geschaffen wurde, dem auch die Erlaubnis zur Durchführung spezifisch ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst übertragen worden sei. Auch wenn ***im RettAssG*** ein ***eigener Kompetenzbereich des Rettungsassistenten beschrieben*** ist, gilt der ***Arztvorbehalt für die Ausübung der Heilkunde*** (vgl. § 1 Heilpraktikergesetz).

In der rettungsdienstlichen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Rettungsassistent sind voneinander abzugrenzen:

1. die ***Delegation ärztlicher Leistungen*** im Rettungsdienst und
2. die ***"Notkompetenz"*** des Rettungsassistenten im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes

Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen auf Rettungsassistenten

Delegation beschränkt sich auf die ***Übertragung der Durchführung ärztlicher Leistungen*** auf Nicht-Ärzte. Die Anordnungsverantwortung liegt stets beim Arzt, die Durchführungsverantwortung grundsätzlich bei demjenigen, der die Leistung zur Durchführung übernimmt. Die Verantwortung des Arztes erstreckt sich auch darauf, daß sich die Leistung zur Übertragung auf Rettungsassistenten ***eignet*** und daß derjenige, dem die Leistung konkret übertragen wird, ***die dafür erforderliche Qualifikation tatsächlich besitzt***.

Ob die Durchführung einer ärztlichen Leistung überhaupt delegiert werden darf, bestimmt sich danach, ob die Durchführung generell oder wegen der besonderen Umstände des individuellen Falles spezifische ärztliche Kenntnisse und Erfahrungen erfordert. Dem Arzt vorbehalten und damit nicht delegationsfähig sind spezifische ärztliche Leistungen: Das Stellen der Diagnose und die therapeutische Entscheidung. Soweit Delegation zulässig ist, werden ***Rettungsassistenten im Rahmen eines ihnen übertragenen Aufgabenbereiches tätig und erbringen assistierende Leistungen***.

"Notkompetenz" des Rettungsassistenten

Der Rettungsassistent hat, wie jeder Bürger, der ***Pflicht zur Hilfeleistung nach § 323c StGB*** zu genügen. Darüber hinaus hat er in seiner Rettungsdiensttätigkeit eine ***Garantenstellung***, da er sich beruflich dem Rettungsdienst widmet und somit ***höhere Ansprüche an seine Fähigkeit zur Hilfeleistung*** gegen sich gelten lassen muß. Trotz einer flächendeckenden notärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland sind im Einzelfall für den Rettungsassistenten ***Situationen denkbar, in denen er nach eigener Entscheidung, ohne ärztliche Delegation und Weisung und damit in voller eigener Verantwortung überbrückende Maßnahmen zur Lebenserhaltung und Abwendung schwerer gesundheitlicher Störungen durchführen muß, die ihrer Art nach ärztliche Maßnahmen sind (Notkompetenz)***. Für den objektiv gegebenen Verstoß gegen den Arztvorbehalt zur Ausübung der Heilkunde, kann der Rettungsassistent in dieser Situation den ***rechtfertigenden Notstand in Anspruch nehmen*** (BÄK, 1992).

Ein Handeln unter Berufung auf die ***"Notkompetenz" setzt voraus***, daß:

- der Rettungsassistent ***am Notfallort auf sich alleine gestellt*** ist und ***rechtzeitige ärztliche Hilfe***, etwa durch An- oder Nachforderung des Notarztes ***nicht erreichbar ist***,
- die ***Maßnahmen***, die er aufgrund eigener Diagnosestellung und therapeutischer Entscheidung durchführt, zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Notfallpatienten ***dringend erforderlich*** sind,
- das gleiche ***Ziel durch weniger eingreifende Maßnahmen nicht erreicht werden kann*** (Prinzip der Verhältnismäßigkeit bei der Wahl der Mittel) und
- die ***Hilfeleistung*** nach den besonderen Umständen des Einzelfalles für den Rettungsassistenten ***zumutbar*** ist.

Nach dem wissenschaftlichen Stand der Notfallmedizin kommen ***zur Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Notfallpatienten*** folgende ***spezifisch ärztliche Maßnahmen*** zur Durchführung für den Rettungsassistenten ***im Rahmen einer Notkompetenz in Betracht***:

- die Intubation ohne Relaxantien,
- die Venenpunktion,
- die Applikation kristalloider Infusionen,
- die Applikation ausgewählter Medikamente und
- die Frühdefibrillation.

Die Ausübung der Notkompetenz durch den Rettungsassistenten richtet sich nach dem ***Grundsatz der Verhältnismäßigkeit***. Das am wenigsten eingreifende Mittel, das zum Erfolg führt, ist anzuwenden. Ist beispielsweise eine Beatmung mit einem Beatmungsbeutel effektiv, ist eine Intubation mit ihren höheren Gefahren unzulässig, weil nicht mehr verhältnismäßig. Bei entstehenden Schäden für den Notfallpatienten kann sich der Rettungsassistent nicht mehr auf einen rechtfertigenden Notstand berufen. Der Rettungsassistent darf daher ***nur solche Maßnahmen*** übernehmen, ***die er gelernt hat und deren sichere Ausführung er zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme gewährleisten kann***.

Dies ist erforderlich, da alle für den Rettungsassistenten im Rahmen der Notkompetenz in Betracht kommenden Maßnahmen risikobehaftet sind und die individuelle Beherrschung dieser Maßnahmen nicht alleine durch das Erreichen des Ausbildungszieles als Rettungsassistent gewährleistet ist, zumal alle genannten Maßnahmen ***der fortlaufenden und nachweisbaren Übung bedürfen***, da sie auch manuelle Fähigkeiten erfordern.

Die individuelle Überprüfung, welche Maßnahmen im Rahmen der Notkompetenz der einzelne Rettungsassistent unter dem Aspekt der sicheren Durchführung übernehmen kann, muß der ***fortlaufenden ärztlichen Kontrolle unterliegen***, da nur ein Arzt Feststellungen hinsichtlich der sicheren Beherrschung der Maßnahmen treffen kann.

Somit können Rettungsassistenten ärztliche Maßnahmen im Rahmen der Notkompetenz unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit nur dann durchführen, ***wenn durch ständige ärztliche Überprüfung ihres Wissens und Könnens sichergestellt ist, daß eine Übernahme der Maßnahmen erfolgen kann, ohne daß sich der Rettungsassistent wegen mangelndem Wissen und Können dem Vorwurf des Übernahmeverschuldens aussetzt, wenn aus der Hilfeleistung Schäden resultieren***.

Die Träger des Rettungsdienstes müssen ***sicherstellen, daß ein weisungsbefugter ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes die individuelle Qualifikation ihrer Rettungsassistenten fortlaufend überprüft***. Nur so können sie dem Vorwurf des Organisationsverschuldens vorbeugen, wenn ihre Rettungsassistenten unter Berufung auf die Notkompetenz Patienten schädigen.

Bereits das ***Themencurriculum*** der Rettungsassistentenausbildung ***muß*** in Übereinstimmung mit der Ausbildungszieldefinition und dem wissenschaftlichen Stand der Notfallmedizin ***ausweisen, in welcher Intensität Wissen und Fertigkeiten bei jedem einzelnen Thema vermittelt werden müssen, um auf eine dem Berufsbild des Rettungsassistenten entsprechende, die Qualität der präklinischen Notfallmedizin erhaltende, mögliche Inanspruchnahme der "Notkompetenz" durch Rettungsassistenten vorzubereiten*** (BÄK, 1992).

Die jüngste Entwicklung über die Notkompetenz in Deutschland zeigt, daß spezifisch ärztliche Maßnahmen wie die Intubation oder die Defibrillation mit Zustimmung der Bundesärztekammer in naher Zukunft aus dem Bereich der Notkompetenz in den Bereich der Routinetätigkeiten der Rettungsassistenten übergehen werden.

Entsprechend der Definition des Ausbildungszieles des Gesetzes zum Beruf des Rettungsassistenten vom 10. Juli 1989 soll die Ausbildung "*entsprechend der Aufgabenstellung des Berufes als Helfer des Arztes dazu befähigen, am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten durchzuführen, die Transportfähigkeit solcher Patienten herzustellen, die lebenswichtigen Körperfunktionen während des Transportes zu beobachten und aufrechtzuerhalten sowie kranke, verletzte und sonstige hilfsbedürftige Personen, auch soweit sie nicht Notfallpatienten sind, unter sachgerechter Betreuung zu befördern*".

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die Bundesärztekammer anerkennt erstmals sehr deutlich und unmißverständlich, daß der Rettungsassistent bei der Erstversorgung von Notfallpatienten nicht nur assistierend, sondern durch seine Garantenstellung auch selbständig und damit eigenverantwortlich tätig werden muß. Es wird auch sehr deutlich anerkannt, daß der Notarzt auf den auch als Assistent selbständigen und verantwortlich denkenden und handelnden Rettungsassistenten angewiesen ist. Dem Notarzt wird zwar klar die Anweisungsverantwortung, dem Rettungsassistenten jedoch die Durchführungsverantwortung zugewiesen. Der Rettungsassistent muß also durch die Ausbildung so geschult sein, daß er alle Maßnahmen, auch im Regelfall ärztliche Maßnahmen, die der Notarzt an ihn delegiert, verantwortungsbewußt und routiniert anwenden kann. Als einem wichtigen Funktionsträger einer neuen und geänderten Rettungskette (chain of survival) wird dem Rettungsassistenten auch eine entscheidende Verantwortung bei der überbrückenden Hilfeleistung bis zum Eintreffen eines qualifizierten Notarztes zugesprochen. Frühe Defibrillation und frühe endotracheale Intubation sind Maßnahmen, die von der American Heart Association, aber auch vom European Resuscitation Council zum "Gold Standard" der Lebensrettung erklärt worden sind. Damit gehören diese wichtigen therapeutischen Strategien zu den Basismaßnahmen jeder Lebensrettung. Die Bundesärztekammer reagiert angemessen und zukunftsweisend auf diese Erkenntnisse und Veränderungen in der Forschung und Lehre der präklinischen Notfallmedizin.

Unter ärztlicher Anleitung und Kontrolle bei sorgfältiger Dokumentation der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen soll der Rettungsassistent künftig qualifiziert und ermutigt werden, bei klar erkennbarer Dringlichkeit (Gefahr für Gesundheit oder Leben), individueller Beherrschbarkeit der notwendigen Maßnahme, Versagen oder Nichtausreichen weniger eingreifender Maßnahmen und nicht rechtzeitigem Eintreffen des Notarztes entschlossen zu handeln. Dem Rettungsassistenten wird eine unmißverständliche Garantenstellung für die ihm anvertrauten Notfallpatienten zugeschrieben, die eine eindeutig höhere Verantwortung und einen weiter gefaßten Entscheidungsrahmen für seine Überlegungen und das Handeln an der Seite des in Not geratenen Patienten feststellt und vorschreibt.

Die Ärzteschaft stellt sich darüber hinaus auch als begleitender Partner in der Ausbildung zur Verfügung (FERTIG, 1993).

Die Deutsche Bundesärztekammer (BÄK) stellt eindeutig klar, daß der Rettungsassistent bereits in der Ausbildung auf alle Ansprüche und denkbaren Situationen seiner späteren Tätigkeit umfassend vorzubereiten ist. Ein klarer Auftrag an die Lehrkräfte, die Methodik und Didaktik dieser Berufsausbildung den geänderten Ansprüchen anzupassen. Nach dem heute festgestellten wissenschaftlichen Stand der Notfallmedizin muß der Rettungsassistent nach Ansicht der BÄK in der Lage sein:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- eine Intubation ohne Relaxantien durchzuführen,
- eine Vene zu punktieren,
- kristalloide Infusionen zu verabreichen,
- ausgewählte Medikamente zu applizieren,
- die Frühdefibrillation bei Kammerflimmern anzuwenden.

Der Rettungsassistent sollte jedoch nicht nur in der manuellen Fertigkeit geschult werden. Er muß auch während der Ausbildung den praktischen Entscheidungs- und Handlungsrahmen erkennen lernen, wann er handeln darf, soll oder muß. Unter der Anleitung erfahrener und kompetenter Ausbildungsärzte und Lehrrettungsassistenten muß er auch im Praktikum erkennen und erfahren lernen, wann er einen Patienten selbsttätig versorgen kann, einen Notarzt nachzufordern hat und auf welchen Patientenstatus er wann und wie zu reagieren hat. Auf regionaler Ebene müssen die Notärzte ihren Rettungsassistenten aber auch ausreichend Gelegenheit geben, die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten unter ihrer Aufsicht und Anleitung im Einsatz zu erlernen und anzuwenden. Hier kommt dem Notarzt eine wichtige und motivierende Führungsaufgabe zu. Invasive medizinische Maßnahmen sind kein Spielfeld freier Variation und der kreativen Übung. Am Stand der notfallmedizinischen Forschung und Lehre orientierte Handlungstechniken und Schemata tun not. Während sich der Kreisgeschäftsführer um eine gesunde Bilanz bemüht, gehört es zu den selbstverständlichen Obliegenheiten des Rettungsdienstleiters und des Leiters des Notarztdienstes, als Partner die personale Qualität auf einem hohen Niveau zu sichern.

Der Rettungsassistent wird durch diese Stellungnahme in eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten eingebunden. Es ist aber kein einseitiges, sondern ein beiderseitiges Lernen. Er kann in dieser Zusammenarbeit auch beweisen, daß er mit dieser ihm zugestandenen Qualifikation und Kompetenz verantwortungsvoll umgehen kann. Täglich kann er beweisen, daß er eine Tätigkeit erfüllt und einem Berufsstand angehört, dessen Wirken sich an den unverletzlichen Rechten seiner Patienten und der gemeinsamen Verantwortung für eine hohe Qualität im Rettungsdienst orientiert. Diese Ausführungen der BÄK sind ein deutliches Signal für die Bereitschaft, eine notwendig gewordene Reform in der Ausbildung des Rettungsdienstpersonals mitzutragen. Rettungsdienst in Organisation und Praxis sicherzustellen, ist die Lebensaufgabe dieses medizinischen Berufes. Dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist die Beigabe der Ärzteschaft in die Wiege des noch jungen Berufsbildes des Rettungssanitäters (FERTIG, 1993).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.1.4.3 Dienstgeber

Die Rettungssanitäter sind vor allem bei Rettungsdienstorganisationen, Berufsfeuerwehren, Gebietskörperschaften, privaten Krankentransportunternehmen, Großbetrieben, Flughäfen und Rettungsflugdiensten beschäftigt.

In der Bundesrepublik Deutschland werden Rettungseinsätze vor allem vom Deutschen Roten Kreuz, dem Johanniter-Unfalldienst u.ä. sowie den Berufsfeuerwehren durchgeführt. Keine Einsatzmöglichkeiten bestehen für Rettungsassistenten im Seenotrettungsdienst, Schiffssanitätsdienst, Polizeisanitätsdienst und Militärsanitätsdienst.

3.1.1.4.4 Berufsbezeichnungen

Folgende Berufsbezeichnungen, teilweise im Ausdruck veraltet, finden wir im Rettungsdienst:

- Rettungssanitäter
- Rettungsdiensthelfer
- Rettungshelfer
- Sanitäter
- Rettungswagen-Beifahrer
- Krankenträger
- Krankenwagenbegleiter
- Rettungswagenbegleiter
- Sanitätsgehilfe
- Unfallhelfer
- Wagenbegleiter
- DRK-Helfer
- Rot-Kreuz-Helfer
- Rettungsmeister.

3.1.1.4.5 Umstiegsmöglichkeiten

Das ***wechselseitige Umsteigen***, also zum Rettungsassistenten und vom Rettungsassistenten in die jeweilige andere Berufsgruppe, ***ist für folgende Personengruppen möglich***: Krankenpflegehelfer, Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Hebamme/Entbindungspfleger, Kinderpfleger, Altenpflegehelfer, Altenpfleger, Heilerziehungshelfer/Heilerziehungspflegehelfer, Heilerziehungspfle-

ger/Heilerzieher, Berufskraftfahrer. Dies erfolgt in einer entsprechenden Umschulung bzw. Einarbeitungszeit.

Das Rettungsassistentengesetz ermöglicht eine Ausbildungsverkürzung für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985, in deren Rahmen ein 300stündiger ***Ergänzungslehrgang mit Prüfung*** zu absolvieren ist. Eine Verkürzung um 600 Stunden ist auf Antrag auch für Sanitätsunteroffiziere der Bundeswehr sowie für Sanitätsbeamte mit Fachprüfung im Bundesgrenzschutz und Inhaber der Fachprüfung für die Verwendung im Sanitätsdienst der Polizei eines Bundeslandes möglich (SCHOLZ, WITTGENS, 1992).

3.1.1.4.6 Übergangsbestimmungen und Personalbedarf

Die Übergangsbestimmungen sind so gestaltet, daß in den nächsten Jahren der mehrheitliche Anteil der derzeit mit 520 Stunden ausgebildeten Rettungssanitäter als Rettungsassistenten anerkannt werden. Erst nach diesem Prozeß wird eine genaue Personalbedarfsplanung durchgeführt. Nach derzeitigen Berechnungen ist nach Ablauf der Übergangsfrist mit einem angenommenen Bedarf von 700 Schülern bzw. Absolventen pro Jahr zu rechnen.

Personen, die vor Inkrafttreten des Rettungsassistentengesetzes eine Ausbildung als Rettungssanitäter nach dem 520-Stunden-Programm oder einem gleichgestellten Ausbildungsprogramm erfolgreich absolviert oder eine solche begonnen und nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgreich abgeschlossen haben (BUND-LÄNDER-AUSSCHUSS RETTUNGSWESEN, 1977), dürfen die Bezeichnung "Rettungsassistent" führen, soferne sie eine 2000stündige Tätigkeit im Rettungsdienst nachweisen können.

Derzeit gibt es in der BRD bei den Hilfsorganisationen und bei den privaten Krankentransport- und Rettungsdienstunternehmen ca. 15.000 hauptamtliche Rettungssanitäter bzw. Rettungsassistenten, jedoch wird ein großer Anteil der Einsätze noch immer von Freiwilligen bzw. Zivildienstleistenden durchgeführt. Die Ausbildung steht Frauen und Männern gleichermaßen offen, jedoch ist aufgrund der starken körperlichen Belastung zumeist männliches Personal vertreten. Dies schlägt sich auch in den Ausbildungszahlen nieder: Nur ca. 1,5 % der Auszubildenden sind weiblichen Geschlechts. Für Frauen wurde eine Belastungsgrenze festgelegt: 10 kg häufiges und 15 kg gelegentliches Hebevolumen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.1.4.7 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Der Rettungsassistent ist insbesondere mit folgenden Berufsgruppen konfrontiert: mit Notärzten, Ärzten, dem Pflegepersonal und seinen Kollegen im Rettungsdienst, denen er seine Patienten zur weiteren Betreuung und Versorgung übergibt. Jedoch auch Polizei und Feuerwehr sowie andere Hilfsdienste sind seine Kontaktpersonen.

3.1.1.4.8 Berufsspezifische Belastungen

Die physische und psychische Belastung des Rettungsassistenten ist entsprechend seinem Einsatzgebiet und seinen Aufgaben sehr groß:

- o Ausübung der Tätigkeit an ständig wechselnden Orten: geschlossene Räume, Rettungsmittel wie Fahrzeuge oder Hubschrauber und im Freien
- o Einfluß durch die Witterungseinflüsse beim Arbeiten im Freien: Temperaturschwankungen, Zugluft, Nässe, Hitze, Kälte
- o unterschiedliche Lichtverhältnisse, oft unter künstlicher Beleuchtung unterschiedlicher Qualität, in der Nacht im Dunkeln (z.B. bei Verkehrsunfällen)
- o hygienische Parameter: Kontakt mit blutenden Wunden, Erbrochenem und Ausscheidungen, Geruchsbelästigung
- o Geruchsbelästigung auch durch Desinfektionsmittel
- o Kontakt mit allergieauslösenden Stoffen und Substanzen
- o mittelschwere bis schwere Tätigkeit im Wechsel von Gehen, Stehen, Sitzen, Knien, teils auch Über-Kopf-Arbeit
- o Schichtdienst, Nachtdienst, Wochenenddienst, unregelmäßige Pausen
- o Ausübung der Tätigkeit mit Zeit- und Verantwortungsdruck, d.h. Streßsituationen
- o Infektionsrisiko
- o besondere psychische Belastung durch den Umgang mit Schwerstkranken, Sterbenden und in Notfällen mit Kindern

Es handelt sich um eine im allgemeinen als leicht oder mittelschwer einzustufende körperliche Arbeit, die jedoch in bestimmten Situationen (Bergung bei unwegsamen Gelände, mehrere Verletzte am Unfallort, Grad der Verletzung der Verunfallten, etc.) zu einer Schwerarbeit wird. Oftmals müssen die Verletzten aus Trümmern gerettet, der Patient also zuerst freigelegt werden. Der Rettungsassistent kann auch in die Situation kommen, tote Personen bergen und abtransportieren zu müssen. Dieser Umstand, wie auch der Anblick Schwerstverletzter, verlangt ein äußerstes Maß an Ausgeglichenheit, damit der Rettungsassistent seinen Aufgaben hinsichtlich Organisation, Triage und Überblick am Unfallort, etc. ohne Fehler nachkommen kann und zudringliche Schaulustige vom Ort des Geschehens weitestgehend fernhalten kann, um eine reibungslose Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

In besonderen Situationen ist der Rettungsassistent Substanzen und Stoffen (Gase und Dämpfe, brennbare oder ätzende Flüssigkeiten, etc.) oder aber auch scharfen Gegenständen ausgesetzt, mit denen er selbst in Verletzungsgefahr gerät.

Eine weitere große Belastung ist der Zeitfaktor. Das Personal weiß nie, wann und wo in welchem Ausmaß Hilfe notwendig ist und dementsprechend ist auch der Verantwortungsdruck.

Weiters belastend ist die übergroße Beanspruchung der Wirbelsäule. Viele Angehörige der Sanitätsberufe können ihre Tätigkeit nicht bis zum Pensionsalter ausüben, es sei denn, sie erhalten eine leitende Funktion, in deren Ausübung die Tätigkeit vor Ort nicht mehr erforderlich ist. Eine weitere Möglichkeit ist der Weg als Ausbildner oder als Werkssanitäter tätig zu sein. Jedoch ist die Anzahl derer, die diesen Weg einschlagen können, gegenüber der Gesamtzahl der in diesem Beruf Tätigen fast verschwindend gering.

Die psychische Belastung des Rettungsassistenten ist ebenfalls sehr hoch. In Ausübung seiner Tätigkeit muß der Rettungsassistent Selbstbeherrschung, Ausgeglichenheit, Geduld und Einfühlungsvermögen, Zuverlässigkeit und Verantwortungsbewußtsein, Sorgfalt und eine überdurchschnittlich hohe Einsatzbereitschaft und Motivation an den Tag legen. Auch ein großes Maß an Organisations- und Improvisationstalent ist zur Ausübung dieses Berufes von Vorteil.

Es wird also eine überdurchschnittlich hohe Belastbarkeit sowohl im psychischen als auch im physischen Bereich gefordert.

3.1.1.4.9 Unfallverhütung und Präventionsmaßnahmen

Spezielle Schutzkleidung und Atemschutzmasken können nur in Sonderfällen eingesetzt werden. Eine eigene Unfallverhütungsvorschrift (UVV) für Rettungsassistenten gibt es derzeit (Stand Beginn 1992) noch nicht, die Unfallverhütungsvorschriften "Erste Hilfe" reichen für die Tätigkeit des Rettungsassistenten nicht aus.

3.1.1.5 AUSBILDUNG DES NICHTÄRZTLICHEN PERSONALS IM RETTUNGSDIENST

3.1.1.5.1 Begriffsbestimmung

Nichtärztliches Personal

Die Hauptstütze des Rettungsdienstes bildet das nichtärztliche Personal. Hierbei handelt es sich um Rettungsassistenten, Rettungssanitäter und Rettungshelfer.

Rettungsassistentin/Rettungsassistent

Die Publikation ***"BERUF AKTUELL" der Bundesanstalt für Arbeit***, die in erster Linie für Schüler der vorletzten Klasse an Hauptschulen und Realschulen bzw. der entsprechenden Jahrgangsstufe an Gesamtschulen bestimmt ist, beschreibt den ***Beruf der staatlich geprüften Rettungsassistentin bzw. des Rettungsassistenten*** wie folgt: Rettungsassistenten führen am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten durch. Sie stellen die Transportfähigkeit solcher Patienten her, beobachten die lebenswichtigen Körperfunktionen während des Transports zum Krankenhaus oder halten sie aufrecht. Außerdem befördern sie kranke, verletzte und sonstige hilfsbedürftige Personen, auch soweit sie nicht Notfallpatienten sind, unter sachgerechter Betreuung. Die Zugangsvoraussetzungen sind die Vollendung des 18. Lebensjahres und gesundheitliche Eignung sowie Hauptschulabschluß oder eine gleichwertige Schulbildung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung. Krankenschwestern/-pfleger, Kinderkrankenschwestern/-pfleger müssen an einem Ergänzungslehrgang von 300 Stunden teilnehmen. Andere Personen mit Sanitätsausbildung (z.B.: Soldaten, Polizeibeamte) erhalten eine um 600 Stunden bzw. bei Vollzeitunterricht um 6 Monate verkürzte Ausbildung. Die Dauer des Lehrgangs an staatlich anerkannten Schulen für Rettungsassistenten beträgt 1200 Stunden theoretische und praktische Ausbildung, in Vollzeitform 12 Monate.

Die praktische Ausbildung beträgt mindestens 12 Monate oder aber 1.600 Stunden. Ausbildungsstellen sind ausgewählte "Lehrrettungswachen". Erst danach besteht die Erlaubnis zur Führung der Bezeichnung "Rettungsassistent/in" (ARNOLD, 1993).

Rettungssanitäter

Die Rettungssanitäter haben eine 13-wöchige Ausbildung: 4 Wochen Fachlehrgang Rettungsdienst, 4 Wochen Klinik-Praktikum, 4 Wochen Rettungswache-Praktikum und eine Woche Abschlußlehrgang mit Prüfung. Um die Anerkennung zum Rettungssanitäter nicht zu verlieren, muß der Rettungssanitäter einmal im Jahr an einer 30stündigen Fortbildung teilnehmen (DRK, 1990).

Rettungshelfer

Der Rettungshelfer besitzt ebenfalls eine ***rettungsdienstliche Ausbildung, die ein Minimum von 266 Stunden umfaßt***. Viele Rettungshelfer vervollständigen ihre Ausbildung bis zum Rettungssanitäter (DRK, 1990).

Zivildienstleistende

Kriegsdienstverweigerer haben bei den Hilfsorganisationen die Möglichkeit, ihren Zivildienst im Bereich des Rettungsdienstes abzuleisten. Sie werden dort entsprechend ihrer jeweiligen rettungsdienstlichen Qualifikation als Rettungssanitäter eingesetzt (DRK, 1990).

Hauptberufliches und ehrenamtliches Personal

Der ***Rettungsdienst wird überwiegend von hauptberuflichem Personal durchgeführt***. In den Hilfsorganisationen und bei der Feuerwehr wird das hauptberufliche Personal je nach Organisation unterschiedlich stark durch eine ***ehrenamtliche Helferschaft*** unterstützt, die sich ***die gleiche Qualifikation wie das hauptamtliche Personal*** in ihrer Freizeit angeeignet hat. Ursprünglich wurde der Rettungsdienst nur von ehrenamtlichen Helfern durchgeführt (DRK, 1990).

3.1.1.5.2 Berufsvoraussetzungen

Folgende Erfordernisse muß ein Anwärter zur Ausbildung zum Rettungsassistenten erbringen:

- Hauptschulabschluß oder gleichwertige Schulbildung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung (praktiziert wird auch der mittlere Schulabschluß).
- Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurs, welcher bei Beginn der Ausbildung nicht länger als zwei Jahre zurückliegen darf.

- o In einzelnen Bundesländern, so z.B. bei einigen Hilfsorganisationen in Baden-Württemberg, Hessen, Schleswig-Holstein, wird eine Helfer-Ausbildung im Ausmaß von 30 - 50 Stunden sowie Erfahrung im Rettungsdienst/Krankentransport vorausgesetzt.
- o Mindestalter: 18 Jahre
- o Schulische Leistung: durchschnittliche Leistung in Deutsch und den naturwissenschaftlichen Fächern.

3.1.1.5.3 Ausbildung und Lehrinhalte

Der Rettungssanitäter

Die ***Verordnung über die Tätigkeit als Rettungssanitäter (RSanV)*** vom 26. Oktober 1978 (GVBl S.780, BayRS 215-5-1-3-I), geändert durch die erste Verordnung vom 13. Dezember 1979 (GVBl S.447), sowie durch die zweite Verordnung vom 4. Dezember 1990 (GVBl. S.282) enthält die Regelungen des ***Bayrischen Staatsministeriums des Inneren*** hinsichtlich Eignungsvoraussetzungen, Ausbildung, Prüfung, Kosten, Übergangsvorschriften, Inkrafttreten sowie eine Stoffgliederung für die Ausbildung zum Rettungssanitäter. Gemäß RSanV kann als Rettungssanitäter im Sinne von Art. 11 Abs. 2 Satz 2 BayRDG nur tätig sein, wer ***folgende Eignungsvoraussetzungen*** erfüllt: Jemand, der

- das 18. Lebensjahr vollendet hat,
- an einer Ausbildung teilgenommen und eine Prüfung bestanden hat, die den in dieser Verordnung festgelegten ***Mindestvoraussetzungen*** genügen,
- längstens ein Jahr vor Beginn der Ausbildung einen Erste-Hilfe-Kurs mit Erfolg abgelegt hat,
- sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung dieser Tätigkeit ergibt und
- nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung dieser Tätigkeit unfähig oder ungeeignet ist.

Unabhängig davon kann als Rettungssanitäter tätig werden, wer eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. September 1965 (BGBl I S.1443), geändert durch das Gesetz vom 4. Mai 1972 (BGBl I S.753) besitzt und sich einer praktischen Anleitung auf einer Rettungswache unterzogen hat.

Abweichend von den beiden oben beschriebenen Möglichkeiten kann als Rettungssanitäter auch tätig werden, wer außerhalb des Geltungsbereiches dieser Verordnung bei einer staatlichen oder kommunalen Einrichtung oder einer Hilfsorganisa-

tion eine Ausbildung durchlaufen und eine Prüfung bestanden hat, die mit den Mindestanforderungen dieser Verordnung vergleichbar sind. Liegen diese Voraussetzungen vor, stellt der Vorsitzende des Prüfungsausschusses auf Antrag ein entsprechendes Zeugnis aus.

Die Ausbildung hat den Bewerbern die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Gebiet der Versorgung und Betreuung von Notfallpatienten zu vermitteln. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter wird von den Hilfsorganisationen durchgeführt und umfaßt eine Mindestdauer von 520 Stunden. Sie besteht aus einer theoretischen Ausbildung von 200 Stunden, wovon 40 Stunden auf einen Abschlußlehrgang entfallen, der in Form eines zusammenhängenden Blockunterrichtes durchgeführt wird; einem klinischen Praktikum von 160 Stunden, das auf zwei Abschnitte von je 80 Stunden aufgeteilt werden kann, und einer praktischen Anleitung auf einer Rettungswache im Ausmaß von 160 Stunden. Die Ausbildung ist nach dem dieser Verordnung angeschlossenem Anhang 3 - B durchzuführen. Der Zeitraum, in dem die Ausbildung einschließlich der Prüfung abzuleisten ist, darf drei Jahre nicht überschreiten. In besonderen Fällen kann dieser Zeitraum um ein halbes Jahr verlängert werden. Die Prüfung ist vor einem Prüfungsausschuß abzulegen. Den Vorsitz führt ein im Rettungswesen erfahrender Arzt. Zu Prüfung kann nur zugelassen werden, wer die in dieser Verordnung genannte Ausbildung abgeleistet hat und alle in dieser Verordnung genannten Voraussetzungen erfüllt. Die Prüfung schließt sich an den Abschlußlehrgang an. Sie besteht aus einem schriftlichen, mündlichen und aus einem praktischen Teil. Der Bewerber hat in allen Prüfungsteilen nachzuweisen, daß er die fachliche Eignung für die Tätigkeit als Rettungssanitäter besitzt. Über die bestandene Prüfung ist ein Zeugnis auszustellen, das eine Beurteilung der einzelnen Prüfungsteile und eine Gesamtbeurteilung enthält. Das Zeugnis ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.

Die Lehrinhalte der Ausbildung zum Rettungssanitäter (RSanV) gemäß Verordnung über die Tätigkeit als Rettungssanitäter (RSanV) vom 26. Oktober 1978 (GVBl S.780, BayRS 215-5-1-3-I), geändert durch die Verordnung vom 13. Dezember 1979 (GVBl S447), beinhaltet folgende Unterrichtsfächer:

1. Grundkenntnisse in der Anatomie und Physiologie

2. Kenntnis der Vitalfunktionen und ihrer Störungen
   - Schockzustände
   - Reanimation

3. Chirurgie
   - Traumatologie
   - Blutungen
   - Gefäßverschlüsse

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- Verbrennungen

4. Innere Medizin und Pädiatrie
   - Lebensbedrohende Zustände einschließlich Vergiftungen
   - Infektionskrankheiten

5. Psychiatrie
   - Nerven- und Gemütskrankheiten
   - Rauschzustände
   - Krampfanfälle

6. Hygiene und Desinfektionslehre

7. Allgemeine Erste Hilfe
   - Verbandslehre
   - Betreuung
   - Lagerung
   - Transport von Notfallpatienten, sonstigen Kranken, Verletzten und Hilfebedürftigen

8. Instrumenten- und Apparatekunde unter besonderer Berücksichtigung der
   - Reanimation
   - Injektions- und Infusionstechnik
   - Messung von Puls, Körpertemperatur, Atmung und Blutdruck

9. Besondere Erste Hilfe
   - in Fällen der inneren Medizin
   - in chirurgischen, psychiatrischen und pädiatrischen Fällen
   - geburtshilfliche Notfälle
   - Versorgung von Frühgeburten und Säuglingen
   - Versorgung bei Unterkühlung, Strom- und Hitzeschlag

10. Lehre über die bei Notfalleinsatz in Betracht kommenden Arzneimittel, deren Indikation, Wirkung und Nebenwirkung

11. Organisation des Rettungsdienstes
    - Fernmeldewesen
    - Fahrzeug- und Gerätekunde
    - Einsatzregeln

12. Rechtsgrundlagen

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Aktuelle Entwicklungen und Forderungen: Neues Anforderungsprofil für Rettungssanitäter:

Die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer gehen davon aus, daß neben der Notfallrettung auch der Krankentransport obligatorisch zu den Pflichten und Aufgaben der den Rettungsdienst durchführenden Hilfsorganisationen gehört. Während bei Notfalleinsätzen die Eintreffzeit am Notfallort und damit der frühzeitige Versorgungsbeginn ein wesentliches Leistungskriterium darstellt, steht ***bei Krankentransporten die fachgerechte Betreuung und Beförderung im Vordergrund***. In der täglichen Rettungsdienstpraxis stehen die Krankentransporte eindeutig im Vordergrund. Dies legt eindeutig klar, daß bei der hohen Zahl der Einsätze im Bereich des Krankentransportes das ***Personal des Rettungsdienstes vorzugsweise*** (oder im besonderen) ***auch auf diese Aufgaben vorbereitet sein muß***. In einer Untersuchung der Bundesanstalt für Straßenwesen (KÜHNER, PUHAN, 1990), die mit dem Ziel durchgeführt wurde, einen Einblick in die Ablaufprozesse und die Belastungen für das Personal im Krankentransport zu gewinnen. Rettungssanitäter aus 21 Rettungsdienstbereichen dokumentierten alle innerhalb einer Woche durchgeführten Krankentransporte, wobei 3000 Einsätze in die Auswertung miteinbezogen und unter der zunehmend differenzierteren Betrachtung zwischen Notfalleinsätzen und Krankentransport neue Aspekte und Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Diese werden sich zwangsläufig auf die künftige Ausbildung des Personals im Krankentransport auswirken müssen.

Durch die genannte Studie konnten neue Gesichtspunkte gewonnen werden, die das ***zukünftige Anforderungsprofil des Rettungssanitäters*** umschreiben. Die Aufgabe des Personals im Krankentransport beschränkt sich nicht auf die Beförderung von Patienten, sondern es müssen auch medizinische Vorbereitungen und Maßnahmen getroffen werden. Unstrittig ist, daß auch der Rettungssanitäter "neuer Prägung" nicht nur Erste Hilfe leisten und als Krankentransporteur tätig wird, sondern aus der Erkenntnis heraus, daß bei 8,5 % der Transporte mit medizinischen Problemen zu rechnen ist, auch in der Lage sein muß, mit den Möglichkeiten, die der Krankentransportwagen bietet, auch vitale Funktionsstörungen zu beseitigen und Vitalfunktionen bis zum Eintreffen des Notarztes aufrecht zu erhalten. Der Tätigkeitsumfang und die Hilfsmittel in der Notfallrettung sind vollkommen verschieden und werden sich deshalb auch in der Praxis unterscheiden müssen. Bei der Analyse der aufgetretenen Probleme wird offenbar, daß ein Großteil der beschriebenen Komplikationen (Atmungs-, Herz-/Kreislaufprobleme, Bewußtseinsstörungen) zumindest die Vermutung einer Lebensbedrohung nahelegt.

Die ***Durchführung von Krankentransporten erfordert*** neben den ***allgemeinen charakterlichen, physischen und geistigen Anforderungen*** nicht nur ***medizinische Kenntnisse*** und eine entsprechende ***körperliche Leistungsfähigkeit*** (Fitneß), sondern auch ***Einfühlungsvermögen*** und die Fähigkeit, durch beruhi-

gende und tröstende Gespräche den Patienten zu ermutigen, also ***psychologische Grundkenntnisse***. Dies wiederum verlangt vom Rettungssanitäter ***soziale Kompetenz***, die durch Training erworben werden muß.

Der Patient im Krankentransport ist kein "Transportobjekt", sondern ein ***Individuum in einer besonderen Situation, mit seinen speziellen Problemen und Ängsten***. Viele Patienten suchen deshalb das Gespräch mit dem Einsatzpersonal und von jedem 3. Einsatz berichtet die Studie, daß Patienten ***getröstet und beruhigt*** werden mußten. ***Gesprächsführung*** ist somit eine weitere wesentliche Komponente für die Tätigkeiten des Rettungssanitäters. Gefordert werden Echtheit und Wärme (Empathie), Transparenz und Eigensteuerung sowie Einbeziehung des Handlungspotentials der Patienten. Ein Schwerpunkt der zukünftigen Ausbildung des Rettungssanitäters wird deshalb darin liegen, ***auf die besonderen Probleme, Ängste und Bedürfnisse des Patienten einzugehen***.

Hinsichtlich der ***medizinischen und helfenden Maßnahmen***, die etwa bei jedem 5. Einsatz (18,5 %) erforderlich werden, stehen die Kontrolle der Vitalfunktionen (Puls, Blutdruck, EKG-Kontrolle), das Anlegen von Verbänden, die Sauerstoffapplikation sowie die Durchführung spezieller Lagerungen im Vordergrund.

Aber auch ***rein helfende Maßnahmen***, wie das Ankleiden von Patienten, gehören zu den Aufgaben des Krankentransportpersonals; daraus leiten sich ***wesentliche Inhalte der Krankenpflege*** ab.

Die Beförderung des Patienten zum Fahrzeug gestaltet sich häufig schwierig, weshalb gerade hier eine ***gesonderte Vorbereitung für den Transport unter erschwerten Bedingungen*** im Bereich der Ausbildung nötig ist.

Aufgrund des praktischen Anforderungsprofils ist es deshalb erforderlich, die ***Ausbildungsinhalte für den Rettungssanitäter zu überdenken und neu zu formulieren***. In der jetzigen Ausbildungsvorgabe, die sich noch an den Bedingungen des Jahres 1979 im Hinblick auf das Anforderungsprofil orientiert, ist der ***Bereich der Notfallrettung noch überdimensioniert***, ***Grundlegende Kenntnisse der Psychologie des Kranken fehlen gänzlich*** und sind lediglich im Rahmen des integrierten Erste-Hilfe-Kurses randläufig zu finden. Die Probleme der Krankenbeurteilung sind in der jetzigen Ausbildungsvorschrift überhaupt nicht zu enthalten. Wenn zukünftig der Rettungsdienst die ihm zugedachten Aufgaben erfüllen will, muß möglichst umgehend in diesem Bereich eine ***Adaption an die neuen Gegebenheiten*** erfolgen (SEFRIN, 1991).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Der Rettungsassistent

Die Ausbildungsdauer beträgt zwei Jahre und ist im Gesetz über den Beruf des Rettungsassistenten vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1284) geregelt.

Mit der Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 vom 4. Juni 1985, in deren Rahmen ein 300stündiger Ergänzungslehrgang mit Prüfung vorgesehen ist, verkürzt sich die Ausbildungsdauer für folgende Berufsgruppen: Krankenschwestern und Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger. Eine Verkürzung um 600 Stunden ist auf Antrag auch für Sanitätsunteroffiziere der Bundeswehr sowie für Sanitätsbeamte mit Fachprüfung im Bundesgrenzschutz und Inhaber der Fachprüfung für die Verwendung im Sanitätsdienst der Polizei eines Bundeslandes möglich.

Die Ausbildung ist in einen theoretischen und praktischen Teil gegliedert: Im ersten Ausbildungsjahr sind 780 Stunden praktischer und theoretischer Unterricht an einer Schule zu absolvieren. Daran unmittelbar anschließend findet ein 14wöchiges Krankenhauspraktikum (= 420 Stunden) statt. Innerhalb der ersten sechs Monate ist ein dreiwöchiges Rettungswachenpraktikum zur Orientierung durch die Schule bzw. Dienststelle zu gewährleisten. In diesem wird der Schüler mit allen relevanten Rettungsmitteln vertraut gemacht und fährt als zusätzliches Besatzungsmitglied (als dritter Mann) zur Stammbesetzung mit.

Das erste Ausbildungsjahr beinhaltet im theoretischen und praktischen Unterricht folgende Lehrinhalte:

o allgemeine medizinische Grundlagen	200 Stunden
o allgemeine Notfallmedizin	200 Stunden
o spezielle Notfallmedizin	170 Stunden
o Organisation und Einsatztaktik	140 Stunden
o Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde	60 Stunden
o Einführung in die theoretische und praktische Ausbildung im Krankenhaus	10 Stunden
Stunden insgesamt	**780 Stunden**

Das 14-wöchige Krankenhauspraktikum untergliedert sich wie folgt:

o	allgemeine Pflegestation	60 Stunden
o	Notaufnahmebereich	60 Stunden
o	Operationsbereich/Anästhesie	180 Stunden
o	Intensiv-, Wachstation	120 Stunden
	Stunden insgesamt	**420 Stunden**

Das zweite Ausbildungsjahr ist der Vertiefung der bisher erworbenen theoretischen Kenntnisse im praktischen Einsatz auf einer Lehrrettungswache, die an ein Notarztsystem angeschlossen sein muß, gewidmet. Der Schüler fährt zusätzlich zur Stammannschaft auf allen Rettungsmitteln wechselweise mit, um einen genauen und praxisorientierten Einblick in die Bereiche Krankentransport und Rettungsdienst zu bekommen. Während des Rettungswachenpraktikums wird der Schüler unter Anleitung von (Not-)Ärzten und den ausbildenden Rettungsassistenten mit der Praxis notfallmedizinischer Sofortmaßnahmen vertraut gemacht. Begleitend zu diesem Praktikum sind in diesem zweiten Ausbildungsjahr 50 Stunden an der Schule zu belegen, in denen der Stoff und die Erfahrungen aus dem Praktikum aufgearbeitet werden.

Detallierte Gliederung der Lehrinhalte zum Rettungsassistenten gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (RettAssPrV) - Theoretische und praktische Ausbildung

A. Theoretischer und praktischer Unterricht in der Schule (26 Wochen), Einführungspraktikum

		Stunden
1	**Allgemeine medizinische Grundlagen**	**200**
1.1	Anatomie und Physiologie	
1.1.1	Atmungssystem	
1.1.2	Kreislaufsystem	
1.1.3	Blut und Lymphe	
1.1.4	Stütz- und Bewegungsapparat	
1.1.5	Verdauungsorgane, Harnorgane, Geschlechtsorgane	
1.1.6	Haut und Hautanhangsorgane, Sinnesorgane	
1.1.7	Nervensystem	
1.1.8	Regulationssysteme	

1.2	Naturwissenschaftliche Grundlagen	
1.2.1	Fachphysik	
1.2.2	Fachchemie	
1.2.3	Fachbiologie	
1.3	Krankheitslehre	
1.3.1	Allgemeine Krankheitslehre	
1.3.2	Innere Medizin	
1.3.3	Chirurgie, Orthopädie, Urologie	
1.3.4	Schwangerschaftsstörungen und Geburtshilfe	
1.3.5	Kinderheilkunde	
1.3.6	Augenkrankheiten	
1.3.7	Anaesthesie	
1.3.8	Psychiatrie, Neurologie	
1.4	Arzneimittel	
1.4.1	Arzneiformen und ihre Verabreichung	
1.4.2	Gesetzliche Vorschriften über den Verkehr mit Arzneimitteln	
1.4.3	Wirkung, Abbau	
1.4.4	Notfallspezifische Arzneimittel	
1.5	Hygiene	
1.5.1	Allgemeine und persönliche Hygiene	
1.5.2	Schutzimpfungen	
1.5.3	Desinfektion	
2	**Allgemeine Notfallmedizin**	**200**
2.1	Beurteilung von Verletzten und Kranken	
2.2	Störungen vitaler Funktionen	
2.2.1	Bewußtsein	
2.2.2	Atmung	
2.2.3	Herz-Kreislauf	
2.2.4	Wasser-, Elektrolythaushalt, insbesondere Säure/Basen-Gleichgewicht	
2.2.5	Schock	
2.3	pflegerische Betreuung von Verletzten und Kranken	
2.4	Betreuung Sterbender	
3	**Spezielle Notfallmedizin**	**170**
3.1	internistische Notfälle einschließlich Intoxikationen	
3.2	traumatologische Notfälle	
3.3	thermische Notfälle	
3.4	Strahlennotfälle	
3.5	neurologische Notfälle	
3.6	pädiatrische Notfälle	
3.7	gynäkologisch-geburtshilfliche Notfälle	

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.8	psychiatrische Notfälle	
3.9	sonstige Notfälle	
4	**Organisation und Einsatztaktik**	**140**
4.1	Rettungsdienst-Organisation	
4.1.1	Rettungsmittel/Rettungssysteme	
4.1.2	Ablauf von Notfalleinsätzen und Krankentransporten, Leitstelle, Übergabe/Übernahme, Transport von Nichtnotfallpatienten, Transport von Notfallpatienten, Transport in besonderen Fällen, Zusammenarbeit mit Dritten	
4.2	Kommunikationsmittel	
4.2.1	Meldewege und -mittel	
4.2.2	Sprechfunk	
4.3	Führungsaufgaben im Rettungsdienst	
4.3.1	Führungsstile	
4.3.2	Führungsvorgang	
4.3.3	Führungsverhalten	
4.4	Gefahren an der Einsatzstelle	
4.4.1	Gefahrenstelle, Gefährdung, Selbstschutz	
4.4.2	Gefahrengutunfälle	
4.4.3	Retten unter erschwerten Bedingungen	
4.5	Vielzahl von Verletzten und Kranken	
4.5.1	Ursachen	
4.5.2	Alarmierung	
4.5.3	Ablauf des rettungsdienstlichen Notfalleinsatzes	
4.5.4	Einbindung des Rettungsdienstes in den Katastrophenschutz	
5	**Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde**	**60**
5.1	Berufskunde einschließlich Ethik	
5.2	das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland	
5.3	aktuelle Berufsfragen	
5.4	Rettungsassistentengesetz; gesetzliche Regelungen für die sonstigen Berufe des Gesundheitswesens	
5.5	arbeits- und berufsrechtliche Regelungen, soweit sie für die Berufsausübung wichtig sind	
5.6	Unfallverhütung, Mutterschutz, Arbeitsschutz	
5.7	Medizingeräteverordnung	
5.8	Straßenverkehrsrecht, insbesondere Sonderrechte im Straßenverkehr	

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

5.9	strafrechtliche und bürgerlich-rechtliche Vorschriften, die bei der Berufsausübung von Bedeutung sind; Rechtsstellung von Patienten und Sorgeberechtigten	
5.10	Einführung in das Krankenhausrecht	
5.11	die Grundlagen der staatlichen Ordnung in der Bundesrepublik Deutschland	
6	**Einführung in die theoretische und praktische Ausbildung im Krankenhaus**	**10**
	Mindeststunden insgesamt	**780**

Innerhalb der ersten sechs Monate ist zusätzlich ein dreiwöchiges Einführungspraktikum im Rettungsdienst abzuleisten.

B. Theoretische und praktische Ausbildung im Krankenhaus (14 Wochen)

1.	Allgemeine Pflegestation	60
2.	Notaufnahmebereich	60
3.	Operationsbereich - Anaesthesie	180
4.	Intensiv- oder Wachstation	120
	Mindeststunden insgesamt	**420**

Ergänzungslehrgang für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, Kinderkrankenpfleger

A. Theoretischer und praktischer Unterricht in der Schule

		Stunden
1	**Allgemeine Notfallmedizin**	**20**
1.1	Beurteilung von Verletzten und Kranken	
1.2	Störungen vitaler Funktionen	
2	**Spezielle Notfallmedizin**	**60**
2.1	internistische Notfälle einschließlich Intoxikationen	
2.2	traumatologische Notfälle	

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

2.3	thermische Notfälle	
2.4	Strahlennotfälle	
2.5	neurologische Notfälle	
2.7	gynäkologisch-geburtshilfliche Notfälle	
2.8	psychiatrische Notfälle	
2.9	sonstige Notfälle	
3	**Organisation und Einsatztaktik**	**140**
3.1	Rettungsdienst-Organisation	
3.1.1	Rettungsmittel/Rettungssysteme	
3.1.2	Ablauf von Notfalleinsätzen und Krankentransporten, Leitstelle, Übergabe/Übernahme, Transport von Nichtnotfallpatienten, Transport von Notfallpatienten, Transport in besonderen Fällen, Zusammenarbeit mit Dritten	
3.2	Kommunikationsmittel	
3.2.1	Meldewege und -mittel	
3.2.2	Sprechfunk	
3.3	Führungsaufgaben im Rettungsdienst	
3.3.1	Führungsstile	
3.3.2	Führungsvorgang	
3.3.3	Führungsverhalten	
3.4	Gefahren an der Einsatzstelle	
3.4.1	Gefahrenstelle, Gefährdung, Selbstschutz	
3.4.2	Gefahrengutunfälle	
3.4.3	Retten unter erschwerten Bedingungen	
3.5	Vielzahl von Verletzten und Kranken	
3.5.1	Ursachen	
3.5.2	Alarmierung	
3.5.3	Ablauf des rettungsdienstlichen Notfalleinsatzes	
3.5.4	Einbindung des Rettungsdienstes in den Katastrophenschutz	
3.6	Berufs- und Gesetzeskunde	
3.6.1	Rettungsassistentengesetz	
3.6.2	arbeits- und berufsrechtliche Regelungen, die für die Berufsausübung wichtig sind	
3.6.3	Straßenverkehrsrecht, insbesondere Sonderrechte im Straßenverkehr	

Mindeststunden insgesamt 200

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

B. Theoretische und praktische Ausbildung im Krankenhaus

1.	Notaufnahmebereich	50
2.	Operationsbereich - Anaesthesie	20
3.	Intensiv- oder Wachstation	30
	Mindeststunden insgesamt	**100**

3.1.1.5.4 Stellungnahmen, kritische Bemerkungen sowie Verbesserungsansätze deutscher Experten der Notfall- und Katastrophenmedizin zum Berufsgesetz und zur Ausbildung der Rettungsassistenten

Das ***Berufsgesetz kann nur als Kompromiß zwischen dem Notwendigen und dem unter den gegenwärtigen Umständen Durchsetzbaren*** gesehen werden. Ohne die Tradition des ehrenamtlichen Engagements in Krankentransport und Rettungsdienst hätte der Gesetzgeber bei einer Gestaltung der Ausbildung, die einen ***Vergleich mit anderen Heilhilfsberufen*** einbezieht, im spannungsfreien Raum ***sicherlich eine Dauer von DREI Jahren festgeschrieben***. Unzweifelhaft wäre es im Hinblick auf die Effizienz einer vergleichsweise kurzen Gesamtausbildungszeit von 2 Jahren zweckmäßiger gewesen, sie nicht in 2 starre Blöcke zu gliedern. Durch einen abgestuften Lernprozeß im Wechsel zwischen Schule, Klinik und Rettungsdienstpraktikum über den gesamten Zweijahreszeitraum hätte eine noch bessere Verzahnung von Theorie und Praxis herbeigeführt werden können. Die Aussagekraft der staatlichen Prüfung hätte sicherlich eine größere Bedeutung, wenn diese Prüfung an das Ende der nur zweijährigen Gesamtausbildungszeit plaziert worden wäre und neben Kenntnissen in Theorie und Praxis auch die Eignung im eigentlichen Tätigkeitsbereich des Rettungsassistenten - im Rettungsdienst - geprüft und bewertet werden könnte. Außerdem bestünde dann für die zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Einrichtungen des Rettungsdienstes eine stärkere Notwendigkeit, diese Praktikanten auch im zweiten Jahr weiterhin kontinuierlich auszubilden und nicht nur als Teil der Stammbesatzung in Rettungsfahrzeugen einzusetzen. Diese Bedenken werden auch durch das vorgeschriebene Abschlußgespräch am Ende der praktischen Tätigkeit nicht ausgeräumt.

Die reine Assistenzfunktion des Rettungsassistenten während der Teamarbeit mit dem Notarzt ist zwar der unbedingt anzustrebende notfallmedizinische Idealfall, Rettungsassistenten sollten trotzdem nach unserer Auffassung sinnvollerweise auch die Techniken der Punktion peripherer Venen, des Anlegens einen Infusion kristalloider Lösungen und die Notintubation beherrschen, um beim Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten, im Katastrophenfall oder bei akut lebensbedrohlichen Situationen ohne sofortige Erreichbarkeit eines Arztes im vorgezogenen

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

notärztlichen Auftrag auch solche lebensrettenden Maßnahmen durchführen zu können. Voraussetzung ist allerdings, daß diese Verfahren zuvor unter klinischen Bedingungen sicher erlernt wurden (GORGAß, AHNEFELD, 1989)

Kritischere Worte findet Ludger Kossendey, Geschäftsführer und Verlagsleiter der Fachzeitschrift "Rettungsdienst", einer Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin, in seinem Artikel ***"Der lange Weg zum Berufsbild"***: "Nun ist es also beschlossen, was die einen die "unendliche Geschichte" nannten, andere ein "Gesetz für Ehrenamtliche", doch die Mehrheit spricht von "Feigenblattpolitik". Eigentlich könnten alle froh sein, daß diese Regierung endlich geschafft hat, was andere schon immer als wichtig und richtig erkannt haben: das Berufsbild für das hauptamtliche Personal im Rettungsdienst. ... Und wie immer muß man natürlich auch bei diesem Gesetz Kompromisse machen. Dennoch, Tatsache bleibt, die Hauptforderung des hauptamtlichen Personals ist erfüllt. Alle sind sozial und rechtlich abgesichert in ihrem Beruf, weitgehende Übergangsregelungen sind geschaffen worden, jedermann kann eigentlich zufrieden sein. ***Wieviele Reisen, Kosten und Mühen in der ohnehin schon knappen Freizeit sind von der Basis aufgewendet worden, um hier aus der Praxis ihre Erfahrungen mit einzubringen***. Nicht Geld, nein, ***eine sinnvolle praxisbezogene Ausbildung hat man gewollt***. ***Den Mund fusselig geredet haben sich anerkannte Notfallmediziner***, die alle vorher um Rat gefragt worden sind. Wieviel Verständnis hat man erhalten von denen, die eigentlich entscheiden sollten. Ja, ganz klar haben sie die Problematik zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung und zur Namensgebung erkannt, dennoch war der Einfluß der Hilfsorganisationen, übrigens in seltener Allianz, größer. In fast erpresserischen Briefen an die Ausschußmitglieder für Jugend, Familie und Gesundheit drohten sie, dieses gute Vorhaben von Frau Süssmuth (damals Ministerin) zu Fall zu bringen, wenn nicht auf ihre Forderungen eingegangen würde." (KOSSENDEY, 1989).

Die 1989 begonnene ***Neustrukturierung des Deutschen Rettungswesens*** und insbesondere die ***Adaptierung der Ausbildung*** war nach Gesprächen mit Experten und Fachleuten aus der BRD ***ein Schritt in die richtige Richtung***, jedoch ***im Glauben daran, rascher ans Ziel zu gelangen, wurden die Übergangsbestimmungen*** (vgl. hiezu insbesondere § 13 RettAssG) ***großzügig gestaltet***; wie sich zeigte, viel zu großzügig: Antragsteller, die vor Inkrafttreten des RettAssG eine Ausbildung als Rettungssanitäter nach dem 520-Stunden-Programm erfolgreich abgeschlossen oder mit einer solchen Ausbildung begonnen hatten (Rettungshelfer) und diese nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgreich abgeschlossen haben, erhalten eine Erlaubnis nach § 1 RettAssG (d.h. die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung zur Rettungsassistentin bzw. Rettungsassistent), wenn sie eine mindestens 2.000 Stunden umfassende Tätigkeit im Rettungsdienst abgeleistet haben und die Voraussetzungen gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 (d.h. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes ergibt und nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwä-

che der körperlichen und geistigen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes unfähig oder ungeeignet ist) vorliegen. Bei der Berechnung der Stundenzahl sind alle Zeiten zu berücksichtigen, in denen der Antragsteller bei einer mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragten Organisation oder in Einrichtungen des Rettungsdienstes bei der Feuerwehr im praktischen Einsatz tätig war (vgl. hiezu LIPPERT, 1990; RETTASSG 1989).

Die oben angeführten Übergangsvorschriften gelten entsprechend auch für Antragsteller, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes nach landesrechtlichen Vorschriften den Absolventen einer Ausbildung nach dem 520-Stunden-Programm gleichgestellt worden sind.

Das bedeutet z.B. anhand der Bayerischen Rettungssanitäterverordnung, daß gemäß § 5 der Übergangsvorschriften der RSanV auch Personen als Rettungssanitäter tätig werden können, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung eine Ausbildung als Rettungssanitäter mit mindestens 180 Stunden erfolgreich abgeschlossen und in den letzten zwei Jahren nicht nur gelegentlich Aufgaben eines Rettungssanitäters im Rettungsdienst wahrgenommen haben oder bei einer staatlichen oder kommunalen Einrichtung oder bei einer Hilfsorganisation außerhalb des Geltungsbereiches dieser Verordnung eine den Mindestanforderungen dieser Verordnung gleichwertige Ausbildung und Prüfung abgeleistet haben.

In der Praxis bedeutet das, daß jemand, der z.B. eine 180-stündige Rettungssanitäterausbildung nach dem alten Ausbildungsschema absolviert hat, automatisch als Rettungssanitäter gemäß RSanV anerkannt wird. Dadurch kann er gemäß § 13 Abs. 2 RettAssG gemeinsam mit einer Bestätigung einer Rettungsorganisation über eine 2000 Stunden umfassende Tätigkeit im Rettungsdienst, die nach Auskunft vieler Experten aus der BRD nicht schwer zu erhalten ist, sofort als Rettungsassistent mit der Berechtigung mit der Führung zur Berufsbezeichnung "Rettungsassistentin" bzw. "Rettungsassistent" anerkannt werden. Das bedeutet, ***daß so "übergeleitete" Rettungsassistenten de facto über eine höchstens 180-stündige Ausbildung verfügen.***

Demgegenüber stehen die strengen Ausbildungsanforderungen und Ausbildungsinhalte für "neue Rettungsassistenten", deren Mindestausbildungsdauer 2.920 Stunden umfaßt, die sich aus

- dem mindestens 1.200-stündigen theoretischen und praktischen Lehrgang,
- einem 120-stündigem (dreiwöchigem) Praktikum sowie
- mindestens 1.600 Stunden praktischer Tätigkeit (= 2. Ausbildungsjahr)

zusammensetzt. ***Dabei fordern führende deutsche Experten der Notfall- und Katastrophenmedizin, um den Internationalen Standards gerecht zu werden***

und auch um die Ausbildung ähnlichen Berufsbildern und Ausbildungskonzepten wie etwa dem diplomierten Krankenpflegepersonal gleichzulagern und der Ausbildungsqualität anzupassen, eine ***Aufstockung der Ausbildung auf DREI Jahre***, eine stärkerer Durchmischung der theoretischen und praktischen Ausbildung, die Verlegung der Abschlußprüfung ans Ende der theoretischen und praktische Ausbildung, etc.

Aus dem oben beschriebenen Fehler bei der Gesetzesformulierung und Umsetzung des neuen Berufsgesetzes resultiert eines der größten Probleme im Ausbildungsbereich des nichtärztlichen Sanitätspersonals im deutschen Rettungsdienst. Dies hat dazu geführt, daß es z.B. in Bayern im Juni 1993 ca. 3.000 "übergeleitete Rettungsassistenten" gegenüber ca. 30 "echten Rettungsassistenten" gab. ***Verstärkt wird dieser Mißstand noch dadurch, daß die "staatlich anerkannten Ausbildungsstätten für Rettungsassistenten" privaten Trägerorganisationen überlassen wurden und somit das Ausbildungsniveau und die Ausbildungsqualität wiederum nicht bundeseinheitlich gestaltet wurde.*** Nach Auskunft deutscher Experten des Notfall- und Katastrophenwesens erfüllen fast alle Ausbildungsstätten die an sie gestellten Anforderungen und Standards hinsichtlich der Infrastruktur und der Ausbildungsqualität in ***keiner*** Weise. Derzeit ist man bestrebt, bundeseinheitliche Ausbildungsrichtlinien sowohl für den Rettungssanitäter als auch für den Rettungsassistenten sowie genaue Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Ausbildungsstätten zu erstellen.

Zur Anhebung des Images des Rettungsassistenten soll der Beruf attraktiver gestaltet werden und dadurch mehr Interessenten anlocken. Attraktivität bedeutet aber auf dem heutigen Arbeitsmarkt mehr Geld, Arbeitszeitverkürzung und großzügige Ausstattung mit Planstellen. Wenn augenblicklich noch im Raum steht, daß der zukünftige Rettungsassistent für seine Ausbildung Schulgeld zahlen muß, um dann nach Abschluß seines Ausbildungsganges eventuell einen Bruttoverdienst von ca. DM 2.000.- zu erreichen, dann stellt dies arbeitspolitisch einen Anachronismus dar. Ein weiterer Hinderungsgrund, der die Attraktivität des zukünftigen Berufes in Frage stellt, ist die Tatsache, daß es keinerlei beruflichen Aufstieg nach Abschluß der Ausbildung geben wird. Ganz abgesehen davon, daß insgesamt in der Bevölkerung augenblicklich soziale Dienstleistungsberufe in der Prestigeskala ganz unten rangieren (SEFRIN, 1991).

Die wichtigsten Elemente für die konstatierbare Unzufriedenheit in dieser Berufsgruppe sind nach Dr. ***Friedhelm Bartels***, Bundesarzt des Arbeiter-Samariter-Bundes Deutschland, folgende Essentiale:

- die ***geringe Attraktivität des Berufes*** des Rettungsassistenten, respektive Rettungssanitäters, bedingt durch:
  a) *unzureichende tarifrechtliche Gestaltung*,
  b) *mangelhafte berufliche Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten*,
  c) *hohe physische und psychische Belastungen*;
- die ***ungelösten Dauerkonflikte zwischen verschiedenen medizinischen und paramedizinischen Berufsgruppen*** aufgrund von durchgeführten und/oder unterlassenen Maßnahmen bei der medizinischen Versorgung von Notfallpatienten ("Notkompetenz");
- das in weiten Teilen der Bevölkerung ***noch immer existierende Bild des Rettungssanitäters bzw. Rettungsassistenten als "Krankenwagenfahrer"***, der vorherrschend Transportaufgaben (= Autofahren) zu erfüllen hat (BARTELS, 1992).

3.1.1.5.5 Lern- und Lehrbehelfe

Als Standardwerk für die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst, die Rettungssanitäter und Rettungsassistenten, gilt das Lehrbuch "Rettungsassistent und Rettungssanitäter" von Gorgaß und Ahnefeld, erschienen im Springer-Verlag, das im wesentlichen aus vier Abschnitten besteht:

1) Allgemeine notfallmedizinische und rettungsdienstliche Grundsätze

- Funktionen des modernen Rettungsdienstes
- Aufgabenbereiche von Rettungsassistent und Rettungssanitäter
- Rechtsfragen
- Notfallpatient
- Vitalfunktionen
- Regelkreise mit direktem Einfluß auf die Vitalfunktionen
- Verfahren zur Behandlung von Notfallpatienten
- Fahrzeuge des Rettungsdienstes
- Medizinische Probleme des Patiententransports
- Organisation und Einsatztaktik
- Kreislaufstillstand und Wiederbelebung

2) Spezielle Notfallmedizin

- Störungen der Atmung
- Störungen des Herz-Kreislauf-Systems
- Störungen des Bewußtseins
- Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes

- Störungen des Wärmehaushalts
- Störungen des Stoffwechsels
- Störungen des Säure-Basen-Haushaltes
- Traumatologische Notfälle
- Besondere lebensbedrohliche Situationen
- Vergiftungen

3) Medikamente zur präklinischen Versorgung von Notfallpatienten

- Medikamente mit vorwiegender Wirkung auf das respiratorische System
- Medikamente mit vorwiegender Wirkung auf das zirkulatorische System
- Infusionen mit vorwiegender Kreislaufwirkung
- Infusionen und Medikamente mit Wirkung auf den Wasser- Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt
- Analgetika und Spasmolytika
- Medikamente zur Beruhigung, Mitteln gegen allergische Reaktionen
- Hormonpräparate
- Substanzen zur Entgiftung; Gegengifte
- Medikamente zur Intubation und Narkoseeinleitung
- Medikamentöse Reanimation

4) Nachschlageteil

- Fallbeispiele
- Terminologie/Abkürzungen

Der klar gegliederte Aufbau der einzelnen Kapitel erleichtert dem Lernenden die Erarbeitung des Stoffes in vorgegebenen Lernschritten. Durch Querverweise auf packende Fallbeschreibungen wird die notwendige Vernetzung zwischen Theorie und Rettungspraxis gewährleistet. Die aktuellen Entwicklungen der modernen Notfallmedizin, insbesondere der Reanimation und medikamentösen Therapie sind bereits berücksichtigt (GORGAß, AHNEFELD, 1989).

Für eine ausreichende und fundierte Prüfungsvorbereitung stehen dem Lernenden und Lehrenden im Lehrbuch "Die Rettungssanitäterprüfung: Fragen - Themen - Aufgaben" ebenfalls hervorragend aufbereitete Fragen basierend auf dem Lehrbuch "Rettungsassistent und Rettungssanitäter" zur Überprüfung des medizinischen und einsatztechnischen Wissens zur Vorbereitung auf die theoretische, mündliche und praktische Prüfung zur Verfügung (ROSSI, GORGAß, AHNEFELD, 1991).

Ein weiteres Buch zur Erfolgskontrolle und zur Gewöhnung an die Fragetechnik des Multiple-choice-Systems für die Abschlußprüfung ist zum Beispiel die "Fragensammlung für den Rettungsdienst" (BUCHFELDER, STROBEL, 1990).

3.1.1.5.6 Ausbildungsstätten des Rettungsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland

In der Zeitschrift RETTUNGSDIENST wurden in der Ausgabe Mai 1993 die wichtigsten Befunde und ihre Interpretation aufgrund der im Rahmen einer Studie von Klaus RUNGGALDIER (Universität Osnabrück) erhobenen Daten präsentiert (RUNGGALDIER, 1993):

"In den 11 alten Bundesländern werden an 22 Rettungsdienstschulen Ausbildungskurse für Rettungsassistenten angeboten und durchgeführt (Stand: 31. August 1992). 70 % der Rettungsassistentenschulen befinden sich in freier Trägerschaft. Davon werden 23 % von gemeinnützigen Vereinen oder Kuratorien getragen, die nicht zu den Hilfsorganisationen zu zählen sind. Gut 20 % der Rettungsassistentenschulen werden Gemeinden oder Städten "frei" getragen, wobei es sich dabei ausschließlich um Ausbildungseinrichtungen von Berufsfeuerwehren handelt. Eine Schule (5 %) gibt an, sich in staatlicher Trägerschaft zu befinden.

Es existieren in den 11 alten Bundesländern 12 verschiedene "offizielle" Bezeichnungen für Rettungsassistentenschulen. Die Ursachen sind in länderspezifischen Gegebenheiten (Zuständigkeiten, Anerkennungskriterien) oder der historischen Tradition der Organisationen begründet. Die jährliche Ausbildungskapazität der in die Untersuchung einbezogenen Schulen beträgt insgesamt 950 Plätze. Davon stehen pro Jahr 420 Plätze für die Voll-/Regelausbildung, 370 Plätze für Sonderlehrgänge für Rettungssanitäter, 80 Plätze für das seminaristische Ausbildungskonzept des Bayrischen Roten Kreuzes, 54 Plätze für Ergänzungslehrgänge für Krankenpfleger/-schwestern und 30 Plätze für Sonderlehrgänge der Sanitätsoffiziere der Bundeswehr und Sanitätsbeamte des Bundesgrenzschutzes und der Polizei zur Verfügung. Insgesamt sind von den 19 Rettungsassistentenschulen bis zum Stichtag 31. August 1992 798 Rettungsassistenten nach dem Rettungsassistentengesetz ausgebildet worden. Davon haben 65 % die Regel-/Vollausbildung absolviert. 20 % haben an einem Sonderlehrgang für Rettungssanitäter teilgenommen. Auf die übrigen Ausbildungsformen entfallen jeweils rund 5 % aller Absolventen. Inwieweit diese Ausbildungszahlen den jährlichen Bedarf decken können, kann nicht beurteilt werden. Es fehlen fundierte und wissenschaftlich belegte Bedarfszahlen.

Es sind pro Schule 2,7 Unterrichtsräume mit einer Größe von jeweils 74,3 m² vorhanden. Die Mindestanforderung nach Menke/Lühring (1981) von einem Unterrichtsraum pro Vollzeitklasse und einer Arbeitsplatzfläche von 2 m² pro Schüler wird damit erreicht. Pro Schule stehen insgesamt 1,5 Trainings- und Übungsräume mit einer Größe von 41 m² für den fachpraktischen Unterricht zur Verfügung. Die Mindestanforderung (MENKE, LÜHRING, 1981) für die Unterrichtsdurchführung in fachpraktischen Fächern von 3,5 m² pro Arbeitsplatz und Schüler wird daher vom Durchschnitt nicht erreicht.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die materielle Ausstattung der Rettungsassistentenschulen mit Unterrichtsmedien ist gut bis sehr gut, es gibt nur wenige Schulen, die die Grundausstattungsmerkmale nicht erfüllen." ...

Weiters wird in diesem Bericht über folgende Erhebungsresultate berichtet:

"Fast 50 % der auszubildenden Rettungsassistenten verfügen über den gesetzlich geforderten Hauptschulabschluß. Ein Drittel der Auszubildenden besitzt einen Realschulabschluß und knapp 20 % sind Abiturienten. 3/4 der angehenden Rettungsassistenten verfügen bereits über eine andere Berufsausbildung, wobei der größte Teil eine Lehre im Handwerksbereich absolviert hat. Zwei Drittel der Auszubildenden sind zwischen 18 und 25 Jahren alt, 7 % der Auszubildenden sind bei Ausbildungsbeginn älter als 35 Jahre.

Die Gesamtkosten für einen einjährigen Lehrgang der Regelausbildung betragen bei den anbietenden Rettungsassistentenschulen zur Zeit durchschnittlich DM 8.082,23 pro Teilnehmer (= ca. DM 675,- monatlich). Der teuerste Lehrgang kostet DM 16.000,- (= DM 1.300,- monatlich), der billigste Lehrgang hingegen kostet DM 5.160,- (= ca. DM 430,- monatlich).

95 % der untersuchten Rettungsassistentenschulen fordern ein verbessertes Ausbildungssystem für Lehrkräfte. Die geringe Anzahl von Vollzeitlehrkräften in der Rettungsassistentenausbildung wird von jeder zweiten Schule bemängelt."

Hinsichtlich der Ausbildungssituation, insbesondere zur Dauer der Ausbildung, bestätigt diese Erhebung die Aussagen vieler deutscher Experten der Notfall- und Katastrophenmedizin: "Die Hälfte der Schulen fordert eine Verlängerung der Ausbildungsdauer für Rettungsassistenten auf drei Jahre, um den Anforderungs- und Tätigkeitsprofil dieses Berufsbildes gerecht werden zu können." (vgl. Kapitel 3.1.1.5.4).

Während der laufenden Untersuchung wurden weiters anerkannte Lehrrettungswachen ermittelt, die allerdings für diese Untersuchung nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Bei Abschluß der Auswertung im November 1992 lagen Adressen von knapp 300 anerkannten Lehrrettungswachen vor. 1989 gab es in den 11 alten Bundesländern insgesamt 1.603 Rettungswachen, d.h., daß mindestens 20 % aller Rettungswachen als staatliche Lehrrettungswachen anerkannt sind. Das durchschnittliche Notfallaufkommen der untersuchten Lehrrettungswachen beträgt gemäß Selbstauskunft ca. 2.860 Einsätze pro Jahr.

Ein Drittel der Lehrrettungswachen fordert ein bundeseinheitliches, detailliertes Curriculum hinsichtlich schulischer, klinischer und praktischer Ausbildung, das berufspädagogischen und vor allem didaktischen Ansprüchen genügt und nicht nur

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

eine "lockere Themensammlung" darstellt. 30 % der Rettungswachen bemängeln die fehlende gesetzliche Festschreibung.

Mindeststandards für Schule, Krankenhaus und Lehrrettungswache als Lernorte der Rettungsassistentenausbildung sind bisher nur ansatzweise vorhanden und bedürfen einer grundlegenden bundeseinheitlichen Angleichung.

3.1.1.5.7 Weiterführende Spezialisierungsmöglichkeiten

Der Rettungsassistent hat die Möglichkeit, sich auf folgende Bereiche bzw. Funktionen zu spezialisieren:

Transportsanitäter, Fahrzeugführer/Rettungsassistent auf einem Notarzt-Einsatzfahrzeug, Rettungsassistent auf einem Rettungshubschrauber, Rettungsassistent im Ambulanzflugdienst bzw. in der Patientenrückführung, Betriebsrettungssanitäter, Rettungsassistent im Rettungswachdienst, Rettungsassistent im Leitstellendienst, Desinfektor im Rettungsdienst, Rettungsdienstleiter.

3.1.1.5.8 Fort- und Weiterbildung

Für Rettungsassistenten und Rettungssanitäter besteht keine gesetzliche Verpflichtung, sich regelmäßig fort- und weiterzubilden. Es gibt jedoch Bestrebungen des DRK, seine Mitarbeiter einer organisationsinternen verpflichtenden Fort- und Weiterbildung zuzuführen. Dies gilt z.B. für die Bereiche:

- medizinische Fachkenntnisse,
- Medikamentenkunde, neue Geräte, Fahrzeugtechnik,
- Kenntnis über diagnostische und therapeutische Maßnahmen des Arztes im Hinblick auf ein besseres Verständnis bei der assistierenden Tätigkeit, und
- vor allem für das Auffrischen bekannter Lehrinhalte.

Für die Fortbildung ist der Rettungsassistent bzw. Rettungssanitäter zunächst gefordert, im täglichen Dienst neue Anforderungen zu erkennen und sich das nötige Wissen soweit möglich selbst anzueignen. Weiterhin kann er seine Erfahrungen mit Arbeitskollegen diskutieren und/oder an den zuständigen Ausbildner weitertragen.

Für die eigene Fortbildung hilfreich sind außerdem:

- Erörterung von Maßnahmen und (Verdachts-)Diagnosen bei der Übergabe eines Patienten in einer Klinik,
- das Einsatzgespräch nach einem Notfalleinsatz, und
- Fachzeitschriften.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Über diese persönliche Fortbildung hinaus ist jeder Arbeitgeber, der Mitarbeiter im Rettungsdienst beschäftigt, verpflichtet, thematische Fortbildung anzubieten. Dazu bestehen bereits Vorgaben der Dachverbände der Rettungsdienstorganisationen bezüglich der Mindeststundenzahl für Fortbildung pro Jahr (Forderung: mindestens 30 Stunden) sowie bereits vorgegebene Themen und Inhalte. Weiterhin sind im Zuge der Ergänzungen zum RettAssG Vorgaben der zuständigen Ministerien des Bundes/Landes - soweit sie nicht bereits bestehen - zu erwarten: Themen, Inhalte, Umfang (WALTER, MEYER, 1991).

Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen beziehen sich weiters auf besondere Verwendungsqualifikationen, wie den Dienst auf Rettungsleitstellen, als Ausbildner, als staatlich geprüfter Desinfektor oder besondere Fach- und Führungskraft im Rettungsdienst.

3.1.1.5.9 Breitenausbildung, Ersthelfer

Bundeseinheitliche Ausbildungsvorschriften, verabschiedet durch den Deutschen Beirat für Erste Hilfe und Wiederbelebung (BÄK) und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Erste Hilfe, werden für diese Ausbildungsangebote angewandt. Zum Ausbildungsangebot der Hilfsorganisationen zählen:

- Ausbildung in lebensrettenden Sofortmaßnahmen einschließlich CPR (4 Doppelstunden),
- Erste-Hilfe-Kurs (8 Doppelstunden),
- Erste-Hilfe-Training als Wiederholungs- und Aufbauausbildung (4 Doppelstunden).

Die Bevölkerung ist für die Ausbildung in Erster Hilfe schwer motivierbar, da Gemeinschaftsaufgaben nicht mehr wahrgenommen werden, da der Staat für alles verantwortlich ist und die Auffassung vorherrscht, daß die Erstversorgung von Notfallpatienten durch die Institution Rettungsdienst gewährleistet ist. Es wird dabei nicht erkannt, daß die Effizienz des ersten Gliedes der Rettungskette, die Soforthilfe durch jedermann, von entscheidender Bedeutung ist. Als Beispiel sei hier die USA angeführt, wo die Überlebensquote nach akutem Herztod wesentlich besser ist als in der BRD (AHNEFELD, 1992).

Die Hilfeleistung am Notfallort ist ungenügend, es existiert eine innere Hemmschwelle zur Hilfeleistung und die Angst, etwas falsch zu machen. Bei schweren Traumen bleiben 90 % der Patienten ohne suffiziente Ersthilfe, bei akuten Erkrankungen erhalten mehr als 50 % keine ausreichende Erstversorgung (AHNEFELD, 1992).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.1.6 QUALITÄTSSICHERUNG

3.1.1.6.1 Dokumentation

Die Dokumentation wird in den Rettungsdienstbereichen unterschiedlich, häufig insuffizient, gehandhabt. Im Auftrag der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe ein "Notarztprotokoll" erstellt und in einer Feldstudie erprobt. Eine endgültige Version des Protokolls liegt zwischenzeitlich vor.

Bisher findet eine Qualitätssicherung im Sinne der Prozeßqualität (Zwischenfälle, Ereignisse, Komplikationen) und der Ergebnisqualität (Outcome) nicht statt. Eine einheitliche Dokumentation der Versorgung von Notfallpatienten bei einem ausschließlichen Einsatz von Rettungsassistenten bzw. Rettungssanitätern ist bisher in den meisten Rettungsdienstgesetzen nicht vorgesehen.

Vergleiche verschiedener Therapieformen, Einsatztaktiken, etc. sind nicht möglich. Eine Qualitätssicherung kann ohne eine einheitliche Dokumentation durch Notärzte bzw. Rettungsassistenten und -sanitäter nicht erfolgen. Dementsprechend ist eine wissenschaftliche Auswertung nicht möglich. Eine epikritische Bewertung der Einzelfälle scheitert an der fehlenden Dokumentation, aber auch an der mangelhaften Rückkoppelung zwischen Rettungsdienst und Klinik sowie auch wegen bestehender datenschutzrechtlicher Probleme.

Ein praxisgerechtes Notarzteinsatzprotokoll muß folgende Aufgaben erfüllen:

1. Erfassung aller notfallmedizinisch relevanten diagnostischen Parameter (Check-Liste),
2. Dokumentation aller therapeutischen Maßnahmen während des gesamten Einsatzes,
3. systematische Darstellung der für die klinische Weiterbehandlung wichtigen Erstbefunde und Maßnahmen,
4. Grundlage für eine Qualitätssicherung und wissenschaftliche Auswertung der notfallmedizinischen Maßnahmen,
5. Leistungserfassung (EDV-gestützt) der notärztlichen Tätigkeit.

Gefordert wird daher:
1. eine zügige und verpflichtende Einführung des von der DIVI verabschiedeten bundeseinheitlichen Notarzteinsatzprotokolls in allen Notarztdiensten,
2. die Entwicklung eines geeigneten ebenfalls bundeseinheitlichen Protokolls, das bei ausschließlichem Einsatz von Rettungsassistenten bzw. -sanitätern Verwendung finden kann,

Eine Verpflichtung zur Protokollierung der Einsätze durch Notärzte bzw. Rettungsassistenten in bundeseinheitlichen Protokollen als Grundlage für die verpflichtende Qualitätskontrolle und -sicherung ist nur dann zu erwarten, wenn diese Verpflichtung in die Rettungsdienstgesetze aufgenommen wird oder durch zusätzliche staatliche Verordnung festgelegt wird.

Anzustreben ist weiters in Zusatzbogen zum Notarzteinsatzprotokoll, auf dem der Klinikarzt (ohne Reidentifizierungsmöglichkeit) den Verlauf des Patienten dokumentiert, um die epikritische Aufarbeitung von Einzelfällen zu ermöglichen (AHNEFELD, 1992).

Die gesetzlichen Grundlagen und Anforderungen für eine Dokumentation im Rettungsdienst sind:
- medizinrechtliche Anforderungen im eigentlichen Sinn,
- Anforderungen in den novellierten Rettungsdienstgesetzen an die Dokumentation,
- Anforderungen aufgrund der Schweigepflicht sowie
- datenschutzrechtliche Anforderungen.

Die Dokumentation ist in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung zu erstellen und darf sich insbesondere im Rettungsdienst auf das Wesentliche beschränken. Die Verwendung von Formular-Durchschreibsätzen ist zulässig. Das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal ist vorbehaltlich weitergehender Vorschriften zur Erstellung einer Dokumentation zumindest dann verpflichtet, wenn es selbständig Behandlungen durchführt. Eine Durchschrift des Einsatzberichtes darf im mutmaßlichen Einverständnis des Patienten und dem wesentlichen Zweck der Dokumentation im Rettungsdienst entsprechend dem nachbehandelnden Krankenhausarzt ausgehändigt werden. Die Dokumentation darf darüber hinaus zu den datenschutzrechtlich zugestandenen Zwecken benutzt werden. Eine weitergehende Überlassung personenbezogener Daten an Dritte ist nur zulässig, sofern der Patient eingewilligt hat oder das Geheimnis nicht unbefugt offenbart wird (UFER, 1992).

3.1.1.6.2 Verpflichtende Qualitätssicherung

Als Voraussetzung für die Qualitätskontrolle und die Qualitätssicherung, die auch für den Rettungsdienst im Sozialgesetzbuch SGB V verpflichtend festgelegt ist, wurde nach Beratung in der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin ein bundeseinheitliches Notarztprotokoll verabschiedet. Ein gleiches bundeseinheitlich gleiches Protokoll für Rettungsassistenten bzw. Rettungssanitäter ist in Vorbereitung. Dieses Protokoll kommt verpflichtend dann zur Anwendung, wenn der Einsatz der Rettungsmittel ohne Notarzt erfolgt.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Derzeit beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung einer Software für die Auswertung der erhobenen Daten im Sinne der Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung.

Vorarbeiten für die Erstellung von Behandlungsalgorithmen für die wichtigsten im notfallmedizinischen Bereich anfallenden Erkrankungen oder Verletzungen, die als Standards Verwendung finden sollen, sind im Gange. 1993 wird darüber bei einem Workshop beraten werden (AHNEFELD, 1992).

Weitere Maßnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung sind insbesondere im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Rettungspersonals erfolgt. Dazu zählen z.B. Richtlinien für die Fortbildung, Qualifikation zum leitenden Notarzt, Nominierung verantwortlicher "ärztlicher Leiter" des Rettungsdienstes für alle Rettungsdienstbereiche, Fachkundenachweis "Rettungsdienst", DIN-Normen, etc.

3.1.2 DAS RETTUNGSWESEN IN DER SCHWEIZ

3.1.2.1 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Der ***Bund*** ist grundsätzlich für das Rettungswesen ***nicht zuständig***, da ihm die verfassungsmäßigen und gesetzlichen Grundlagen hiezu fehlen. Die schweizerischen Behörden können generelle Vorschriften nur durch das Straßenverkehrsgesetz erlassen, sofern es sich um Verkehrsunfälle handelt. Der restliche Aufgabenbereich gehört zu den Obliegenheiten der Kantone. 26 unterschiedliche Gesundheitsgesetze bewirken auch eine Vielfalt im Rettungswesen, das teils den Polizei- und teils den Sanitätsdepartements zugewiesen wird. Gesetzliche Bestimmungen liegen unvollständig vor, meist beschränken sich diese nur auf die Aufsichtsführung. Einige Kantone beauftragen die Gemeinden mit der Sicherstellung des Rettungsdienstes. Allgemein auferlegen die Kantone den ***Medizinalpersonen*** eine sofortige ***Hilfeleistungspflicht***. Vereinzelt haben private Rettungsorganisationen, die lokale oder regionale Ärzteschaft für einen zweckmäßigen Notfalldienst zu sorgen (SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ, 1992).

3.1.2.2 FINANZIERUNG

Die Finanzierung des Rettungswesens in der Schweiz gestaltet sich ähnlich der Organisation des Rettungswesens: Sie ist kantonal verschieden aufgrund privater und öffentlicher rettungsdienstlicher Dienstleistungsbetriebe.

So zum Beispiel ist die Entschädigung von Unfalltransporten durch die Unfallversicherung abgedeckt. Übrige Transporte hingegen werden je nach Kasse und Kanton nicht, teilweise oder zur Gänze abgedeckt.

3.1.2.3 STRUKTUR DES RETTUNGSWESENS

3.1.2.3.1 Allgemeines und statistische Grundlagen

Diese Vielfalt aber auch Lückenhaftigkeit der gesetzlichen Vorschriften führt dazu, daß neben den verschiedenen offiziellen öffentlichen Diensten auch eine Anzahl privater Organisationen die spezifischen rettungsdienstlichen Bedürfnisse auf der Straße, in den Bergen, zu Wasser sowie aus der Luft abdecken. Beteiligt sind:

1) selbständige öffentlich-rechtliche Organisationen meist auf Stufe der Gemeinden als eigentliche Rettungs- oder Sanitätskorps,
2) die Polizei oder Feuerwehr selbst mit spezifisch ausgebildetem nichtärztlichem Berufspersonal,
3) zur Notfallaufnahme bereite Spitäler mit eigenen Rettungsfahrzeugen, Pickettpersonal (Personal im Rettungsdienst) und Rettungsgerät sowie
4) private Rettungsorganisationen, wie die Schweizer Rettungsflugwacht (REGA), die Schweizer Lebensrettungsgesellschaft sowie der Schweizer Alpenklub.

Gerade in dieser heterogenen Situation sind fachlich zuverlässige Richtlinien und Empfehlungen einer neutralen und allgemein anerkannten Instanz von großer Bedeutung. Diese Funktion nehmen die Ärztekommission für Rettungswesen SRK (AKOR SRK) und der Interverband für Rettungswesen (IVR) wahr. Die AKOR ist ein permanentes Fachgremium von Ärzten aus Behörden, Organisationen und Fachgesellschaften, die sich mit dem Rettungswesen befassen. Sie setzt Ziele und Rahmenrichtlinien für die Ausbildung von ärztlichen und nichtärztlichen Helfern fest, berät Amtsstellen, Ausbildungsstätten, Organisationen und die Öffentlichkeit, überwacht Kurse des Rettungswesens und anerkennt Rettungsdienste. Sie arbeitet eng mit dem Interverband für Rettungswesen (IVR) zusammen, einer Vereinigung von Institutionen, Verbänden und Behörden, die sich mit dem Rettungswesen befassen zum Zweck der Koordination und Vereinheitlichung der Ausbildung, der Organisation und des Materials.

Öffentliche und private Institutionen, die für das Rettungswesen in der Schweiz von Bedeutung sind, sind weiters die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, die einzelnen Sanitäts- und/oder Polizeidirektionen der Kantone sowie die Berufsverbände der Notärzte und der Rettungssanitäter.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.2.3.2 Rettungsdienst und Normung - Interverband für Rettungswesen (IVR)

Wie schon eingangs erwähnt, ist die gesetzliche Lage in der Schweiz so, daß es keine einheitlichen Gesetze bzw. Vorschriften für das Rettungswesen gibt und dieser Bereich von Kanton zu Kanton unterschiedlich geregelt ist.

Der Interverband für Rettungswesen ist eine Institution, die sich seit 30 Jahren mit der Erarbeitung von Normen und Richtlinien im Bereich des Rettungs- und Krankentransportwesens, die jedoch nicht rechtsverbindlich sind, d.h. keine gesetzliche Vorschriften sind, beschäftigt. Der IVR ist der schweizerische Dachverband der am Rettungswesen beteiligten Institutionen, Verbände und Behörden. Sein Ziel ist die Koordination und Förderung des Rettungswesens. Der IVR ist auf Vereinsbasis organisiert und trachtet in seiner Arbeit darauf, einheitliche Bestimmungen und Richtlinien für die ganze Schweiz zu erarbeiten, um eine einheitliche präklinische Versorgung sicherzustellen. Oberstes Ziel ist dabei die Sicherung der qualitativ hochstehenden Ausbildung des zum Einsatz kommenden Rettungsdienstpersonals, seien dies Sanitäter oder Ärzte, wie auch einheitliche Regelungen hinsichtlich Ausstattung der Einsatzfahrzeuge und Mindestanforderungen, etc.

Organisationen, wie z.B. das Schweizerische Rote Kreuz, haben bei der Ausbildung ihres Personals die Richtlinien des IVR schon eingearbeitet und so ihre Bereitschaft zu einer einheitlichen und qualitativ guten Versorgung der Bevölkerung kundgetan.

Ein weiteres Ziel des Interverbandes für Rettungswesen ist die Einführung eines landesweiten, einheitlichen Sanitätsnotrufes (Nummer 144) und eines Netzes koordinierter, zweckmäßig funktionierender Einsatzzentralen. Bislang konnte dies jedoch in nur sehr bescheidenem Rahmen erfüllt werden, da die hierfür notwendige regionale Zusammenfassung der Rettungsdienste zur Gewährleistung eines rationellen Einsatzes der Rettungsmittel vielerorts noch fehlt.

Im folgenden sind primär die Richtlinien des IVR in die Darstellung des Rettungswesens der Schweiz eingeflossen, da sie innerstaatlich großteils anerkannt sind und auf ein einheitlich strukturiertes Rettungswesen mit gleichen Versorgungsstandards in jeden Kanton abzielen. Derzeit ist es so, daß es große regionale Unterschiede in den Rettungsdiensteinrichtungen und deren Personal und insbesondere auch in der Ausbildung und somit in der Qualität der rettungsdienstlichen Versorgung gibt.

So zum Beispiel führen mangelnde Koordination und Mängel in der Einsatzdoktrin, in der Ausbildung der Helfer aller Stufen, wie vielfach auch in den Rettungsdiensten sowie zum Teil in der Ausrüstung zu verspäteter Alarmierung und damit verzögerter Rettung, mangelhaften oder unzweckmäßigen Maßnahmen am Notfallort und auf

dem Transport und oft auch Zuweisung in ungeeignete Behandlungszentren und als Folge zusätzliche Transporte, verbunden mit Zeitverlust (INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN - IVR, 1992).

Die Tätigkeit des IVR zu einer einheitlichen präklinischen Versorgung in der Schweiz stellt Pionierarbeit dar und sollte entsprechend gewürdigt werden.

3.1.2.4 DAS PERSONAL IM RETTUNGSDIENST UND SEINE AUSBILDUNG

Es gibt derzeit noch kein offiziell anerkanntes Berufsbild, sondern nur die Möglichkeit der Ausbildung nach einheitlichen Ausbildungsrichtlinien. Dementsprechend wird in der Schweiz eine Verlängerung der theoretischen Ausbildungsdauer mit dem Ziel einer offiziellen Berufsanerkennung im Bereich Gesundheitswesen angestrebt (INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN, 1992).

Die Helfer, welche im Rahmen der Rettungskette in den Einsatz gelangen, werden aufgrund ihrer Ausbildung in vier Kategorien eingeteilt (INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN - IVR, 1986):
1) die Nothelfer,
2) die Ersthelfer/Samariter
3) der Rettungssanitäter IVR, und
4) der Notarzt

Weiters gibt es noch die Möglichkeit der Zusatzausbildung zum Transporthelfer, welche in die Kategorie 2) fällt.

Jeder Transport muß mit mindestens zwei Helfern durchgeführt werden. Diese sind speziell geschult und haben bestimmte Funktionen. Die Zusammensetzung eines Rettungsteams (einer sgn. Rettungsequipe) setzt sich im Optimalfall (lt. Richtlinien IVR) folgendermaßen zusammen:

1) Notarzt,
2) Rettungssanitäter IVR und
3) Fahrer bzw. Pilot.

Der Fahrer sollte als Transporthelfer geschult sein, um die qualitative Versorgung noch zu erhöhen. Es gibt Bestrebungen, im Endausbau des Rettungswesen jeden Notfallpatienten von einem Notarzt und einem Rettungssanitäter begleiten zu lassen und ein Patientenleitsystem (PLS) aufzubauen.

Nun zu den einzelnen Helferkategorien.

3.1.2.4.1 Der Nothelfer

Nothelfer sind meistens Mitbürger, die zum Bergen und zum Leisten der lebensrettenden Sofortmaßnahmen ausgebildet sind. Die Grundausbildung von 10 Stunden müssen seit 1977 alle Führerscheinbewerber durchlaufen. In einigen Kantonen wird sie auch an Volksschüler, teilweise fakultativ, teilweise obligatorisch, vermittelt (SRK, IVR). Die Ausbildung setzt sich aus theoretischer und praktischer Arbeit, Test und allgemeiner Repetition zusammen.

Die Inhalte dieser Grundausbildung sind:

1) Verhalten bei Unfällen allgemein
   (Allgemeine Verhaltensmaßnahmen bei Unfällen: Überblick, Anzahl und Lage der Verletzten, beteiligte Fahrzeuge), Absichern der Unfallstelle, Schutz von Patienten und Helfern vor weiteren Gefahren. Alarmierung, Behandlungsprioritäten, lebensrettende Sofortmaßnahmen)
2) Bergen, Lagerungen, Verbrennen
   (Bergegriffe, Bewußtlosenlage, andere Lagerungen, Problematik bei Wirbelsäulen- und Schädel-Hirnverletzungen, Kühlen bei Verbrennungen)
3) Beatmung
   (Atmung, Atemwege freilegen und freihalten, Mund-zu-Nase-Beatmung)
4) Blut, Blutstillung, Schock
   (Blutkreislauf, Blutverlust, äußere und innere Blutungen, Blutstillung: Fingerdruckstellen, Druckverband; Kennzeichen und Bedeutung des Schocks)
5) Verhalten bei Verkehrsunfall
   (Repetition der sanitätsdienstlichen Hilfeleistung, besonders auch in der Situation des Verkehrsunfalls, Unfälle mit gefährlichen Gütern, Entfernen des Schutzhelms bei verunfallten Motorradfahrern).

Es gibt keine Prüfungen; in der Regel wird nach Ausbildungsbesuch ein Kursausweis ausgegeben. Die Instruktoren für Nothelferkurse müssen speziell geschult sein. Zur Erteilung von anerkannten Nothelferkursen für Führerausweisbewerber ist nur berechtigt, wer nach einheitlichen Grundsätzen und Gesichtspunkten für die Instruktion in den lebensrettenden Sofortmaßnahmen ausgebildet ist. Der Instruktor ist zum Besuch von Weiterbildungskursen verpflichtet und hat seine Wissensvermittlung stets den neuesten Erkenntnissen anzupassen.

Wehrmänner und Zivilschutzpflichtige erhalten während ihrer Instruktionszeit eine Basisausbildung in Kameraden- und Selbsthilfe (SRK), welche gegenüber dem Nothelferkurs noch erweitert ist um:
- o Verbände und Festhaltungen,
- o Maßnahmen bei Frakturen oder anderen Verletzungen,
- o Verletzungen der Wirbelsäule oder des Beckens,

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- o Angst- und Schreckensreaktionen,
- o Hitzeschlag,
- o Kälteschäden und
- o Kampfstoffvergiftung.

3.1.2.4.2 Der Ersthelfer oder Samariter

Ersthelfer oder Samariter (SRK) sind Personen, die zum Leisten der Ersten Hilfe ausgebildet sind und eine Ausbildung von mindestens 26 Stunden absolviert haben, von der 10 Stunden einen Nothelferkurs darstellen. Es handelt sich bei den Ersthelfern oder Samaritern um motivierte Freiwillige, die sich meist in lokalen Sektionen des Schweizer Samariterbundes, des Schweizer Militär-Sanitäts-Verbandes oder der Schweizer Lebensrettungsgesellschaft weiterbilden und zur Verfügung stehen.

Die Ausbildung setzt sich aus theoretischer und praktischer Arbeit, Test und allgemeiner Repetition zusammen (INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN - IVR, 1986).

Die Lehrinhalte des Ersthelfer- bzw. Samariterkurses sind:

1) 10 Stunden Nothelferkurs
   (siehe oben)
2) Körperlehre
   (Bau und Funktion, Bewegungsapparat, Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel, Nervensystem)
3) Verletzungen und andere Körperschädigungen durch äußere Einwirkungen
   (Wunden, Wundbehandlung, Wundinfektion, Weichteilverletzungen, Verletzungen des Bewegungsapparates, Fremdkörper, Ersticken, Kälteschäden, Hitzeschäden, Vergiftungen, Verätzungen, Elektrounfall, Blitzschlag)
4) Akute Erkrankungen
   (Bewußtseinsstörungen, Herzleiden (Angina pectoris, Herzinfarkt), akute Schmerzzustände und ihre Bedeutung, psychische Störungen)
5) Verbandlehre
   (Deckverband, Druckverband, Festhalteverband, Bindenverband, Heftpflasterverband, Dreiecktuchverband, Verbände mit speziellem Material)
6) Notfesthaltungen
   (Notfesthaltungen mit Schienen, Improvisationen)
7) Improvisierte Transporte
   (Verschiedene Berge- und Traggriffe für einen und mehrere Helfer)
8) Patientenbeobachtung
   (Aussehen, Puls, Temperatur, Bewußtsein, Atmung, Pupillen: Größe, Reaktion)

Dieser Lehrgang kann ergänzt werden durch medizinische und nichtmedizinische Zusatzausbildungen. Die nichtmedizinischen Zusatzausbildungen haben die Schulung in bestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zum Thema:

o äußere Herzmassage	(gemäß Richtlinien IVR/SAzK, mindestens 4 Stunden)
o selbständige Durchführung von Injektionen	(gemäß Richtlinien IVR/SAzK, mindestens 8 Stunden)
o Beutelbeatmung und Absaugen	(gemäß Richtlinien IVR/SAzK)
o Sauerstoffzufuhr	(gemäß Richtlinien IVR/SAzK)
o Blutdruckmessung	(gemäß Richtlinien IVR/SAzK)
o Besondere Festhaltungen (Halskragen, (Schanzkrawatte, Vakuummatratze, -kissen, aufblasbare Schienen, Gipsschienen)	(gemäß Richtlinien IVR/SAzK)
o Hilfeleistung bei betriebsspezifischen Gefahren	(keine Angabe)

Die nichtmedizinischen Zusatzausbildungen haben zum Ziel, den Ersthelfer für technische Maßnahmen, die vorwiegend der Bergung, der Übermittlung und dem Transport dienen, auszubilden. Beispiele dafür sind:

- o Rettungsschwimmen und -tauchen
- o alpine Rettungstechnik (inkl. Stahlseilgerät)
- o Flugrettung (inkl. Windenbergung)
- o Funktechnik
- o Kenntnis der Transportmittel (Fahrzeuge usw.)
- o Kenntnis der Spezialgeräte (Dekompressionskammer, Gasschutzgeräte, etc.)

Diese Ausbildungen werden nach den Richtlinien der verschiedenen durchführenden Organisationen abgehalten; diese legen ebenfalls Inhalt und Dauer fest. Der Adressatenkreis der Ausbildung zum Ersthelfer/Samariter sind Helfer, die psychisch und physisch zum Einsatz auch in schwierigen Notfallsituationen geeignet sind.

Folgende Kurse befähigen zu Tätigkeiten des Ersthelfer/Samariters:

- o Samariterkurs des Schweizerischen Samariterbundes, des Arbeiter-Samariter-Bundes der Schweiz, Erste-Hilfe-Kurs des Schweizerischen Militär-Sanitäts-Vereines
- o Erweiterte Sanitätsausbildung der Armee (z.B. Sanitätssoldat, Spitalssoldat, Angehörige des Spiels, Luftschutzsoldat, Zugssanitäter) sowie Sanitätsausbildung von Angehörigen des Zivilschutz-Sanitätsdienstes und von Polizeibeamten.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Derzeit werden keine Prüfungen abgenommen, die Bestrebungen dazu sind aber im Gange. In der Regel wird ein Kursausweis ausgegeben und gegebenenfalls eine Eintragung im Testatheft IVR vorgenommen.

Repetitionskurse werden in zweijährigem Abstand, so z.B. für äußere Herzmassage, empfohlen. Die als Transporthelfer (siehe unten) eingesetzten Personen sollten die einmal pro Jahr abgehaltenen Repetitionskurse besuchen.

Als Instruktor sollte nur eingesetzt werden, wer hierfür nach einheitlichen Grundsätzen und Gesichtspunkten ausgebildet ist. Die Programme für die Aus- und Weiterbildung der Instruktoren werden durch die einzelnen Organisationen aufgestellt.

Der Patiententransporthelfer (TH)

Patiententransporthelfer sind Personen, die für die nichtärztlichen Rettungsmaßnahmen teilweise ausgebildet sind, diese Tätigkeit jedoch nicht hauptberuflich ausüben und deshalb für Notfallpatienten als Gehilfe eines Arztes oder Rettungssanitäters eingesetzt werden. Der Transporthelfer arbeitet bei Primärtransporten immer unter Anleitung respektive auf Anweisung eines Arztes und entlastet den besser ausgebildeten Rettungsassistenten (INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN - IVR, 1983).

Die Ausbildung des Transporthelfers stellt eine Zusatzausbildung der Helfer-Kategorie II (Samariter) dar. Die Mindestvoraussetzung zum Besuch dieser Zusatzausbildung sind ein erfolgreich bestandener Erste-Hilfe-Kurs einer anerkannten Organisation und die Zusatzausbildung in externer Herzmassage.

Diese Zusatzausbildung hat einen Mindestumfang von 12 Lektionen zu je 2 Stunden. Weiters sind mindestens 10 Primärtransporte als TH unter Anleitung des Arztes oder des Rettungssanitäters durchzuführen. Die Verantwortung für diesen Kurs liegt beim Arzt, welcher diesen gegebenenfalls den örtlichen Möglichkeiten anpassen muß.

Der INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN empfiehlt für diese sowohl zentral als auch regional durchführbare Ausbildung, den praktischen Teil am Ort des späteren Geschehens zu absolvieren. Weiters soll aus folgenden Gründen eine Transportorganisation (so z.B. die eines Spitals) ihre TH selbst ausbilden:

- der verantwortliche Spitalsarzt lernt seine Transporthelfer kennen,
- der Transporthelfer-Anwärter lernt die spezifischen, personellen und materiellen Gegebenheiten seines künftigen Tätigkeitsortes kennen,
- die kurze Anreisezeit für die Ausbildungsanwärter.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die Lehrinhalte sind im folgenden zusammengefaßt:

A) Theoretische Ausbildung

- o Rechtliche Grundlagen
- o Aufgaben und Pflichten
- o Meldung und Bericht
- o Terminologie
- o Verhalten in der Notfallsituation
- o Anatomie und Physiologie des Atmungs-, Kreislauf- und Zentralnervensystems
- o Nothilfe: Bergung und lebensrettende Sofortmaßnahmen
- o Beatmung mit dem Mund, Atemwege freilegen und freihalten
- o Blutstillung
- o Schockbekämpfung
- o Lagerung
- o Äußere Herzmassage
- o Triage
- o Transportfähigkeit
- o Transport und Verhalten während des Transportes
- o Medikamente
- o Umgang mit Angehörigen, Passanten, Polizei

B) Praktische Ausbildung

- o Bergung
- o Lebensrettende Sofortmaßnahmen
- o Verbände und Festhaltungen
- o Transport ohne/mit Hilfsmittel
- o Schutz und Überwachung des Patienten
- o Materialkenntnis, Apparatebedienung
- o Fahrzeugkenntnis
- o Funkübermittlung

Die Lehrmittel sind:

- o die Erste-Hilfe-Ausbildungsmittel anerkannter Organisationen
- o das "Erste-Hilfe-Buch IVR"
- o die "Grundschule für den San D", Behelf 59.11 der Schweizer Armee.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.2.4.8 Der Rettungssanitäter IVR

Ausbildungsziel, Tätigkeitsumfang und Einsatz

Der Rettungssanitäter IVR kann als Assistent des Notarztes oder unter notärztlicher Aufsicht und Verantwortung einen Notfallpatienten beurteilen, die Transportfähigkeit herstellen, den Notfalltransport ausführen und die nichtärztlichen, notfallmedizinischen Maßnahmen professionell anwenden. Rettungssanitäter IVR sind Personen, die für die nichtärztlichen Rettungsmaßnahmen, Erste Hilfe und Transport, umfassend ausgebildet und hauptberuflich tätig sind. Mit einer abschließenden Prüfung erlangt er einen Ausweis als anerkannter Rettungssanitäter IVR.

Der Tätigkeitsumfang und damit die Aufgaben und Kompetenzen des Rettungssanitäters IVR ergeben sich aus den vermittelten Kenntnissen und Fähigkeiten (siehe unten). Er ist hauptberuflich tätig. Ausgebildetes Pflegepersonal, wie z.B. Anästhesie- und Intensiv-Pfleger/Schwestern kann die Funktion als Rettungssanitäter IVR auch als Teil seiner Hauptfunktion wahrnehmen. Er arbeitet im Einsatz für einen Notfallpatienten in der Regel mit einem Notarzt AKOR/IVR zusammen.

Die Bezeichnung "Rettungssanitäter IVR" ist nur dann anwendbar, wenn die Ausbildung nach den Richtlinien IVR durchgeführt wurde. Damit gewährleistet, daß eine umfassende und einheitliche Ausbildung erfolgt ist.

Die Ausbildung der Rettungssanitäter erfolgt an mehreren Ausbildungsstätten in der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz nach den IVR-Richtlinien. Zur Zeit gibt es aber in der Schweiz erst knapp 300 vollausgebildete Rettungssanitäter/innen IVR, die in den Rettungsdiensten eingesetzt werden. Der weitaus größte Teil arbeitet zur Zeit in den großen Städten.

Die vorliegenden Richtlinien zur Ausbildung des Rettungssanitäters IVR traten am 1. Juli 1990 in Kraft. Alle davor begonnen Kurse wurde nach dem Ausbildungsschema der Richtlinien von 1984 durchgeführt (INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN - IVR, 1991).

Vorbildung

Folgende Personengruppen haben Zugang zur Ausbildung:

1. Medizinische Laien: abgeschlossene Berufsausbildung außerhalb der nichtärztlichen Berufe im Gesundheitswesen

2. Personen mit abgeschlossener Ausbildung in Praktischer Krankenpflege (PKP) im Ausmaß von zwei Jahren mit einem vom Schweizer Roten Kreuz (SRK) registrierten Fähigkeitsausweis

3.1 Personen mit abgeschlossener Ausbildung in Allgemeiner Krankenpflege (AKP) im Ausmaß von drei Jahren mit einem vom SRK registrierten Diplom
3.2 Personen mit abgeschlossener Ausbildung in Kinderkrankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege (KWS) im Ausmaß von drei Jahren mit einem vom SRK registrierten Diplom
3.3 Personen mit abgeschlossener Ausbildung in Psychiatrischer Krankenpflege (PSY) im Ausmaß von drei Jahren mit einem vom SRK registrierten Diplom

4.1 Personen mit abgeschlossener Weiterbildung zum Anästhesiepfleger im Gesamtausmaß von fünf Jahren mit Fähigkeitsnachweis des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger und Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation.
4.2 Personen mit abgeschlossener Weiterbildung in Intensivpflege (FA SBK und fünf medizinische Fachgesellschaften: Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin, Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation, Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin und Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie)

Ausbildungsdauer

Die Ausbildung von Rettungssanitätern IVR dauert drei Jahre. Eine vorgängig abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf (siehe oben) wird entsprechend ihrer Bedeutung für den rettungsdienstlichen Einsatz angerechnet (siehe Ausbildungsumfang für die einzelnen Kandidatengruppen).

Ausbildungsumfang

Die Ausbildung von Rettungssanitätern gliedert sich in zwei Hauptteile:

1) die theoretisch-praktischen Kurse und
2) die praktische Tätigkeit (Rettungsdienst und Klinik)

Die beiden Ausbildungsteile können voneinander unabhängig absolviert werden, da jeder Ausbildungsteil mit einer separaten Prüfung abschließt.

ad 1): Theoretisch-praktische Kurse

Entsprechend der unterschiedlichen Vorbildung der Kandidaten findet eine stufenweise Ausbildung in drei Kursen (XXX) statt:

Teilnehmer	Kurs A 160 Std.	Kurs B 80 Std.	Kurs C 160 Std.	Total 400 Std.
Medizinische Laien	XXX	XXX	XXX	400 Std.
PKP, AKP, KWS, PSY		XXX	XXX	240 Std.
FA SGAR/SBK und FA SBK + 5 med. Fachgesellschaften			XXX	160 Std.

Quelle: Interverband für Rettungswesen, 1991

Die Kurse A und B werden mit je einer Zwischenprüfung abgeschlossen, deren Bestehen Voraussetzung für die Absolvierung des nächstfolgenden Kurses ist.

ad 2): Praktische Tätigkeit

Die praktische Tätigkeit gliedert sich in zwei Teile:

a) rettungsdienstliche Tätigkeit:
   Die Dauer der rettungsdienstlichen Tätigkeit ergibt sich aus der gesamten Ausbildungszeit, für die auch der theoretisch-praktische Kurs, das klinische Praktikum und die Prüfungen angerechnet werden. Die Tätigkeitsliste ist in jedem Fall zu erfüllen (siehe unten).
b) klinisches Praktikum:
   Es umfaßt 20 Arbeitstage bzw. 160 Stunden

Während der Ausbildung oder beruflichen Ausübung absolvierte Tätigkeit an den Einsatzorten 1 (Intensivpflegestation, Aufwachraum) und 2 (Operationssaal, Anästhesie) wird angerechnet.

Ausbildungsumfang für die einzelnen Kandidatengruppen

1) Medizinische Laien:
3 Jahre Tätigkeit als Rettungssanitäter-Anwärter mit erfüllter Tätigkeitsliste (siehe unten) in einem vom IVR anerkannten Rettungsdienst. In dieser Zeit sind enthalten:
a) Theoretisch-praktische Kurse A, B und C 400 Stunden
b) Klinisches Praktikum 160 Stunden
c) Theoretische und praktische Prüfung

2) PKP
2 Jahre Tätigkeit als Rettungssanitäter-Anwärter mit erfüllter Tätigkeitsliste (siehe unten) in einem vom IVR anerkannten Rettungsdienst.
In dieser Zeit sind enthalten:
- Theoretisch-praktische Kurse B, C 240 Stunden
  und eventuell Theoretisch-praktischer Kurs A
- Klinisches Praktikum 160 Stunden
- Theoretische und praktische Prüfung

3) AKP, KWS, PSY
- Erfüllte Tätigkeitsliste (siehe unten), unabhängig vom Zeitaufwand
- Theoretisch-praktische Kurse B und C 240 Stunden
- Klinisches Praktikum 160 Stunden
- Theoretische und praktische Prüfung

4) FA SGAR/SBK und FA SBK + 5 med. Fachgesellschaften
- Erfüllte Tätigkeitsliste (siehe unten), unabhängig vom Zeitaufwand
- Theoretisch-praktischer Kurs C 160 Stunden
- Klinisches Praktikum 160 Stunden
- Theoretische und praktische Prüfung

Ausbildungsinhalte

KURS A: Grundlagen *160 Stunden*

- o Einführung in die Anatomie
- o Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Krankheiten der Atmungsorgane
- o Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Krankheiten der Kreislauforgane

- o Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Bewußtsein, Bewußtseinsstörungen
- o Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Krankheiten der Verdauungs- und Stoffwechselorgane
- o Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt
- o Physiologie und Pathophysiologie des Wärmehaushalts
- o Infektionslehre, Sterilität, Desinfektion
- o Allgemeine Pharmakologie
- o Injektions- und Infusionslehre (einschließlich praktische Instruktionen und Übungen)
- o Medizinische Terminologie

KURS B: Lebensrettende Sofortmaßnahmen 80 Stunden

- o Atemstörungen:
  Atemwegsverlegung, Atemstillstand, Freimachen und Freihalten der Atemwege, Beatmung mit und ohne Hilfsmittel, Intubationsassistenz, Beatmungsgeräte, Absauggeräte, Sauerstoffgabe
- o Zirkulatorische Störungen:
  Blutungen und Schock, Schocktherapie, EKG, Rhythmusstörungen, Therapie von Rhythmusstörungen, Kreislaufstillstand: elektrische Frühdefibrillation, kardiopulmonale Reanimation
- o Bewußtseinsstörungen
- o Notfallmedikamente

KURS C: Rettungsspezifische Ausbildung 160 Stunden

- o Allgemeine und organisatorische Aspekte
- o Notfallpatient
- o Traumatologische Notfallsituationen
- o Nichttraumatologische Notfälle
- o Rettungstechnik

Rettungsdienstliche Tätigkeit

Diese erfolgt unter direkter Anleitung eines Rettungssanitäters IVR, eines Anästhesie- oder Intensivpflegers mit abgeschlossener Ausbildung, eines Notarztes AKOR/IVR oder eines Arztes mit mindestens dreijähriger klinischer Tätigkeit in

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Chirurgie, Medizin oder Anästhesiologie. Sie wird in einer Tätigkeitsliste (siehe unten) spezifiziert.

Diese Instruktoren übernehmen gegenüber dem IVR die Ausbildungsverantwortung, indem sie die folgenden Tätigkeiten des Kandidaten, die dieser selbständig und unter Aufsicht ausführen muß, testieren.

Tätigkeitsliste

Tätigkeiten der	Mindestanzahl Tätigkeiten
1. Teil (Rettungssdienst)	
- Notfalltransporte	50
- Bergung mit spezifischen Hilfsmitteln (z.B. Vakuummatratze, Schaufelbahre, Bergungskorsett)	30
- Druck- oder Wundverband	20
- Fraktur-Stabilisation	10
- Einsatz von Notfallmedikamenten	10
- Funkübermittlung	30
- Notfallrapport und Patientenübergabe	50
- Retablierung der Rettungstransportmittel	50
2. Teil (Rettungsdienst oder Klinik)	
- Venenpunktion und Infusion	100
- Monitoring	50
- Überwachung der Vitalfunktionen (inkl. Protokollführung)	50
- Orales oder nasales Absaugen	20
- Freihalten der Atemwege mit Mund-Rachen- oder Nasen-Rachen-Tubus	10
- Maskenbeatmung	20
- Vorbereitung und Assistenz zur Intubation inkl. Medikamente	20
- Kardiopulmonale Reanimation	5

Quelle: Interverband für Rettungswesen

Über die einzelnen Tätigkeiten muß ein Protokoll geführt werden. Auf Verlangen des IVR müssen die Protokolle vorgewiesen werden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Klinisches Praktikum

Dieses erfolgt unter direkter Anleitung eines Rettungssanitäter IVR, eines Anästhesie- oder Intensivpflegers mit abgeschlossener Ausbildung, eines Notarztes AKOR/IVR oder eines Arztes mit mindestens dreijähriger klinischer Tätigkeit in Chirurgie, Medizin oder Anästhesiologie. Diese Instruktoren übernehmen gegenüber dem IVR die Ausbildungsverantwortung, indem sie die folgenden Tätigkeiten des Kandidaten, die dieser selbständig und unter Aufsicht ausführen muß, testieren:

Einsatzort 1
(Intensivpflegestation, Aufwachraum) *10 Tage*

- o Grundpflege (Mithilfe)
- o Überwachung, insbesonders von Bewußtsein, Atmung und Kreislauf
- o Sauerstoffgabe
- o Protokollierung
- o Überwachung von beatmeten Patienten
- o Infusionstechnik, Venenpunktion
- o Hilfe beim Einlegen von Zentralvenenkathetern
- o Einführungen von Blasenkathetern
- o Umgang mit Medikamenten (Sedierung, Analgesie, Relaxierung
- o Mithilfe beim intrahospitalen Transport von IPS-Patienten
- o Steriles Arbeiten
- o Persönliche Hygiene

Einsatzort 2
(Operationssaal, Anästhesie) *10 Tage*

- o Mithilfe bei Narkosen
- o Überwachung während Narkosen
- o Freihalten der Atemwege
- o Absaugen
- o Beatmen
- o Infusionstechnik
- o Einführen von Blasenkathetern
- o Assistenz bei der Intubation inkl. Anwendung der Medikamente

Ausbildungsstätten und Anerkennung

1) Theoretisch-praktische Kurse

Jede private oder öffentliche Institution bzw. Organisation kann diese Kurse durchführen, falls die vorliegenden Richtlinien vollständig berücksichtigt werden.

Kursleiter, Kursarzt

Die Ausbildungsstätte bezeichnet eine für die Ausbildung verantwortliche Person, den Kursleiter. Für den medizinischen Teil der Ausbildung muß ein Notarzt AKOR/IVT, der Kursarzt, verantwortlich sein. Dieser ist in der betreffenden Organisation für die medizinische Ausbildung zuständig und mit den Problemen des Rettungswesens, speziell der Behandlung des Notfallpatienten, vertraut.

Anerkennung durch den IVR

Zur Anerkennung eines Rettungssanitäter-Ausbildungskurses ist dem IVR spätestens sechs Monate vor Kursbeginn ein entsprechendes Gesuch einzureichen. Zwei Monate vor Kursbeginn sind bekanntzugeben:

- o Ausbildungsprogramm und -ablauf
- o Name des Kursleiters
- o Name des Kursarztes
- o Liste der Dozenten und Instruktoren
- o Liste der vorgesehenen Lehrmittel

Die vom IVR schriftlich abgegebene Anerkennung gilt für den angemeldeten Kurs. Der IVR ist berechtigt, eine anerkannte Ausbildung zu inspizieren. Er kann die Anerkennung rückgängig machen, wenn die Ausbildung den vorliegenden Richtlinien nicht entspricht.

2) Praktische Tätigkeit

a) Rettungsdienstliche Tätigkeit

Auf Antrag bezeichnet der IVR Rettungsdienste, an denen die rettungsdienstliche Tätigkeit absolviert werden kann. Die rettungsdienstliche Tätigkeit erfolgt unter direkter Anleitung eines Rettungssanitäter IVR, eines Anästhesie- oder Intensivpflegers mit abgeschlossener Ausbildung, eines Notarztes AKOR/IVR oder eines Arztes mit mindestens dreijähriger klinischer Tätigkeit in Chirurgie, Medizin oder Anästhesiologie.

Diese Instruktoren übernehmen gegenüber dem IVR die Ausbildungsverantwortung, indem sie die Tätigkeiten des Kandidaten, die er selbständig und unter Aufsicht ausführen muß, testieren.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

b) Klinisches Praktikum

Das klinische Praktikum kann an jedem Akutspital mit chirurgischer und medizinischer Notfallstation bzw. mit interdisziplinärer Notfallstation und einer Intensivpflegestation absolviert werden. Das klinische Praktikum erfolgt unter direkter Anleitung eines Rettungssanitäter IVR, eines Anästhesie- oder Intensivpflegers mit abgeschlossener Ausbildung, eines Notarztes AKOR/IVR oder eines Arztes mit mindestens dreijähriger klinischer Tätigkeit in Chirurgie, Medizin oder Anästhesiologie.

Diese Instruktoren übernehmen gegenüber dem IVR die Ausbildungsverantwortung, indem sie die Tätigkeiten des Kandidaten, der er selbständig und unter Aufsicht ausführen muß, testieren.

Prüfung und Ausweis

Es werden Zwischenprüfungen und eine Abschlußprüfung durchgeführt.

a) Zwischenprüfungen

Die theoretisch-praktischen Kurse A und B werden je mit einer Zwischenprüfung abgeschlossen, deren Bestehen Voraussetzung für die Absolvierung des nächstfolgenden Kurses ist. Die Gestaltung der Zwischenprüfungen ist dem Kursorganisator überlassen.

b) Abschlußprüfung

Diese gliedert sich in zwei Teile:
- theoretische Prüfung
- praktische Prüfung.

Die theoretische Prüfung ist der Abschluß des theoretisch-praktischen Kurses und wird schriftlich und mündlich abgelegt. Eine nicht bestandene theoretische Prüfung kann innerhalb von drei Jahren zweimal wiederholt werden. Der Abstand darf sechs Monate nicht unterschreiten.

Zur praktischen Prüfung werden nur Kandidaten nach bestandener theoretischer Prüfung zugelassen. Gleichzeitig muß der Nachweis der absolvierten Praktika und der erfüllten Tätigkeitslisten vorliegen. Das Intervall zwischen diesen Prüfungen darf nicht mehr als drei Jahre betragen, andernfalls ist die theoretische Prüfung zu wiederholen. Die praktische Prüfung findet im letzten Ausbildungsjahr statt. Eine nicht bestandene praktische Prüfung kann innerhalb von drei Jahren zweimal wiederholt

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

werden. Der Abstand darf sechs Monate nicht unterschreiten. Die Abschlußprüfungen müssen nach dem vom IVR aufgestellten Regulativ durchgeführt werden.

Ausweis IVR

Bei erfolgreichem Abschluß der Prüfung erhält der Kandidat den Ausweis als Rettungssanitäter IVR. Dieser Ausweis trägt die Unterschriften des Organisators der praktischen Prüfung und des Präsidenten IVR.

Der IVR kann die Abgabe des Rettungssanitäter-Ausweises IVR verweigern bzw. diesen annullieren oder zurückverlangen, wenn es sich erweist, daß die Prüfungen oder die Bedingungen von seiten des Kandidaten, des Kurs- oder des Prüfungsorganisators nicht den vorliegenden Richtlinien entsprechen.

Rechtliche Aspekte zum Rettungssanitäter IVR

Der ärztliche Leiter eines Rettungsdienstes kann den Tätigkeitsumfang der ihm unterstellten Rettungssanitäter IVR - vergleichbar mit den standing orders der medical directors in den USA - einengen oder erweitern.

Bei Behandlungsfehlern durch Überschreiten des durch die Ausbildung vermittelten Ausbildungsinhaltes oder des durch den ärztlichen Leiter erweiterten Tätigkeitsumfanges oder durch Mißachtung der Sorgfaltspflicht kann der Rettungssanitäter IVR, eventuell der Arbeitgeber, zivilrechtlich für den Schaden haftbar gemacht werden. Handelt der Rettungssanitäter IVR grob fahrlässig, so kann er zudem strafrechtlich belangt werden.

Sind Rettungssanitäter IVR zusammen mit einem Notarzt AKOR/IVR oder einem anderen am Notfallort anwesenden Arzt im Einsatz, so bestimmt dieser die Arbeitsteilung. Die vom Arzt erteilen Aufträge sind verbindlich, soweit sie den gelernten und bewilligten Praktiken der Rettungssanitäter IVR entsprechen.

3.1.2.4.4 Der Notarzt

Unter einem Notarzt versteht man einen Arzt, der die erweiterte Erste Hilfe beherrscht, indem er auf diesem Fachgebiet umfassend ausgebildet ist, regelmäßig fortgebildet wird und überwiegend tätig ist. Bestandteil der Ausbildung (gemäß Richtlinien IVR/SAzK) sind neben dem abgeschlossenen Medizinstudium mit eidgenössischem Arztdiplom eine dreijährige praktisch-klinische Tätigkeit und eine rettungsspezifische Ausbildung (INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN - IVR, 1991).

Die dreijährige, notfallmedizinisch geprägte, praktisch-klinische Ausbildung muß mindestens

- 3 Monate allgemeine Chirurgie/Traumatologie,
- 3 Monate Anästhesie/Reanimation (mindestens 30 Intubationen)
- 3 Monate Intensivstation (chirurgisch oder medizinisch),
- 3 Monate innere Medizin und
- 3 Monate Notfallaufnahmestation (Triage, ärztliche Notfallmaßnahmen), und den
- Nachweis über praktische Erfahrung bei 10 Notfalltransporten unter Aufsicht eines erfahrenen Notarztes bei einem durch SAzK/IVR anerkannten Rettungsdienst

umfassen, die durch einen zentralen fünftägigen Abschluß- und Repetitionskurs beendet wird.

Die rettungsspezifische Ausbildung hat die Vertiefung der während der praktisch-klinischen Tätigkeit erworbenen medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten, die für den Einsatz im Rettungswesen von besonderer Bedeutung sind, zum Inhalt.

3.1.2.5 RETTUNGSMITTEL UND RETTUNGSEINSATZSTELLEN

3.1.2.5.1 Definition von Patient und Rettungsmittel

Je nach Art des Transportes, genauer gesagt, nach der Art der Patienten, wird die Wahl der Rettungsmittel vorgenommen: Notfallpatient oder Nicht-Notfallpatient.

Der Interverband für Rettungswesen (INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN, 1991) definiert diese beiden Begriffe wie folgt:

Der ***Notfallpatient ist ein unmittelbar vom Tod oder schwerer gesundheitlicher Schädigung bedrohter Verletzter oder Kranker. Lebensbedrohliche Störungen oder schwere gesundheitliche Schädigungen sind bereits vorhanden, zu erwarten oder nicht auszuschließen***. Lebenswichtige Funktionen wie Atmung und Kreislauf sind gestört oder gefährdet. Dies trifft zum Beispiel bei Verletzungen des Kopfes, Verletzungen des Halses, Verletzungen der Wirbelsäule, schwerer äußerer oder innerer Blutung, Bewußtseinsstörung, Schock, Elektrounfall, Verbrennung, Unterkühlung, Vergiftung, Schwangerschaftskomplikationen oder Adaptionsstörungen des Neugeborenen zu. Notfallpatienten stellen deshalb für den Transport ein besonderes Problem dar.

Daneben müssen aber auch Patienten transportiert werden, bei denen keine Bedrohung der lebenswichtigen Funktionen vorliegt und die somit an den ***Transport keine besonderen Anforderungen*** stellen. Dies sind die ***Nicht-Notfallpatienten***.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Notfallpatienten werden in der Regel mit dem Rettungswagen, Nicht-Notfallpatienten mit dem Krankenwagen transportiert.

Ein ***Rettungswagen (RW)*** ist ein Motorfahrzeug zum Transport von Notfallpatienten. Erstellung und Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und weitere dringliche Hilfeleistungen sind durch Dimension, personelle und materielle Dotierung gewährleistet. Das Motorfahrzeug ist auch für gewisse Bergungen ausgerüstet.

Der ***Krankenwagen (KW)*** ist ein Motorfahrzeug zum Transport von Patienten, bei denen die Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit keine Probleme darstellt.

Ein Rettungswagen ist auch als Krankenwagen einsetzbar; hingegen wird ein Krankenwagen nicht für den Transport eines Notfallpatienten eingesetzt, solange ein Rettungswagen zur Verfügung steht.

3.1.2.5.2 Organisation des Patiententransportes

Die aus medizinischer Sicht aufgestellten Forderungen an Patiententransportfahrzeuge bedingen einen relativ hohen Kostenaufwand sowohl für die Anschaffung wie auch für den Betrieb derselben. Im Sinne eines ökonomischen Einsatzes (Nutzung) der aufwendigen Rettungswagen wäre es von Vorteil, diese für eine Region (politisch, geographisch oder alarmmäßig abgegrenztes Gebiet) bereitzustellen. Dies ist jedoch in der Schweiz noch nicht sehr ausgereift (INTERVERBAND FÜR RETTUNGSWESEN, 1991).

3.1.2.6 NOTARZTSYSTEME UND RETTUNGSDIENSTE

Derzeit gibt es in der Schweiz ca. 200 Rettungsdienste, wobei ca. 40 Unternehmen, die sich rein der Verlegung und dem Krankentransport widmen, nicht eingerechnet wurden. Die Organisation der Rettungsdienste erfolgt zu 41 % durch das Spital, zu 39,5 % privat, zu 13 % durch die Polizei, zu 2 % durch den Kanton, zu 4 % durch die Gemeinde und zu 0,5 % durch die Feuerwehr. Weiters gibt es 450 Ambulanzen, die Patienten mit akuten Erkrankungen zur Verfügung stehen (HAUSMANN, 1993).

Eine neueste Analyse (HORN, BERNOULLI, 1989) der präklinischen notärztlichen Versorgung ergibt für die Schweiz folgendes Bild:

97 % der Notfallpatienten werden vom Bodenrettungsdienst und 3 % von Luftrettungsdienst transportiert.

Im Bereich der Bodenrettung sind ein Drittel Primäreinsätze bei Notfallpatienten. 15 % dieser Notfallpatienten werden notärztlich versorgt.

Luftrettungsdienste erfüllen 35 % der Patiententransporte als Primäreinsätze bei Notfallpatienten. 95 % davon werden präklinisch von einem Notarzt versorgt. Dieses Gefälle soll in Zukunft ausgeglichen werden.

Spitalsrettungsdienste setzen bei drei Viertel der präklinisch notärztlich versorgten Notfallpatienten Spitalsärzte ein.

Bei selbständigen Rettungsdiensten sind über zwei Drittel der eingesetzten (Not)ärzte in der Praxis tätig. Diese begeben sich meist nach dem Rendez-vous-System an den Unfallort. Polizeirettungsdienste verfügen zu ungefähr gleichen Teilen über Spitals- und Praxisärzte.

Wenn nach objektiven Kriterien erst ein Viertel der Rettungsdienste in der Schweiz als notärztlich gut versorgt beurteilt werden, so zeigt uns diese Zahl, in welcher Richtung die Anstrengungen zur Verbesserung des Rettungswesens in der Schweiz unternommen werden müssen. Das erst kürzlich eröffnete Ausbildungszentrum des Schweizer Roten Kreuzes am Sempachersee kann diese Aufgabe in Zukunft erfüllen.

3.1.2.7 NOTRUFSYSTEME

Eine der Forderungen der Ärztekommission für Rettungswesen SRK (AKOR SRK) und des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) betrifft die einheitliche Alarmierung der Rettungsdienste. Ein wirkungsvoller Einsatz ist nur mit einem einfachen, einprägsamen Alarmierungssystem möglich. Die schrittweise Einführung der universell verwendbaren Sanitätsnotrufnummer 144 ist im Gange, deckt aber derzeit noch nicht einmal die Hälfte der Schweiz ab. Die heute noch nicht einbezogenen Regionen sind auf Einsatzleitzentralen angewiesen, welche über Notrufsäulen der Autobahnen und die generell gültigen Polizei- oder Feuerwehrnotrufnummern erreicht werden. Diese Leitzentralen setzen die nächstgelegenen Rettungsorganisationen ein. Für spezialisierte, dringliche oder topographisch schwer zugängliche Rettungseinsätze kann die Schweizer Rettungsflugwacht (REGA) auch von jedermann über deren Einsatzzentrale in Zürich angefordert werden. Das dichte Netz der Helikopterbasen der REGA garantiert, daß annähernd jeder Punkt in der Schweiz innerhalb von 15 Minuten angeflogen werden kann (MAEDER, 1992).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.3 SLOWAKEI UND TSCHECHIEN, VORMALS CSFR

3.1.3.1 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Rettungswesens sind in der Verordnung des Gesundheitsministeriums der Republik Tschechien Nr. 434/1992 Sb des Gesetzbuches für Gesundheitswesen und Rettungsdienst geregelt.

Deshalb sei darauf verwiesen, daß die folgende Beschreibung eher den Zustand vor der gesetzlichen Neuregelung darstellt. Aufgrund der 1992 politisch geänderten Lage konnten von den zuständigen Behörden noch keine neuen gesetzlichen Regelungen und Bestimmungen mit Ausnahme des oben genannten Gesetzes der Republik Tschechien übersandt werden, da vieles sich noch in Überarbeitung befindet und eine Neustrukturierung des Rettungswesens in Angriff genommen wurde.

3.1.3.2 FINANZIERUNG

Alle Gesundheitsdienste der Tschechoslowakei waren und sind vorläufig kostenlos, es wird aber nach einem neuen Modell zur Änderung dieses Systems gesucht. Es besteht großes Interesse für das System der Gesundheitsversicherungsanstalten und für die Ökonomie des Gesundheitsdienstes als auch des Rettungsdienstes. Wegen der oft diskutierten geringen Arbeitsauslastung des Rettungsdienstes wird die ökonomische Argumentation über den Beitrag des Rettungsdienstes in Zukunft sehr wichtig sein. Bisher bestand für eine ökonomische Argumentation keine Notwendigkeit. In der Zukunft ist wahrscheinlich auch mit einer Privatisierung der Gesundheitspflege zu rechnen und damit auch wieder mit grundsätzlichen Änderungen des Systems.

Die Finanzierung ist national gesehen uneinheitlich. So gibt es z.B. die Möglichkeit, daß der Rettungsdienst dem Krankenhaus angeschlossen ist und somit die Finanzierung durch die Stadt erfolgt.

Die Kosten eines Einsatzteams werden auf ca. eine Dreiviertel bis eine Million Kronen jährlich geschätzt.

3.1.3.3 STRUKTUR UND ORGANISATION DES RETTUNGSWESENS

Im Gesundheits- und Rettungswesen hat jede Region und jeder Bezirk eigene Strukturen, Arbeitsweisen, Kompetenzen und Rahmenbedingungen.

3.1.3.3.1 Allgemeines und statistische Grundlagen

Bis das jetzige Rettungssystem durch ein neues ersetzt wird, arbeitet die Tschechei nach dem alten staatlichen System, mit dem sie bisher positive Erfahrungen gesammelt hat, weiter.

Das Rettungswesen war bisher unter der Aufsicht der staatlichen Gesundheitsbehörden der Tschechoslowakei (CSFR). In Zukunft wird auf europäische Standards hingearbeitet (Eigenständigkeit der Institutionen), wobei die positiven Erfahrungen des Auslandes genutzt werden sollen (CIHAROVA, 1993).

Die Zusammenarbeit mit extra- und intramuralen Diensten sowie Informationen über Leitsysteme sind in der Gesundheitsverordnung der Republik Tschechien geregelt.

Statistische Unterlagen über Einsatzfähigkeit, Einsatzmittel, personelle Zusammensetzung eines Teams, Bedarf an ärztlichem und nichtärztlichem Personal im Rettungsdienst sind bei den einzelnen Bezirken und dem Nationalen Informationsinstitut vorhanden.

3.1.3.3.2 Rettungsdienst, Normung und Richtlinien

Der Rettungsdienst ist 24 Stunden rund um die Uhr besetzt und ermöglicht eine schnelle medizinische Hilfe im Notfall. Durch ein zentrales Kontrollsystem ist der Rettungsdienst mit den Krankenhäusern verbunden (anaesthesiology and resuscitation departments), in manchen Fällen sogar mit intensivmedizinischen Abteilungen (WHO, 1989).

Der Rettungsdienst oder "Schnelle medizinische Hilfe" bzw. "Schnelle Ärztliche Hilfe" genannt, entstand aus der Initiative der Anästhesiologen in den 70er Jahren und ist vorläufig meistens der Abteilung für Anästhesiologie und Reanimation (AR) in den einzelnen Krankenhäusern angeschlossen. Der Rettungsdienst ist jedoch nur ein Teil der Tätigkeiten dieser Abteilung und nur in einigen Städten als selbständige Abteilung organisiert. Fachlich und methodisch untersteht der Rettungsdienst dem Fach Anästhesiologie und Reanimation und dem Ministerium des Gesundheitswesens. Die Interessen des Rettungsdienstes kommen jedoch durch die methodische und organisatorische Führung durch die Abteilung für Anästhesiologie und Reanimation zu kurz.

Die Änderungen in der Tschechoslowakei ermöglichen auch Bestrebungen um Änderungen im Rettungsdienst. Ein neues Modell des Rettungsdienstes, eine organisatorisch und methodisch selbständige Abteilung, wurde bereits entwickelt. Dieser

Vorschlag wird dem zuständigen Ministerium zur Genehmigung empfohlen. Es ist mit einer Eingliederung des Rettungsdienstes in das System des Gesundheitswesens zu rechnen. Dabei werden Wege gesucht, die Rettungsdienste aller Art (Wasserwacht, Gebirgswacht, Bergwacht, Feuerwacht, Zivilabwehr usw.) in ihrer Gesamtheit einzubinden. Derartige Ideen gehen von mehreren Organisationen aus (TICHÁCÉK, 1992).

In diesem neuen Modell rechnet man mit der Benennung Rettungsdienst, mit der Eingliederung des Dispatch-Systems, mit selbständiger methodischer Leitung und Fachleitung, mit eigener Fortbildung, mit neuer Qualifikation für Ärzte, mit der Bezeichnung "Akute Medizin und Katastrophenmedizin" und mit neuer Qualifikation "Retter" oder "Chauffeur-Retter", der die Krankenschwester ersetzen könnte. Darüber hinaus soll das Vakuum bei der Aufnahme der schwerkranken Patienten gelöst werden. Dies soll entweder durch den Aufbau zentraler Aufnahmeabteilungen geschehen oder wenigsten durch die Mitarbeit des Rettungsdienstes bei der Aufnahme der schwerkranken Patienten. Es existiert bereits ein Modell der Aufnahmeabteilung mit sehr guten Erfahrungen.

Das Rendez-vous-System findet keine Anwendung, sondern es fährt jedes Team gemeinsam in einem Fahrzeug von einer Stelle aus.

3.1.3.4 DAS PERSONAL IM RETTUNGSDIENST UND SEINE AUSBILDUNG

3.1.3.4.1 Personal

Im Rettungsdienst gibt es ausschließlich hauptamtliches Rettungspersonal. Die hauptberuflich Tätigen haben ein einheitliches Berufsbild.

Das Ausfahrtteam besteht zumeist aus drei Personen: dem Arzt, der Krankenschwester und dem Chauffeur. Vorzugsweise arbeiten Anästhesiologen im Rettungsdienst, jedoch gibt es auch Ärzte anderer Fachrichtungen als Rettungsärzte.

Das mitfahrende Krankenpflegepersonal (fast ausschließlich Krankenschwestern) rekrutiert sich zumeist aus dem Personalstand der Abteilung für Anästhesiologie und Reanimation. Die Arbeit ist dort so gestaltet, daß sofort bei einem Notfall ausgefahren werden kann. Der Arzt arbeitet zumeist ebenfalls auf der Abteilung für Anästhesiologie und Reanimation. Probleme hinsichtlich des Transportes gibt es bei der Konstellation des Teams in folgender Form: "Ärztin - Krankenschwester - Chauffeur".

In größeren Städten ist manchmal das ausfahrende Personal nur für den Rettungsdienst angestellt.

3.1.3.4.2 Trägerinstitutionen und Ausbildung

In Tschechien sind folgende Organisationen für das Notfall- und Rettungswesen relevant:

- der Staat,
- das Rote Kreuz,
- die nationale Wasserrettung,
- der Arbeiter-Samariter-Verband,
- die Bergrettung, und
- der Bergbaurettungsdienst

Hinsichtlich der Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst gibt es einheitliche Ausbildungsrichtlinien und Vorschriften betreffend Dauer, Umfang und Inhalt, etc. Ausbildungsvoraussetzung ist für SZP (= Sanitäter-Rettungspersonal) die allgemeine Matura. Darauf aufbauend schließt eine zweijährige Ausbildung an.

Die Ausbildungsvoraussetzung für Lenker (= Nichtsanitäter) ist eine dreijährige Praxis als Profilenker. Die Ausbildung umfaßt 300 Stunden theoretischen Kurs und 300 Stunden Ausbildung als praktische Tätigkeit (GESUNDHEITSMINISTERIUM DER TSCHECHISCHEN REPUBLIK, 1993).

Für die Ausbildung gibt es einheitliche Curricula.

Die Ausbildung des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst wird von drei staatlichen Einrichtungen, einer Trägerinstitution, zwei Bergrettungsdiensten und zwei Institutionen der Bergrettung durchgeführt.

Die Einhaltung der Ausbildungsvorschriften, etc. wird vom obersten Inspektorat der Schulbehörde für Gesundheitsausbildung überprüft. Hinsichtlich der Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden in Tschechien für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst Ergänzungsausbildungen in kurzen Kursen zur Beibehaltung der laufenden Qualifikation abgehalten. Die Ausbildungen werden von den jeweiligen Instituten festgelegt.

3.1.3.4.3.Tätigkeitsbereiche des Sanitätspersonals

Es gibt Auflistungen über medizinische, rettungstechnische und einsatztaktische Anforderungen an das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst in Bezug auf die verschiedenen Einsatzmittel. Sie stehen jedoch im Zusammenhang mit der jeweiligen Art des Geschehens. Durch die Trennung der Republiken sind alle Normen und die Ausbildung derzeit im Stadium der Veränderungen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.3.5 Rettungsmittel, Ausstattung und Rettungseinsatzstellen

3.1.3.5.1 Rettungsmittel und Ausstattung

Der vielfach benutzte Skoda aus landeseigener Produktion entspricht nicht den Anforderungen des Rettungsdienstes und ist unzureichend ausgestattet. Es gibt nur eine kleine Zahl von Fahrzeugen der Typen Mercedes, Rover und Lancia sowie neuerdings Renault Masters.

Das vorläufige Netz des Luftrettungsdienstes besteht aus fünf Zentren, welche mit Hubschraubern ausgestattet sind. Ähnlich wie die bodengebundenen Fahrzeuge sind sie für den Zweck des Rettungsdienstes nicht ganz geeignet. Es ist beabsichtigt, den Luftrettungsdienst auf insgesamt 12 Zentren mit einem Einzugsradius von bis zu 70 km auszubauen. Bisher mußten die Kosten für den Luftrettungsdienst vom Gesundheitswesen getragen werden. Die Armee machte jedoch aufgrund der geänderten gesamtpolitischen Lage den Vorschlag, einen kostenlosen Hubschrauberrettungsdienst aufzubauen.

3.1.3.5.2 Rettungseinsatzstellen

Das Land Mähren hat ca. 4 Millionen Einwohner und ist mit 39 Rettungsstellen versorgt, welche rund um die Uhr besetzt sind. Auf 100.000 Einwohner kommt ein Rettungsteam. Ist die Ausfahrt eines zweiten Teams notwendig, helfen praktische Ärzte aus der Umgebung aus. Als Idealversorgung wird jedoch ein Team pro 60.000 Einwohner gesehen.

Neben den lebensgefährlichen Fällen sichert der Rettungsdienst auch sekundäre Transporte unter Bedingungen der Intensivpflege. Der Radius für einzelne Teams ist so organisiert, daß in maximal 20 Minuten ein Einsatzteam beim Patienten ist. Dies kann jedoch nicht immer eingehalten werden.

3.1.3.6 Notarztsysteme - Einsatzbereiche des Arztes

Die Ärzte werden im Rahmen einer postgraduellen Ausbildung für die Tätigkeit im Rettungsdienst geschult.

Es existieren einheitliche medizinische, rettungstechnische und einsatztaktische Anforderungen an das ärztliche Personal im Rettungsdienst. Diese können aber nicht einheitlich spezifiziert werden, da die einzelnen Regionen unterschiedliche demographische, geographische und ökonomische Interessen haben.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.1.4 DAS RETTUNGSWESEN IN DEN NIEDERLANDEN

3.1.4.1 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

In früheren Zeiten übernahmen hauptsächlich Privatunternehmen, wie z.B. Taxibetriebe oder KFZ-Werkstätten, welche sich einen Krankenwagen anschafften, die notfallmedizinische Versorgung und waren gemeinsam mit dem Personal der Erste-Hilfe-Organisationen (vergleichbar mit dem Roten Kreuz, dem Malteser-Hospitaldienst und der Johanniter-Unfall-Hilfe) tätig. In größeren Städten übernahmen die städtischen Gesundheitsämter die rettungsdienstliche Versorgung und in manchen Städten wurden die Fahrer von der Feuerwehr gestellt.

Durch die mangelnde Kommunikation zwischen den Diensten stellte man fest, daß dieser Bereich nicht entsprechend organisiert und strukturiert war. Es gab keine gesetzlichen Regelungen und erst 1971 wurde die Grundfassung des Rettungsdienstgesetzes (Wet Ambulancevervoer) verabschiedet und bis zum Jahre 1979 stufenweise eingeführt.

Ziel dieses Gesetzes war ein flächendeckendes System von Rettungsleitstellen für alle Rettungsdienste im Krankentransportunternehmen. Die Rettungsleitstellen im Verantwortungsbereich der Provinzen (vergleichbar mit unseren Bundesländern, jedoch mit geringerem Einfluß) koordinierten alle Transporte. Die Provinzen sind u.a. auch für die Limitierung der Anzahl der bei der Rettungsleitstelle angeschlossenen Rettungsfahrzeuge und deren Standplätze verantwortlich. Als Richtlinie wurde festgelegt, daß innerhalb von 15 Minuten nach Eintreffen der Meldung beim Rettungsdienst der Rettungswagen die Einsatzstelle erreicht haben muß. Es gelang aber erst Ende der 70iger Jahre die Realisierung eines landesweiten Netzes von Rettungsleitstellen.

Weiters war dieses Gesetz Ausgangsbasis für Veränderungen hinsichtlich Ausrüstung und Ausbildung. Die gesetzlich vorgeschriebene Ausrüstung entspricht in etwa der Minimalausrüstung der Krankenwagen in der BRD.

Als Personal wurde primär Krankenpflegepersonal eingesetzt. Es wurde jedoch im Laufe der Zeit festgestellt, daß dadurch nicht immer eine qualitativ optimale Versorgung sichergestellt war und somit wurde die gesetzliche Möglichkeit eingeräumt, auch Personal mit Erster-Hilfe-Ausbildung einzusetzen.

3.1.4.2 FINANZIERUNG

In den Niederlanden wird der Rettungsdienst und der Krankentransport durch die Krankenversicherungsträger gedeckt. Er ist kostendeckend orientiert, d.h. es dürfen

keine Gewinne erzielt werden. Etwaige Überschüsse oder Defizite müssen im nächsten Jahr ausgeglichen werden.

Ausgangsbasis für die Berechnung stellen die Einsatzstatistiken dar. Aufgrund derer wird auch der Personalstand berechnet. Der Preis pro Einsatz ergibt sich aus dem Jahresetat geteilt durch die geschätzte Einsatzzahl. Der Bedarf an Vollzeitkräften ergibt sich aus der Einsatzfrequenz. Zu 100 % werden die Dienstzeiten bezahlt, in denen pro Jahr 76 Einsätze je Block von 2 Stunden gefahren werden. Für den Bereitschaftsdienst gelten unterschiedliche Vergütungsregelungen. Bei einer sehr geringen Einsatzzahl können die Bereitschaftsstunden erheblich sein (PURGAY und GRAS, 1992)

3.1.4.3 STRUKTUR UND ORGANISATION DES RETTUNGSWESENS

3.1.4.3.1 Allgemeines und statistische Grundlagen

Wie schon oben erwähnt, dienen die Einsatzstatistiken als Grundbasis für die Berechnung von Personal und Entgelt.

In den Niederlanden hat man der Kardiologie gegenüber der Traumatologie im Rettungsdienst den Vorzug gegeben. Es ist daher klar, daß Frühdefibrilliation durch das Rettungsdienstpersonal hier keine Probleme mehr darstellt, auch wird schon in der Laienausbildung die Herz-Lungen-Wiederbelebung ausreichend trainiert. Angehörige anderer Berufsgruppen, so das Personal der Feuerwehr und Polizei, haben ebenfalls eine Ausbildung in diesem Bereich.

Weiters ist ein Trend hin zur Lyse zu bemerken. Es wird derzeit an drei Orten in den Niederlanden Krankenpflegepersonal eingesetzt, um schon zuhause die Lyse durchzuführen. Das EKG (12 Ableitungen) wird in diesem Fall durch einen Computer bzw. einen Kardiologen im Krankenhaus ausgewertet und interpretiert. Weiters ist ein Trend zum externen Herzschrittmacher und zur Pulsoxymetrie zu verzeichnen.

Die Geschwindigkeitsbegrenzung von maximal 120 km/h in den Niederlanden hat auch Auswirkungen auf das Fahrverhalten der Verkehrsteilnehmer gehabt, denn es gibt folglich weniger schwere Verkehrsunfälle. Aus diesem Grund ist die Traumatologie auch noch nicht so stark im Rettungsbereich verankert.

3.1.4.3.2 Rettungsdienst, Normung und Richtlinien

Es wird auf die Regierung hinsichtlich gesetzlicher Vorschriften zur Normierung der Rettungsdienste viel Druck ausgeübt, da man bestrebt ist, die DIN-Normen einzuführen.

Die SOSA (Stichting Opleidingen en Scholing ten behoeve van de Ambulancehulpverlening - Verein für die Aus- und Fortbildung für das Rettungswesen) hat einheitliche Richtlinien, ähnlich wie der Interverband für Rettungswesen in der Schweiz, für die Ausbildung im Rettungsdienst ausgearbeitet.

Die Christliche Gewerkschaft hat ein Berufsprofil "RD-Krankenpfleger" herausgegeben, welches jedoch nicht gesetzlich anerkannt ist. Weiters existieren Anbefehlungen des Ältestenrates für das Gesundheitswesen.

3.1.4.4 DAS PERSONAL IM RETTUNGSDIENST UND SEINE AUSBILDUNG

3.1.4.4.1 Personalsituation

Es gibt in den Niederlanden größtenteils nur hauptamtliches Personal. Nur in ländlichen Regionen greift man aufgrund der niedrigen Einsatzzahlen auf die Hilfe Freiwilliger zurück. Man ist in den Niederlanden der Meinung, daß der Rettungsdienst von professionellen Kräften geleistet werden sollte. Es existiert kein einheitliches Berufsbild für das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst.

Derzeit arbeiten ca. 1400 Fahrer, 190 vollzeitbeschäftigte und 119 teilzeitbeschäftigte Begleiter, die nicht das Krankenpflegediplom besitzen und 845 vollzeitbeschäftigte und 320 teilzeitbeschäftigte Personen mit Krankenpflegediplom im Rettungsdienst. Der Anteil der ehrenamtlich Tätigen ist verschwindend gering.

Pensionsregelungen und Kündigungsschutz sind bei den Beamten besser als bei den Privatdiensten für den Arbeitnehmer geregelt; der Verdienst der Beamten und der bei Privatrettungsdiensten Tätigen ist seit dem Lohnstreit im Jahr 1990 in etwa gleich.

3.1.4.4.2 Die Entwicklung der Ausbildung

Die gesetzlichen Mindestanforderung für die Ausbildung des Rettungsdienstpersonals ist ein ca. 30-stündiger Erste-Hilfe-Kurs, jedoch fordern praktisch fast alle Dienste zusätzlich noch einen Reanimationskurs. Dies galt zunächst für das gesamte Personal. Gemeinderettungsdienste forderten schon vor 70 Jahren für den

Beifahrer das Krankenpflegediplom, für den Fahrer genügte die Erste-Hilfe-Ausbildung. Es hat sich jedoch mit der Zeit herausgestellt, daß die Krankenpflegeausbildung alleine nicht ausreicht und nur durch das Krankenpflegediplom allein keine qualitativ gute Durchführung der Arbeit gewährleistet ist.

Die Krankenpflegeausbildung in den Niederlanden gliedert sich in eine A-Krankenpflege (Allgemeine Krankenpflege) und die B-Krankenpflege (Psychiatrie). Zunächst wurde entweder die A- oder die B-Krankenpflege gefordert, aber es wurde mit der Zeit immer stärker die A-Krankenpflege verlangt. Weiters wurde immer mehr Wert auf Spezialpflegeausbildungen wie Intensive Care (IC) und Kardiologie (CCU) gelegt. Dieser starke Einfluß der Kardiologie auf den Rettungsdienst ist auch verantwortlich für das höhere Durchschnittsalter des Beifahrers: Die A-Krankenpflege hat eine 3,5-jährige Ausbildungsdauer, IC/CCU ± zwei Jahre. Ehe diese Spezialpflegeausbildungen begonnen werden können, muß ein Praxisjahr absolviert werden. Hat eine Krankenpflegekraft zusätzlich noch die B-Krankenpflege, verlängert sich die Ausbildung um weitere zwei Jahre.

Auf dem Bereich der Ausbildungsinhalte hat sich in den letzten Jahren ein Trend zur Anästhesiepflege entwickelt, welcher immer mehr Eingang in den Rettungsdienst gefunden hat. Es wurden daher neue Ausbildungen entwickelt, wie z.B. 1983 in Breda der Notfallkrankenpflegekurs. Diese 16-monatige Ausbildung ist sowohl für das Personal im Rettungsdienst als auch für das Personal der Notaufnahme konzipiert und inkludiert verpflichtende Praktika.

Dieser Kurs wurde seit zwei Jahren landesweit von der Regierung eingeführt, ist aber in den übrigen Städten aufgrund der neuesten Entwicklungen im Rettungsdienst klinisch ausgerichtet.

3.1.4.4.3 Trägerinstitutionen und Ausbildungsangebot

Die Ausbildung des im Rettungsdienst tätigen Personals wird von Rettungsdiensten, die zumeist Krankenpflegeschulen sind, und in bescheidenem Ausmaß vom Roten Kreuz wahrgenommen.

Die SOSA (Stichting Opleidingen en Scholing ten behoeve van de Ambulancehulpverlening - Verein für die Aus- und Fortbildung für das Rettungswesen) hat einheitliche Richtlinien, ähnlich wie der Interverband für Rettungswesen in der Schweiz, für die Ausbildung im Rettungsdienst ausgearbeitet und ist ebenfalls in der Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst tätig.

Weitere Institutionen und Organisationen, die sich mit dem Rettungs- und Krankentransportdienst sowie der Notfallmedizin beschäftigen, sind:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- o N.A.V.: Niederländischer Verein für den Rettungsdienst
- o V.C.H.V.: Verein für Leitende Krankenpflegekräfte im Rettungsdienst
- o C.F.O.: Christliche Gewerkschaft (Fachgruppe Rettungsdienst)
- o F.N.O.V.: Arbeitgeberorganisation für Transport
- o N.V.S.R.: Niederländische Vereinigung für Notfallmedizin und Katastrophenmedizin
- o G.H.I.: Bundesanstalt für das Gesundheitswesen

Im folgenden werden jene Ausbildungsprogramme, die uns im Zuge der Auslandsbefragung genannt wurden, im Überblick dargestellt:

Art	**Dauer**	**Veranstalter**	**Inhalt**
RD-Begleiter*)	165 Std./2 Jahre Verpflichtende Weiterbildung: 28 Std./2 Jahre	SOSA	110 Std. Theorie, 55 Std. Praxis
RD-Chauffeur*)	143 Std./2 Jahre	SOSA	84 Std. Assistierende medizinische Handlungen, 59 Std. Fahrtechnische Ausbildung
RD-Krankenpflegekraft*)	160 Std./1 Jahr	SOSA	nur Theorie, ab 1993 mehr praxisorientiert
Erste Hilfe**)	30 Std./5 Monate	Oranges Kreuz	Erste Hilfe und lebensrettende Maßnahmen
Regionale Fortbildung*)	ca. 2 Std./Monat	Rettungsdienste und/oder Rettungsleitstellen	verschieden
Krankenhauspraktika*)	unterschiedlich, meistens einige Tage	Rettungsdienste	z.B. Anästhesie, meistens Intubation
Symposia***)	1 - 3 Tage	Berufsorganisationen, Gewerkschaften, Betriebe, etc.	themenbezogen

ANMERKUNGEN:

*) gesetzlich noch freiwillig, die Dienste verpflichten teilweise ihre Mitarbeiter
**) verpflichtend, jedoch nicht für Krankenpflegekräfte
***) immer freiwillig

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Voraussetzung für alle Ausbildungen ist die Tätigkeit im Rettungsdienst. Die Ausbildung wird vom Arbeitgeber finanziert und diese Kosten werden von den Rettungsdiensten auf den Fahrpreis aufgeschlagen. Ein großes Minus ist, daß die in Ausbildung befindlichen Personen als Vollzeitarbeitskräfte eingesetzt werden und keine verpflichtenden Praktika absolvieren müssen.

Es wird an der Überarbeitung des gesamten Ausbildungsangebotes gearbeitet. Ziel ist es, mit dem Krankenpflegediplom und einem adäquaten Rettungsdienst-Kurs ein ausreichendes Niveau der rettungsdienstlichen Versorgung zu erzielen.

3.1.4.5 RETTUNGSMITTEL, AUSSTATTUNG UND RETTUNGSEINSATZSTELLEN

3.1.4.5.1 Rettungsmittel und Ausstattung

In den Niederlanden kennt man im Prinzip nur das Mehrzweckfahrzeug, welches außer den gesetzlich vorgeschriebenen Inhalten (Schaufeltrage, Extremitätenschienen, Absaugapparatur, Beatmungsapparatur, Sauerstoff, Verband, Geburtshilfe- und einen Notfallkoffer mit Medikamenten und Intubationsbesteck) weiters mit Entonox (Sauerstoff-/Lachgasgemisch 50 % zu 50 %) zur Schmerzbekämpfung, Halskragen und einem Monitor/Defibrillator ausgestattet ist. Einige Dienste verwenden weiters Schockhosen, die Vakuummatratze findet beim Personal generell nur sehr wenig Zuspruch, es wird aber deren Anschaffung diskutiert. Tendenziell wird in letzter Zeit bei vielen Rettungsdiensten ein Pulsoximeter und ein Kindernotfallset angeschafft.

Die in den Niederlanden verwendeten Fahrzeugtypen sind primär Chevrolet Typ Van und Mercedes Benz Typ W 124, seltener sieht man Mercedes Bus (319), Chevrolet Modular, Opel Senator, Iveco Turbo Daily.

Bei der Innenausstattung ist zu bemerken, daß die Trage wie in den Fahrzeugen der BRD linksseitig angebracht und standardmäßig mit einem Ferno-Fahrgestell versehen ist.

Weiters gibt es noch Sonderfahrzeuge. Die erste Gruppe sind PKWs mit Sondersignalen, die im Bereitschaftsdienst eingesetzt werden. So fährt z.B. eine Mannschaft die Ambulance, das andere folgt mit dem PKW, der benötigte Materialien der Erstversorgung mitführt. Die Minimalausstattung eines solchen Sonderfahrzeuges besteht aus einem Notfallkoffer und einem Defibrillator.

Die zweite Gruppe von Sonderfahrzeugen stellen Materialfahrzeuge und Anhänger mit zusätzlichem Material für Großschadensereignisse, wie z.B. Tragen, Verband, Infusionsbesteck, dar. Sie sind zumeist bei den Gemeinderettungsdiensten untergebracht.

Die dritte Gruppe sind Kommandowagen mit Funkeinrichtung, welche bei Großschadensereignissen eingesetzt und von den Rettungsleitstellen bemannt werden.

Mancherorts werden auch Leichenwagen von den Gemeinde-Rettungsdiensten geführt, diese stellen die vierte Gruppe von Sondereinsatzfahrzeugen dar.

Weitere im Rettungsdienstbereich eingesetzte Fahrzeuge sind ein vom Gesundheitsministerium unterhaltener Lastwagen mit Anhänger, welcher als Verbindungs- und Operationseinheit eingesetzt wird, ein Großraumrettungswagen (der einzige in den Niederlanden) und ein Containerfahrzeug, auf dem sich ein Operationscontainer mit Material befindet. Die beiden letztgenannten Fahrzeuge sind auf dem Flughafen Schiphol bei Amsterdam stationiert.

Eine Neuerung hinsichtlich der Fahrzeuge stellt das sgn. "Liegetaxe" dar. Dieses Fahrzeug soll bei Transporten, bei denen der Patient keiner medizinischen Betreuung bedarf, eingesetzt werden. Derzeit wird ein Versuch gestartet, diese Fahrzeuge auch als KTW für bestimmte Transporte einzusetzen. Derzeit ist die Frage, durch wen diese Fahrzeuge koordiniert werden sollen, noch offen: durch eine Rettungsleitstelle oder über eine Taxizentrale.

3.1.4.5.2 Rettungseinsatzstellen

Den Rettungseinsatzstellen kommt in den Niederlanden die Aufgabe der Koordination der landesweit über 600.000 Krankentransporte und Rettungsdiensteinsätze zu. Sie sind von den Kommunen errichtet und unabhängige Organisationen, werden aber aus praktischen Überlegungen heraus schon zur Hälfte in den bereits bestehenden Leitstellen der Gesundheitsämter untergebracht. Da die gesetzlichen Vorschriften für die Rettungseinsatzstellen auf ein Minimum beschränkt sind, kommt ihnen hauptsächlich die Telefonistenrolle zu.

Kleinere Rettungsstellen werden aus wirtschaftlichen und qualitativen Gründen sehr oft von größeren Leitstellen übernommen.

Rettungseinsatzstellen sind in ländlichen Gebieten Teil der Feuerwehrleitstellen. Zu 20 %, zumeist bei den kleineren Leitstellen, wird die Aufgabe der Rettungseinsatzstelle zur Gänze von der Feuerwehrleitstelle übernommen. Auf das Personal bezogen bedeutet dies, daß der Leitstellendisponent ein Angehöriger der Feuerwehr ist

und nicht dem Rettungsdienst angehört. In den meisten Fällen ist es jedoch eine Krankenpflegekraft, die Rettungsdiensterfahrung haben sollte.

Die medizinische Verantwortung obliegt einem Arzt, der beratend oder in leitender Funktion, zumeist teilzeitbeschäftigt, tätig ist. Dieser ist in großem Maße für die Erstellung von Protokollen (standing orders) verantwortlich.

Manche Rettungsleitstellen bieten auch andere Dienste, wie z.B. Ärztlicher Notdienst, Psychiatrischer Notdienst, Hebammenalarmdienst oder auch den Hausalarmdienst für Behinderte und alte Personen, an.

3.1.4.6 NOTARZTSYSTEME - EINSATZBEREICH DES ARZTES

Es existiert in den Niederlanden kein dem österreichischen oder deutschen vergleichbares Notarztsystem. Das ärztliche Personal ist in beratender und leitender Stellung tätig und kommt nur bei Großschadensereignissen oder bei eingeklemmten Personen zum Einsatz.

Der Arzt war früher bei solchen Einsätzen in einem sgn. LOTT-Team, einem Trauma-Team, eingesetzt, welches aus einem Anästhesisten und einem Chirurgen sowie zwei Fachpflegekräften (aus dem Bereich der Anästhesie und der Notaufnahme) bestand. Durch die äußerst geringe Einsatzzahl wurden die LOTT-Teams zu Trauma- bzw. Crash-Teams umgewandelt, welche nur mehr aus einem Arzt und einer Fachkrankenpflegekraft bestehen. Dieses Team ist einfacher zu alarmieren und schneller einsatzfähig, weiters kann es auch von einem kleineren Krankenhaus her bemannt werden. Die Teams sind teilweise motorisiert. Teams, die mit keinem Fahrzeug ausgestattet sind, werden von Rettungsdienst abgeholt und zum Einsatzort gebracht. Daraus resultiert eine mindestens 20-minütige Anfahrtszeit.

Für die im Rettungsdienst tätigen Ärzte gibt es keine einheitlichen Regelungen bzw. Vorschriften hinsichtlich der Ausbildung.

Weiters ist anzumerken, daß bis dato praktisch keine Rettungshubschrauber eingesetzt werden. In den Niederlanden wird der Hubschrauber nur zum Transport von Patienten ohne Arzt von den Wattinseln und zur Verlegung von Neugeborenen eingesetzt.

3.1.4.7 RETTUNGSDIENSTE

Es dominieren in den Niederlanden die privaten Rettungdienste, die ca. 80 % der Rettungsdienste und 65 % der Fahrzeuge einnehmen. Oft schließen sich auch kleine Rettungsdienste zusammen oder geben sogar ihre Tätigkeit auf. Der Rest fällt auf gemeindeeigene Dienste, die zumeist unter der Verantwortung des Gesundheitsamtes stehen.

5 % der Rettungsdienste liegen in der Leitung des Roten Kreuzes, weitere 5 % werden von Krankenhäusern geleitet. Die Fahrer und Fahrzeuge werden dabei z.B. von der Feuerwehr gestellt.

Die Zusammenarbeit zwischen den Rettungsdiensten und den Rettungsleitstellen geht nunmehr weg von der traditionellen Verbundenheit dieser beiden Einheiten. Derzeit zeichnet sich eine eindeutige Entwicklung hin zur organisatorischen Trennung der Leitstellen vom Rettungsdienst ab, vor allem wegen des Umstandes, daß die privaten Rettungsdienste immer mehr an Bedeutung gewinnen und die Rettungsleitstellen zumeist kommunal geleitet werden.

Einige Rettungsdienstbereiche treffen sogar Absprachen über die Anzahl der Notfalleinsätze. Dies ist möglich, da die Leitstelle das nächste Einsatzfahrzeug nicht aufgrund eines Funkumrufes, sondern aufgrund der vorliegenden Leermeldungen bestimmt.

3.1.4.8 NOTRUFSYSTEME

Es gibt seit Mitte 1990 eine landesweit einheitliche Notrufnummer (06-11) für alle Notfälle, also Feuerwehr, Polizei und Rettung. Diese ist zentral über eine Telefonzentrale organisiert und wird entsprechend der Art des Notrufes an die jeweilige Einsatzstelle weitergeleitet. Das Personal besteht aus unabhängigen Zentralisten, also keine Personen mit einer z.B. rettungsdienstlichen Ausbildung. Die Akzeptanz und Bekanntheit bei der Bevölkerung ist groß (97 %), jedoch wird von Seiten einiger Hilfsdienste Kritik am Funktionieren der Telefonzentrale geübt.

Diese Telefonzentrale hat weiters per Gesetz die Registrierung der Einsatz- und Transportdaten vorzunehmen.

3.1.4.9 DOKUMENTATION IM RETTUNGSDIENST

Wie schon anfangs erwähnt, sind die Rettungsleitstellen zur Erhebung und Aufzeichnung bestimmter Daten verpflichtet. Diese sind: Fahrtnummer, Zeiten, Dia-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

gnose und Umstände. Das Rettungsdienstpersonal muß weiters verpflichtend einen Einsatzbericht ausfüllen. Jedoch sind diese Formulare noch nicht einheitlich gestaltet, sodaß sie Unterschiede in Art und Umfang aufweisen. Angeführt werden Adresse, Unfallort, Bestimmungsort und das Personal. Zumeist ist auch ein modifizierter Trauma-Score Inhalt dieses Formulars.

3.1.4.10 QUALITÄTSSICHERUNGSMAßNAHMEN IM RETTUNGSDIENST

Die derzeitigen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rettungsdienst werden einerseits durch die Dokumentation der Einsätze (siehe Kapitel 3.1.5.9), andererseits durch die Erstellung sgn. standing orders (Protokolle) durchgeführt. Die standing orders dienen als Leitfaden für die Hilfeleistung vor Ort und werden in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst, dem medizinischen Leiter und regionalen Krankenhäusern erstellt. Dies ist jedoch nicht gesetzlich vorgeschrieben bzw. geregelt, es ist allein der Arbeitgeber, welcher zum Einsatz der Protokolle verpflichten kann. Die Anzahl und der Umfang solcher Protokolle ist abhängig vom Niveau des Rettungsdienstes sowie der Entwicklung und Einstellung der regionalen Krankenhäuser. Zumeist werden folgende Protokolle verwendet: Kardiologie, Epilepsie, Drogenintoxikation, Diabetes, KARA, Anaphylaktischer Schock und in zunehmenden Maße Traumatologie. Durch die Bestrebungen, diese Protokolle landesweit einzuführen, wird in den Niederlanden versucht, das Niveau der praeklinischen Versorgung auf ein einheitliches Mindestniveau zu bringen.

In den standing orders sind auch die jeweiligen Medikamentengaben mit eingearbeitet. Folglich werden bei der Erstellung neuer bzw. Überarbeitung alter Protokolle auch neue Medikamente berücksichtigt. Man ist jedoch darauf bedacht, der konservativen Therapie im Krankenhaus nicht im Wege zu stehen.

Hinsichtlich der Ausbildung sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen noch sehr gering ausgeprägt. Es findet keine einheitliche Überprüfung der Einhaltung der Ausbildungsvorschriften, die ja auch gesetzlich noch nicht - bis auf die Ausnahme Erste Hilfe - geregelt sind, statt. Es ist jedoch geplant, diese Überprüfung Kommissionen der SOSA zu übertragen.

3.1.4.11 KATASTROPHENSCHUTZ

Der Katastrophenschutz ist derzeit in den Niederlanden einem großen Wandel unterzogen. Er war zunächst Aufgabe des Zivilschutzes. Dieser wurde 1985 aufgelöst und die Verantwortung hinsichtlich Technik und Organisation Aufgabe der Feuerwehr, die medizinische Verantwortung den Gesundheitsämtern übertragen. Dem Roten Kreuz wurden einige praktischen Aufgaben übertragen. Andere Hilfsorganisa-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

tionen, wie der Arbeiter-Samariter-Bund, die Johanniter-Unfall-Hilfe oder der Malteser-Hospitaldienst, sind überhaupt nicht vertreten. Auch die Katastrophenschutzeinheiten des Militärs werden nun nach und nach aufgelöst.

Zunächst wurden die Gesundheitsämter und Rettungsdienste nicht in den Katastrophenschutz miteinbezogen. Erst durch viel Selbstinitiative und Veranstaltungen, wie z.B. Übungen für den Rettungsdienst, konnten sie sich auch in diesem Bereich etablieren und aktivst mitwirken. Dies geschah z.B. bei der Erstellung des erst kürzlich erschienen Katastrophenhandbuches, welches als Grundlage für den Gesetzesentwurf fungierte. Dieses Gesetz schreibt u.a. vor, daß die Gesundheitsämter die Endverantwortung für die Vorbereitung und Ausführung medizinischer Hilfeleistungen tragen.

Weiters wird derzeit an der Erstellung von Standards im Katastrophenschutzbereich gearbeitet.

3.1.5 DAS RETTUNGSWESEN IN UNGARN

3.1.5.1 KURZER HISTORISCHER ÜBERBLICK DER RETTUNG IN UNGARN

Seit dem 10. Mai 1887, also seit mehr als 100 Jahren werden ***Rettungswagen auf den Budapester Straßen*** eingesetzt (vgl. PAP, 1987 und TRAUSSNIG, 1990)

Diese hundertjährige Geschichte teilt sich in ***zwei Phasen***: Die erste, die von der Gründung ***bis 1948*** dauerte, entwickelte sich ***parallel zu anderen Rettungsdiensten***. Die Träger der Rettungsstationen waren die Städte, freiwillige Gesellschaften und die Feuerwehr. Die finanzielle Sicherstellung wurde durch öffentliche Spenden ermöglicht.

Im Jahre 1948 wurden die einzelnen ***Rettungsstationen und Gesellschaften durch eine ministerielle Verordnung im einer zentralisierten, einheitlichen, staatlichen Organisation zusammengefaßt***. In diesem Ministererlaß wurden die hauptsächlichen ***Ziele des Rettungsdienstes*** vorgeschrieben:

1. Rettung und Krankentransport in ganz Ungarn,
2. Aufbau und Unterhalt der Rettungsstationskette,
3. Aus- und Weiterbildung des Rettungspersonals sowie der Pfleger, der Lenker, der Rettungsoffiziere und der Ärzte sowie
4. Verbindung mit ausländischen Rettungsexperten.

Seit 1948 lautet der Name der Organisation ***ORSZÁGOS MENTÖSZOLGÁLAT FÖIGAZGATÓSÁGA***, ***Hungarian National Emergency & Ambulance Service*** (dt.: Ungarischer Landesrettungsdienst).

Notfallmedizin, im ungarischen Sprachgebrauch wird der Terminus "***Oxylogie***" verwendet, ist eine einheitliche selbständige medizinische Disziplin und wird seit 1983 an den Universitäten gelehrt.

3.1.5.2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Im Jahr ***1992*** trat in Ungarn ein neues Gesetz, das ***Health Care Law***; in Kraft, welches die ***notfallmedizinische Versorgung*** durch das *"Hungarian National Emergency and Ambulance Service"- ORSZÁGOS MENTÖSZOLGÁLAT FÖIGAZGATÓSÁGA*, dem Ungarischen Landesrettungsdienst, der eine landesweite ***staatliche Organisation*** darstellt, regelt. Demnach ist die ***professionelle Hilfeleistung in präklinischen medizinischen Notfällen*** und die Durchführung aller ***durch einen Arzt veranlaßten Patiententransporte*** sowie die ***Supervision der Durchführung der Ersten Hilfe der Laienhelfer*** neben einigen anderen Aufgaben in der Verantwortung des Hungarian National Emergency and Ambulance Service (MINISTRY OF WELFARE - REPUBLIC OF HUNGARY, 1993).

Die gesetzlichen Regelungen sind betreffend die Bevollmächtigung der Ausbildung in Erster Hilfe, der Etablierung von Notfallaufnahme-Abteilungen und Standards für Ambulanzausstattung und das Personal noch inkomplett. Letztgenannte sind ausschließlich innerhalb des National Emergency and Ambulance Service geregelt.

3.1.5.3 FINANZIERUNG

Die ***Finanzierung des Rettungs- und Krankentransportwesens*** in Ungarn erfolgt ***durch den Staat und die Krankenkasse***. Kostenträger und verantwortliche Organisation ist das National Emergency and Ambulance Service. Die Finanzierung der erst seit kurzem bestehenden zehn privaten Rettungs(transport)dienste, die hauptsächlich im Krankentransport tätig sind, ist noch nicht gesichert.

3.1.5.4 STRUKTUR UND ORGANISATION DES RETTUNGSWESENS

3.1.5.4.1 Allgemeines und statistische Grundlagen

Der ***Ungarische Landesrettungsdienst*** ist eine einheitliche Organisation ***mit 20 regionalen Organisationen, welche den 20 Komitaten Ungarns, vergleichbar***

unseren Bundesländern, entspricht, und dem Luftrettungsdienst. Die Rettung und der Krankentransportdienst sind durch diese ***regionalen Leitstellen*** organisiert. Die *zentrale Leitstelle* befindet sich in Budapest und ist dem Gesundheitsministerium unmittelbar untergeordnet (SZABO, 1992). In speziellen Fällen und bei weiten Krankentransporten bzw. bei Massenunfällen übernimmt bzw. unterstützt sie die regionalen Rettungsorganisationen.

Täglich sind in Ungarn ***1050 Rettungswagen*** im Einsatz. Die Anzahl der Rettungsfahrzeuge in den einzelnen Komitaten ist unterschiedlich und abhängig vom Einsatzgebiet einerseits und der Einwohnerzahl eines Komitates andererseits.

Die ***Leitung der Einsatzfahrzeuge*** wird von der Komitat-Dienstführergruppe durchgeführt. In Budapest selbst sind täglich 110 Rettungsfahrzeuge im Einsatz. Die Leitung liegt hier bei der Zentral-Dienstleitergruppe unter der Führung des Chefarztes (TRAUSSNIGG, 1990).

Der zentralisierte ungarische Landesrettungsdienst ist als Organisationsmodell einzigartig. Dies vor allem durch die starke Überzeugung, daß der ***Rettungsdienst eine staatliche Aufgabe*** ist. Diese Auffassung geht auf den Gründer des ungarischen Rettungsdienst, Dr. Gèza Kresz, und seine Mitarbeiter zurück.

Positive Erfahrungen mit dem ungarischen System der Notfallversorgung und Rettungsdienstes sind nach Auskunft von Dr. Szabo Katalin die einheitliche Organisation mit denselben Richtlinien, die es ermöglichen, allerorts und jederzeit den entsprechenden Rettungseinsatz durchzuführen. Als Negativum wird das Fehlen von Notfallaufnahmeabteilungen angegeben, wodurch die Aufnahme von Notfallpatienten manchmal erschwert wird.

3.1.5.4.2 Rettungsdienst, Normung und Richtlinien

Neben dem Aufbau der Organisation sind in Ungarn auch die ***Fahrzeuge und die medizinische Ausrüstung vereinheitlicht*** (siehe Kapitel 3.1.6.5.1), jedoch nicht gesetzlich geregelt.

Es existieren für das ärztliche Personal einheitliche Richtlinien über die medizinische Versorgung. Die medizinischen Anforderungen des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals ergeben sich aus den jeweiligen Kompetenzen von Rettungssanitäter/EMT und Rettungsoffizier.

Da die Ausrüstung der einzelnen Einsatzmitteln im ganzen Land gleich ist und sie unabhängig von der Art des Einsatzes ausgestattet sind, gibt es sowohl für ärztliches als auch für nichtärztliches Personal die gleichen rettungstechnischen und

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

einsatztaktischen Anforderungen. Dies trifft ebenso auf das landeseinheitliche Leitstellensystem zu.

3.1.5.5 DAS PERSONAL IM RETTUNGSDIENST UND SEINE AUSBILDUNG

3.1.5.5.1 Personal

Derzeit gibt es ca. 5000 hauptamtlich tätige nichtärztliche Sanitätspersonen im Rettungsdienst. Das Personal im ungarischen Rettungswesen gliedert sich in sgn. ***Rettungsfachsanitäter (EMT's)*** und ***"Paramedics", die Rettungsoffiziere***. Die Ausbildung wird auf Teilzeitbasis absolviert, d.h. neben dem Beruf bzw. begleitend zur täglichen Arbeit im Rettungsdienst.

Die ***Rettungsdienstoffiziere*** erfüllen in Ungarn eine wichtige Aufgabe innerhalb des Rettungswesens, denn es ist aus finanziellen Gründen nicht immer möglich, zu jeder Unfallstelle und zu dem Patienten einen der hochqualifizierten Notärzte zu schicken. Überdies kam es in den letzten Jahren zu einem ***Anstieg traumatologischer, internistischer und lebensbedrohlicher Notfälle***. Daher ist es eine zwingende "Lebens-" Notwendigkeit, Notfallpatienten so rasch und angemessen als nur möglich in der präklinischen Phase Erste Hilfe zu leisten.

Um diese Versorgung zu gewährleisten, wurde dem Ungarischen Landesrettungsdienst vom Gesundheitsministerium die Möglichkeit gegeben, sgn. ***"Paramedics"***, d.h. *"Rettungsoffiziere"* auszubilden (TRAUSSNIG, 1990).

Die geplanten und in Etablierung befindlichen ***Notfall-Aufnahmeabteilungen*** spielen eine wesentliche Rolle für die Aus- und Weiterbildung des Sanitätspersonals.

Für erfahrene Rettungssanitäter ist die ***Erweiterung der Kompetenzen geplant***, und zwar um die ***Intubation***, die venöse ***Infusionsgabe*** (kristalloid) und ***Defibrillation*** mit halbautomatischem Defibrillator.

3.1.5.5.2 Trägerinstitutionen und Ausbildung

Die Ausbildung zum Rettungsfachsanitäter setzt den Abschluß der Volksschule (Dauer: 8 Jahre) voraus. Danach kann eine dreijährige Ausbildung absolviert werden, die in Teilzeitform neben dem Beruf im EMS stattfindet und mit dem Titel "Rettungsfachsanitäter" abgeschlossen wird. Danach haben die Rettungsfachsanitäter die Möglichkeit, sich zum Rettungsoffizier ("Paramedic") weiter ausbilden zu lassen. Die Ausbildungsvoraussetzungen zum Rettungsoffizier ("Paramedic") sind die Matura, drei Jahre Fachschule (= Ausbildung zum Rettungsfachsanitäter), eine

zweijährige Berufstätigkeit im Rettungsdienst und eine positive Aufnahmeprüfung. Danach kann das vierjährige Hochschulstudium zum Paramedic begonnen werden.

Während ihrer Tätigkeit absolvieren die Studenten den ***praktischen Unterricht am Sturmwagen***, vergleichbar mit dem NAW in Österreich. Weiters müssen sie an ***Übungen im Krankenhaus*** teilnehmen, bei welchen ihnen unter Führung und Aufsicht erfahrener Fachärzte das Wissen um Intubieren, EKG anlegen, etc. vermittelt wird. Diese Übungen werden an chirurgischen, toxikologischen und gynäkologischen Abteilungen sowie auf Intensivstationen absolviert. Erst nach dem Absolvieren dieser Übungen werden die Studenten zum ***Rigorosum oder Kolloquium*** der parallel erlernten Fächer zugelassen.

Am ***Ende des vierten Jahres*** müssen die Studenten eine ***sgn. Facharbeit***, vergleichbar mit einer ***Diplomarbeit***, verfassen, die sie vor der ***kommissionellen Prüfungskommission***, vor der sie auch die Abschlußprüfung ablegen, begründen und vertreten müssen.

Im Überblick lassen sich die einzelnen Ausbildungsstufen sowie die Lehrinhalte (HUNGARIAN NATIONAL EMERGENCY & AMBULANCE SERVICE, Stand 1992) wie folgt darstellen:

Personal	**Dauer**	**Veranstalter**	**Lehrinhalte**	**freiwillig/ verpflichtende Ausbildung**
Rettungsfachsanitäter (EMT)	3 Jahre	Fachschule	allg. u. für den Rettungsdienst spezifische Ausbildung	verpflichtend
Rettungsoffiziere (Paramedics)	4 Jahre	medizinische Hochschule	rettungsdienstspezifische Ausbildung	freiwillig

Quelle: HUNGARIAN NATIONAL EMERGENCY & AMBULANCE SERVICE, 1992, MINISTRY OF WELFARE, 1993 und LUXEM, 1992

Die ***Weiterbildung*** des Rettungspersonals wird durch regelmäßige monatliche Schulungen durchgeführt. Das ***Lehrpersonal, die Instruktoren***, sind Rettungs-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

dienstoffiziere. Die Generaldirektion gibt jährlich einen Plan zur Weiterbildung aus. Lehrstoffinhalte sind u.a. Reanimation, Versorgungstaktik bei Massenunfällen, Toxikologie und andere wichtige medizinische Fragestellungen.

Die Weiterqualifikation eines Rettungsoffiziers in Ungarn ist obligat. Über die neuesten Standards und Richtlinien im Rettungswesen wird in ständigen Fortbildungsveranstaltungen informiert. Auf diesen Veranstaltungen werden Mitteilungen und Notfälle besprochen und ausgewertet sowie neu eingesetzte Medikamente, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen, Indikationen und Kontraindikationen bekanntgegeben. Weiters findet ***alle fünf Jahre eine zentrale Weiterbildung*** im Krankenhaus des Budapester Rettungsdienstes statt.

Neue theoretische und praktische Erkenntnisse werden schriftlich zusammengestellt. Diese kurzen ***Publikationen ("Direktiven zur Methodik der Rettung")*** sichern die Einheitlichkeit in Theorie und Praxis des ungarischen Rettungsdienstes.

3.1.5.5.3 Tätigkeitsbereiche der Rettungsoffiziere des Ungarischen Rettungsdienstes

Im großen und ganzen lassen sich vier große Bereiche für den ***Einsatz der Rettungsoffiziere*** definieren:

1) Verwendung als Leitstellenleiter,
2) Ausrückdienst am Rettungswagen,
3) Beteiligung an der Ausbildung der Rettungssanitäter und
4) die Laienausbildung.

Die Schaffung des Rettungsoffizieres hat in Ungarn einen besonderen Grund: Dieses Personal ist ***für jene Einsätze ausgebildet, bei denen nicht unbedingt ein Notarzt benötigt wird oder aber keiner zur Stelle ist und lebensrettende Sofortmaßnahmen, wie z.B. Defibrillieren, durchgeführt werden müssen***. Sie werden also bei Notfällen eingesetzt, die voraussichtlich nicht unbedingt einen Notarzt erfordern. Die Rettungsoffiziere benachrichtigen ihrerseits während des Einsatzes, ebenso wie das EMS-Personal in den USA, die Zentrale bzw. den Notarzt, wenn Maßnahmen durchgeführt werden müssen, die nicht in ihren alleinigen Verantwortungsbereich fallen, so z.B. eine Thrombolyse oder eine Schrittmachertherapie. Die Stellung des Rettungsoffizieres liegt also, auch den Verantwortungsbereich betreffend, zwischen dem Rettungssanitäter und dem Notarzt. Weiters wurde mit der Schaffung dieser Berufsgruppe eine Lücke in der Rettungskette geschlossen.

3.1.5.5.4 Kompetenzen des Rettungsdienstpersonals in Ungarn

Rettungssanitäter/EMT dürfen in Ausübung ihres Berufes folgende medizinische Maßnahmen eigenverantwortlich setzen:

- BLS - Basic Life Support
- BTLS - Basic Trauma Life Support
- Fähigkeit der Beurteilung des Zustandes
- Maskenbeatmung

Rettungsoffiziere (Paramedics) dürfen in Ausübung ihres Berufes folgende Maßnahmen durchführen:

- ALS - Advanced Life Support
- sachgerechte Versorgung der Notfälle
- Aus- und Weiterbildung des nichtärztlichen Personals
- Intubation
- Defibrillation
- Ösophagus-Sofortmaßnahmen
- Verabreichung von Medikamenten (ausgenommen Narkose)
- Punktion peripherer Venen.

3.1.5.6 RETTUNGSMITTEL, AUSSTATTUNG UND RETTUNGSEINSATZSTELLEN

3.1.5.6.1 Rettungsmittel und Ausstattung

Es gibt ***hinsichtlich Ausstattung*** der diversen Einsatzmittel ***keine gesetzliche Regelung***. Jedoch hat der Ungarische Landesrettungsdienst schon vor Jahrzehnten eine diesbezügliche Norm ausgearbeitet.

Die Rettungswagen Ungarns werden zum größten Teil aus Polen bezogen (Typ NYSA). Jährlich werden ca. 400 Fahrzeuge neu angeschafft. Neben den NYSA gibt es in jedem Komitat einen "Sturm-Wagen" des Typs Daimler Benz, welcher von einer Firma aus der BRD bezogen wird. In Budapest sind fünf dieser Rettungsfahrzeuge im Einsatz.

Die ***Ausstattung der Rettungsmittel ist einheitlich***: In jedem Rettungswagen in ganz Ungarn befinden sich die gleichen Geräte am gleichen Ort, es werden die gleichen Spritzen und Rettungstaschen verwendet. Durch diese Maßnahme ist die Ausbildung des Rettungsdienstpersonals erheblich erleichtert und es muß z.B.

nicht Rücksicht auf trägerspezifische Änderungen oder andere Typen der Rettungsmittel genommen werden.

Die ***Grundausrüstung*** für die Erste Hilfe befindet sich in jedem Wagen: Koffer mit Ampullen, Infusionen, Verbandsstoffe, Pneu- und Kramerschienen, Beatmungsbeutel, Ambu-Minipumpe, Vakuummatratze und medizinischer Sauerstoff. Wird ein Arzt oder Rettungsoffizier zusätzlich alarmiert, so erweitert sich die Ausrüstung um einen Arztkoffer, eine Intubationsgarnitur und ein Elektrokardioskop.

Die ***Sturmwagen*** sind am fortschrittlichsten ausgerüstet: sie enthalten zusätzlich einen Respirator, einen Defibrillator, einen Schrittmacher und eine quantitativ und qualitativ gute Ausstattung an Notfallmedikamenten.

Täglich sind auch ***Hubschrauber*** mit einem Rettungsarzt im Einsatz. Die Ausrüstung eines Hubschraubers entspricht der eines Sturmwagens.

3.1.5.6.2 Rettungseinsatzstellen

Die ***Rettungsstationen*** eines Komitates bilden eine ***Komitat-Rettungsorganisation***. In 69 der insgesamt 169 Rettungsstationen Ungarns arbeiten Ärzte oder Rettungsoffiziere. Die Leitung der Komitat-Rettungsorganisationen stehen ***unter der Verwaltung der zentralen Leitstelle in Budapest***, der Generaldirektion, welche dem Komitat beigeordnet tätig ist.

Die ***Leitung*** einer Komitat-Rettungsstelle wird ***ähnlich unserem System der Kollegialen Führung in Krankenanstalten von drei Personen*** wahrgenommen: dem ***Chefarzt***, dem ***technischen Leiter*** sowie dem ***leitenden Rettungsoffizier***. Der Chefarzt ist alleinverantwortlich für die Rettung und den Krankentransport im Komitat sowie auch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Rettungspersonals.

3.1.5.7 NOTARZTSYSTEME - EINSATZBEREICH UND AUSBILDUNG DES ARZTES

Die ***Ausbildung zum Notarzt beträgt 4 Jahre*** und wird beim Rettungsdienst absolviert: Ärzte, die beim Hungarian National Emergency & Ambulance Service arbeiten, können nach vier Jahren praktischer Tätigkeit eine Fachprüfung ablegen. Zusätzlich ist ***ein Jahr praktische Tätigkeit im Krankenhaus*** an genau festgelegten Abteilungen erforderlich: je drei Monate Innere Medizin, Intensivtherapie, Chirurgie-Traumatologie und Neonatologie-Geburtshilfe-Kinderheilkunde. Zusätzlich muß ein ***zweiwöchiger Kurs für Notfallmedizin (Oxyologie)*** besucht werden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Weiters ist zweimal eine zweiwöchige Konsultation und ***Einsätze mit erfahrenen Notärzten*** zu absolvieren. Die Ausbildung schließt mit einer ***Fachprüfung***.

Derzeit wird in Ungarn die Etablierung von ***Notfall-Aufnahmestationen*** durchgeführt, die neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit eröffnen und künftig in der Aus- und Fortbildung der Notärzte im Rettungsdienst sehr wichtig sein wird. Für ***Medizinstudenten*** ist eine ***Universitätsausbildung in Notfallmedizin*** innerhalb des 4. und 5. Studienjahres mit Abschlußprüfung obligat. Im Jahre 1983 wurde in Ungarn das Pflichtpraktikum "Notfallmedizin" im Studium eingeführt. Ziel ist es, dem Studenten für seine spätere Tätigkeit als Arzt bereits während des Studiums ein Grundwissen in Notfallmedizin zu vermitteln. Dieses wird durch Vorlesungen, Praktika und Teilnahme am Rettungsdienst erreicht. Da die in den einzelnen klinischen Fächern behandelten Notfallsituationen nur am Rande des jeweils behandelten Stoffes stehen können, wurde der didaktische Rahmen um den Lehrinhalt "Notfallmedizin" erweitert (LUXEM, 1992).

In Ungarn gibt es eigene Fachärzte für Notfallmedizin, die die Ausbildung durchführen und die abschließenden theoretischen und praktischen Prüfungen abnehmen. An der Universität Budapest ist die Ungarische Generaldirektion des Landesrettungsdienstes mit der Durchführung der Vorlesungen und Praktika betraut. Zum Ende des 2. Studienjahres muß der Student eine Ausbildung in erster Hilfe nachweisen, wobei sich der Lehrinhalt auf Helferleistungen ohne Hilfsmittel (BLS - Basic Life Support) bezieht. Darüber hinaus ist die Durchführung der cardiopulmonalen Reanimation (CPR) im Lehrinhalt inbegriffen.

Das notfallmedizinische Praktikum (Advanced Life Support - ALS) wird während des 5. Studienjahres durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt verfügt der Student über ausreichende Kenntnisse in den klinischen Fächern, um auch fächerübergreifende Krankheitsbilder differentialdiagnostisch analysieren und auch verstehen zu können. Vortragender ist ein im Rettungsdienst tätiger Arzt, der über seine administrative und Lehrtätigkeit hinaus auch regelmäßig im Rettungsdienst praktisch tätig ist. Er hat somit auch den direkten praktischen Bezug zu seinen Lehrinhalten und ist auch der organisatorische Leiter dieser Lehrveranstaltungen. In den zusätzlich abgehaltenen Praktika wird der gelernte Stoff am Phantom vertieft. Der Student wird hier auch mit Kasuistiken konfrontiert und um Lösungsvorschläge und Therapiemaßnahmen gebeten.

Im sechsten Studienjahr muß jeder Student unter Aufsicht eines Rettungsarztes oder Rettungsoffizieres am Rettungsdienst als Praktikant teilnehmen. Interessierte Studenten, die die Prüfung mit "sehr gut" oder "gut" absolviert haben, erhalten die Möglichkeit, eine freiwillige Aufbauausbildung zu absolvieren. Dabei muß der Medizinstudent 50 absolvierte Rettungseinsätze oder 50 bei einem Rettungsoffizier oder bei einem Rettungsarzt abgeleistete Rettungseinsätze nachweisen können.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Nachdem er die Prüfung zum Rettungsoffizier erfolgreich abgelegt hat, kann er selbständig und verantwortlich am Rettungsdienst teilnehmen und erhält dafür eine Vergütung (LUXEM, 1993).

Der Notarzt (Rettungsarzt) darf in Ausübung seiner Tätigkeit grundsätzlich alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen setzen, das bedeutet, daß zu den erlaubten Maßnahmen für den Rettungsoffizier noch zusätzliche hinzukommen: intravenöse Sofortmaßnahmen, Narkoseeinleitung, Thoraxdrainage, zentrale intravenöse Punktion, Betreiben maschineller Beatmungseinheit.

3.1.5.8 RETTUNGSDIENSTE

Es gibt in Ungarn, wie bereits schon erwähnt, den ***Ungarischen Landesrettungsdienst***, welcher flächendeckend organisiert ist. Weiters existieren ***ca. 10 private Unternehmen*** auf diesem Bereich, die jedoch nur im Transportbereich und nicht in der präklinischen Erstversorgung tätig sind.

3.1.5.9 NOTRUFSYSTEME

Die Dienstleitergruppen arbeiten mit zwei UKW-Funkketten. Die ***Rettungsstationen und die Rettungsfahrzeuge eines Komitates bilden die erste Funkkette***, die ***zweite arbeitet zwischen den Komitat-Dienstleitergruppen und dem Budapester Chefarzt***. Der leitende Chefarzt koordiniert die Krankentransporte nach größeren Entfernungen, ***Ferntransporte*** werden auch oft mit dem ***Hubschrauber oder mit dem Flugzeug*** durchgeführt. Der "Dienstleiter Chefarzt" hat das Weisungsrecht für alle diensthabenden Rettungsmannschaften im ganzen Land. Dieses Recht gibt ihm somit die ***Möglichkeit, die personellen und technischen Stärken zusammenzuziehen*** wann und wo es notwendig ist, wie z.B. bei einem Massenunfall (TRAUSSNIG, 1990).

3.1.5.10 DOKUMENTATION IM RETTUNGSDIENST

Der ***Hungarian National Emergency & Ambulance Service*** verfügt über genaue statistische Unterlagen über Rettungs- und Krankentransport hinsichtlich:

- der örtlichen Einsatzfähigkeit,
- der möglichen Typen der Rettungsmannschaften (Rettungssanitäter; Rettungssanitäter und Rettungsoffizier; Rettungssanitäter und Notarzt),
- dem Bedarf und der Verteilung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals,
- Art der Rettung und
- Analyse des Massenanfalls von Patienten, etc.

3.1.5.11 QUALITÄTSSICHERUNGSMAßNAHMEN IM RETTUNGSDIENST

Die ***Einführung der Qualitätssicherung*** im Bereich des ärztlichen und nichtärztlichen Rettungsdienstes sowie eine Definition von Standards ist ***geplant***.

Eine ***Überprüfung der Einhaltung der Ausbildungsvorschriften*** findet bei den einzelnen Organisationen folgendermaßen statt: Bei den ***Notärzten*** übernimmt diese Aufgabe die Universitätsklinik und bei der Ärztefortbildung das Direktorat des Landesrettungsdienstes. Bei den ***Rettungssanitätern/EMT's*** erfolgt die Überprüfung durch die leitenden Notärzte der regionalen Organisationen. Die ***Paramedics bzw. Rettungsoffiziere*** unterliegen bei der Ausbildung der Überprüfung durch die medizinische Hochschule und durch die Generaldirektion des Landesrettungsdienstes.

Auf wissenschaftlichem Gebiet beschäftigt sich die Ungarische Wissenschaftliche Gesellschaft für Rettungswesen, eine öffentliche Institution, die alle Interessenten für Rettungswesen und Notfallmedizin zusammenfaßt, mit der präklinischen Notfallmedizin.

3.2 DIE EUROPÄISCHE UNION (EU) UND DIE PRAEKLINISCHE NOTFALLMEDIZIN

3.2.1 ÜBERBLICK ÜBER DIE HISTORISCHE ENTWICKLUNG DES RETTUNGSDIENSTES IN EUROPA

Im *11. Jahrhundert* wurde entsprechend der "Order of Malta" und der "Order of St. John" ein EMS-System entwickelt; andere Systeme im 11. Jahrhundert in Rom, im 12. Jahrhundert in Frankreich und in Milan (14. bis 16. Jahrhundert). 1863 wurde das Rote Kreuz von ***Henry Dunant*** gegründet, 1864 kam es zur Genfer Konvention(BROCKHAUS, 1988). ***Ungeachtet dieser Prototypen entwickelte sich die notfallmedizinische Versorgung unabhängig in jedem Land Europas***, sowohl in städtischen als auch in ländlichen Regionen. Dies führte zu einer ***Vielfalt an unterschiedlichen Systemen***, gesetzlichen Rahmenbedingungen, Nomenklaturen und Ausbildungsprogrammen.

In den späten 60er Jahren wurde von Prof. Dr. ***AHNEFELD*** in Deutschland das Konzept ***"Rettungs(Überlebens-)kette"*** vorgestellt. Er beschrieb die einzelnen Funktionen des Prozesses des Rettungsprozesses inkl. Erster Hilfe, lebensrettender Maßnahmen, Zugang zum EMS-System, medizinische Hilfe durch Sanitätspersonal und medizinische Hilfe im Krankenhaus.

1979 wurden anläßlich einer ***Konferenz in Toulouse, Frankreich, vom WHO Regional Office for Europe Empfehlungen zur Planung und Organisation von EMS-Systemen*** mit folgenden Schwerpunktsetzungen herausgegeben:

- o einheitlicher Notruf für den Rettungs- und Sanitätsdienst,
- o regionale Koordination,
- o adäquate Schulung aller im Rettungsdienst Tätigen,
- o Qualifikation der beteiligten Krankenanstalten,
- o angemessene Miteinbeziehung der Ärzte in die Koordination und in die Ausbildung.

1989 wurden diese *Empfehlungen im* ***WHO - Projekt "Monitoring of the Strategy for Health for All by the Year 2000"*** *verankert*.

Im Jahre 1990 wurde der multidisziplinäre Beratungsausschuß ***European Resuscitation Council*** gegründet. Darin sind alle europäischen Organisationen und Gesellschaften vertreten, die an dem Thema Wiederbelebung interessiert sind. Ihre primäre Zielsetzung ist es, durch Koordinierung der Aktivitäten der europäischen Organisationen mit einem berechtigten Interesse in CPR die ***Europäische Standards für Wiederbelebung*** zu verbessern bzw. aufzubauen.

Weitere Ziele der European Resuscitation Council sind:

- o *"to* ***produce guidelines and recommendations*** *appropriate to Europe for the practice of basic and advanced cardiopulmonary and cerebral resuscitation;*
- o *to* ***design teaching programs suitable for all trainees****, ranging from the lay public to the physician;*
- o *to* ***conduct a critical review of CPR practices*** *and to advise on updating guidelines;*
- o *to* ***promote audit of resuscitation practice*** *including standardization of records of resuscitation attempts;*
- o *to* ***organize*** *relevant* ***scientific meetings in Europe****;*
- o *and to* ***promote political and public awareness of resuscitation requirements and practice****."* (BOSSAERT, 1993)

3.2.2 TERMINOLOGIE DES EUROPÄISCHEN RETTUNGSWESENS

Die Terminologie im Rettungswesen variiert nicht alleine zwischen den einzelnen Ländern, sondern zwischen Staaten gleicher Sprache. Die Studiengruppe der Council of Europe (COUNCIL OF EUROPE, 1990) versuchte in ihrer Arbeit die grundlegenden Begriffe einander gegenüberzustellen und Definitionen zu suchen, die für alle Mitgliedsstaaten akzeptabel waren.

EMERGENCY

Definition: The need to act fast, to provide immediate care.

Synonyma: Urgence (Frankreich)
Emergenza, urgenza (Italien)
Urgencia (Spanien)
Not-, Notfall- (BRD, Österreich, Schweiz)

EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE (EMA)

Definition: The sum total of intervening persons and measures taken by such persons on behalf of a victim requiring emergency care, the infrastructure in terms of equipment and hospitals and organization of the action taken.

Synonyma: Aide médicale urgent, service d'aide médicale urgente (Frankreich)
Rettungsdienst (BRD, Österreich, Schweiz)
Ärztenotdienst (Österreich): EMA service provided by medical practitioners
Ärztenotfalldienst (Schweiz): practitioners' duty service
Service d'urgence (Schweiz): practitioners' duty service
Servizio medico di urgenza (Italien)
Servicio médico de urgencia (Spanien)

EMA may be the individual act of a qualified person or the concerted action of general practitioners. EMAS (Emergency medical assistance service) is a permanent organization with clearly shared responsibilities between the intervening persons, other than doctors, and the doctors themselves. An EMAS includes a telecommunications network, a medical regulation/co-ordination centre; medical transport and hospital admission.

MEDICAL TRANSPORT VEHICLES

Definition: Vehicles and aircraft with different levels of equipment and accompanying personnel.

a) *Standard ambulance:* vehicle with simple equipment and one intervening person for the transport of patients whose condition poses no problem

b) *Emergency ambulance:* a vehicle intended for the transport of patients requiring emergency care before and during transport. The vehicle is equipped with facilities for resuscitation. Apart from the driver, the team consists of 1 till 3 persons.

c) *Helicopter ambulance:* equipment and staff similar to that of an emergency ambulance

Synonyma: ad a):
Krankentransportwagen (BRD, Österreich)
Krankenwagen (Schweiz)
Ambulance de transport (Schweiz)
Ambulance normal (Frankreich)

ad b):
Ambulance vehicle (Schweden)
Rettungswagen (BRD, Österreich, Schweiz)
Notarztwagen (BRD, Österreich)
Ambulance médicalisée (Frankreich)
Ambulance de réanimation (Frankreich)
Ambulance de sauvetage (Schweiz)
Purpose-built ambulance (Großbritannien)
Ambulanza (Italien)
Ambulancia (Spanien)
Autoambulanza di salvataggio (Schweiz)

ad c:)
Hélicoptère (médicalisé): (Frankreich)
Rettungshubschrauber (BRD, Schweiz, Österreich)
Hélicoptère de sauvetage (Schweiz)
Elicottero di salvataggio (Italien, Schweiz)

First Aider

Definition: Medically rained persons able to aminister first aid.

a) *Voluntary first-aider:* Persons working occasionally or during set periods for an emergency medical assistance service, and capable of bandaging, fixing and cardiopulmonary massage. Training and work mostly with the Red Cross and other non-govermental organizations.

b) *Professional first-aider:* Person (not a doctor) regularly employed in an emergency medical assistance service, fully trained, able to undertake life-saving measures, under the supervision of a doctor or - during his or her absence - independently. Trained by non-governmental organizations and by EMAS instructors.

Synonyma: ad a):
Secouriste volontaire (Frankreich)
Erstehelfer, Samariter (BRD, Schweiz, Deutschland)
EH-BO-er (Norwegen)

ad b):
Emergency medical technician (Englisch)
Berufsretter, Rettungssanitäter (BRD, Schweiz, Österreich)
Sauveteur professionnel (Schweiz)
Extended trained ambulance personnel (United Kingdom)
Auxiliare d'aide médicale urgente (Frankkreich)

DOCTOR ENGANGED IN EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE

Definition: Doctor with wide experience in the field of emergency medical care and first aid.

1. Doctor involved occasionally
   a) general practitioner when on duty
   b) hospital doctor during certain ambulance dispatchings.

2. Doctor, enganged **full-time** in an emergency medical assistance service. Has appropriate training in internal medicine, in surgery and anaesthesia-resuscitation and is capable of directing EMA interventions (medical regulation-co-operation).

Synonyma: ad 1.a):
Medecin generaliste (Belgien)
Practician libéral (Frankreich)
Niedergelassener Arzt (BRD, Österreich)
Praktizierender Arzt (Schweiz)
Huisarts (Niederlande)
Medico de cabecera o de familia (Spanien)

ad 1.b):
Medico di guardià medica (Italien)
Intern, houseman, resident (Englisch)
Spitalarzt oder Krankenhausarzt (German)
Médecin de l'unité Médicale Hospitalière (Frankreich)
Médico de guardia (Spanien)

ad 2):
Emergency physician, emergency doctor (Skandinavien, Großbritannien)
Emergency consultant, consultant in emergency medicine (Großbritannien)
Notarzt, Rettungsarzt (BRD, Österreich)
Notarzt (Schweiz)
Médecin d'urgence (Schweiz)
Médecin urgentiste (Frankreich)
Médecin specialisé en AMU (Frankreich)
Médecin des SMUR (Belgien)
Medico di pronto soccorso (Italien)
Médico de urgencia (Spanien)
Crash team (Niederlande) (surgeon, anaesthesist, and trained nurse)

3.2.3 RETTUNGSDIENST IN EUROPA - VON DER VISION ZUR REALITÄT

Unter der ***Prämisse, daß in einem geeinten Europa gleichwertige Lebensverhältnisse angestrebt werden***, können und dürfen die ***Bürger der Europäischen Union*** in der nahen Zukunft auch ***gleich hohes präklinisches Versorgungsniveau*** erwarten. Möglichst rasch müssen ***alle europäischen Länder zumindest nach einem notfallmedizinischen MINDESTSTANDARD versorgt*** werden, der von Ärzten und nicht von Behörden im Rahmen internationaler bzw. europäischer und nationaler Expertenkommissionen festzulegen ist. Anpassung bzw. ***Angleichung der Standards darf jedoch nicht Nivellierung bedeuten***, sondern Weiter-

entwicklung der Notarztsysteme, ***Sicherung der Ausbildung des nichtärztlichen Personals*** sowie der *technischen und medizinisch-technischen Standards der Rettungsmittel auf möglichst hohem Niveau*.

Die ***fachlich-kompetente und gesundheitsökonomische Optimierung des Rettungsdienstes*** setzt gleichermaßen die ***organisatorisch-funktionelle Einheit von Notfallrettung und Krankentransport,*** die ***Integration und Synergie der bodengebundenen Rettungsmitteln mit der Luft-, Wasser- und Bergrettung*** sowie ein ***optimal aufeinander abgestimmtes Notfallteam*** voraus. An der bewährten ***Struktur des Rettungsdienstes mit Rettungsleitstellen und Rettungswachen*** sollte im Hinblick auf die bevorstehende ***Einführung der europäischen Notfallnummer*** als Anlaufstelle für Hilfesuchende aller Art festgehalten werden. Nur über ***optimal funktionierende integrierte Leitstellen***, die alle relevanten Adressaten für ***ein umfassendes Sicherheitsnetzwerk*** (Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei, Katastrophenschutz und Militär) umgehend über Standleitungen bzw. Funk erreichen kann und überregional organisiert sind, kann ***rasche, optimale und zugleich ökonomische Hilfeleistung in allen Notfällen gewährleistet*** werden.

Der ***Rettungsdienst ist eine medizinische Aufgabe und kein Transportproblem.*** Im Zuge der ***Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit im geeinten Europa*** darf deshalb der Rettungsdienst keinesfalls dem Verkehrsbereich im Sinne der Artikel 74 ff. EWGV, insbesondere dem Artikel 83 Abs. 1 zugeordnet werden, da der ***Schwerpunkt des Rettungsdienstes in der Gesundheitsfürsorge und der Gefahrenabwehr*** liegt; dies ***gilt auch für den Krankentransportdienst, bei dem ca. 10 % der Transportfälle im Laufe des Transportes zu Notfällen werden.*** Es wird deshalb erwartet, daß sie die ***Erhaltung und Fortentwicklung des erreichten Standards des Rettungsdienstes normsetzend sicherstellt*** und nicht etwa durch standardzerstörende, sachlich unangemessene Deregulierung erschwert (EUROPÄISCHE ROT-KREUZ-GESELLSCHAFTEN, 1992).

Die Bestrebungen einiger europäischer Länder zur Neuordnung und Reform Ihres Rettungswesens haben zu neuen zeitgemäßen Ansprüchen und Forderungen nach ***hohen Qualitätsstandards in Organisation/Management, Ausstattung und personellen Ressourcen***, und damit natürlich untrennbar verbunden auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, geführt. Bekanntlich bestehen aber im Hinblick auf den *Entwicklungsstand* des Notfall- und Rettungswesens, die *fachlich-wissenschaftlichen Standards und Standpunkte* sowie die *praktischen Erfahrungen und Maßnahmen* in den einzelnen europäischen Ländern und weltweit noch *sehr große Unterschiede und teilweise kontroversielle Meinungen.*

Eine gute notfallmedizinische Versorgung darf jedoch im Rahmen der Europäischen Union nicht vom Zufall und vom Ort des Unfalls bzw. Notfalls abhängen. Vielmehr muß ein gut ausgebautes Notfall- und Rettungswesen in das

kontinuierlich zusammenwachsende Europa eingebracht werden. ***In einer künftigen sozialen und politischen Union der europäischen Staaten wird sich die qualifizierte, internationalen Standards entsprechende notfallmedizinische Versorgung als eine wesentliche Aufgabe der sozialen Prävention darstellen.***

Der Aus- und Aufbau einer qualifizierten und effektiven präklinischen Notfallversorgung im Vereinigten Europa ist eine wesentliche und aktuelle Zielsetzung, die aus sozialen und humanitären Gründen keinen Aufschub duldet und umgehend in Angriff genommen werden sollte. ***Entsprechend den Zielsetzungen der EU sowie der World Health Organization (WHO) muß dem Notfallpatienten sowie allen Kranken und Hilfsbedürftigen, unabhängig, in welcher Region bzw. in welchem Staat der Europäischen Union er sich befindet, so rasch wie möglich adäquate und optimale notfallmedizinische Hilfe und Betreuung zuteil werden.*** Zur Zielerreichung sind gesamteuropäische sowie in weiterer Folge ***internationale MINDESTSTANDARDS für den Rettungsdienst*** festzulegen und ehebaldigst zu verwirklichen.

Der Wegfall der Grenzen, der damit verbundene verstärkte "grenzüberschreitende" Verkehr, selbstverständlich auch von medizinischem Personal, sowie die weitreichenden allgemeinen Veränderungen der sozialen Rahmenbedingungen hinsichtlich einer politischen und sozialen Union werden über kurz oder lang zu einer ***Angleichung bzw. Anpassung der gegenwärtig noch sehr unterschiedlichen Rettungs- und präklinischen Versorgungssysteme in den europäischen Staaten*** und damit untrennbar verbunden zur ***Definition europäischer bzw. internationaler Normen und Standards*** führen müssen.

Seit einigen Jahren setzen sich Experten und Wissenschaftler verschiedenster Länder mit den unterschiedlichsten Aspekten dieses europäischen Einigungsprozesses und seinen Auswirkungen auf das Notfall- und Rettungswesen auseinander, so z.B. 1990 auf dem Symposium von Amiens, 1991 auf dem Symposium in London oder 1992 auf der ersten gesamteuropäischen Notfalltagung in Budapest.

Die Verbesserung der "grenzüberschreitenden" Zusammenarbeit kann jedoch nur der erste Schritt am Weg zu einer möglichst einheitlichen und standardisierten notfallmedizinischen Versorgung und Ausbildung in der präklinischen Notfallmedizin sein.

Nach einer *Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes bei der First* ***PECEMS - The First Pan-European Conference on Emergency Medical Services*** *in Budapest im Herbst 1992* werden Notfallpatienten folgendermaßen definiert:

Notfallpatienten sind Verletzte oder Erkrankte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht schnellstmöglich medizinische Hilfe erhalten.

*Da ein solcher **medizinischer Notfall jederzeit und überall auftreten kann**, sind **an den organisierten Rettungsdienst strenge Anforderungen** zu stellen* (DRK, PECEMS BUDAPEST, 1992):

* er muß ***jederzeit, von jedem Ort, unkompliziert** für die Bevölkerung **erreichbar** sein;*

* er muß ***rund um die Uhr** und **flächendeckend** seine **Einsatzbereitschaft gewährleisten;***

* er muß *in einer bestimmten - möglichst geringen - **Hilfsfrist** mit **speziell ausgerüsteten Fahrzeugen** und **entsprechend qualifiziertem, nichtärztlichem und ärztlichem Personal** am Notfallort **medizinische Hilfe leisten**, die dem jeweils **anerkannten Niveau** (Anm.: Qualitätsstandard) **der Notfallmedizin** entspricht.*

Die Europäischen Rotkreuz-Gesellschaften erklärten anläßlich der PECEMS ihre uneingeschränkte Bereitschaft, bei der Entwicklung aller Komponenten des Rettungsdienstes im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv mitzuwirken. Dies ***gilt insbesondere umfassend für den Bereich der Aus- und Fortbildung des nichtärztlichen Personals*** und für den eigenständigen Beitrag der Ausbildung der Bevölkerung in Erster Hilfe und in den lebensrettenden Sofortmaßnahmen, um möglichst viele Menschen zur Hilfeleistung gegenüber dem Nächsten zu befähigen und zu motivieren.

Die notfallmedizinische Versorgung in den einzelnen Ländern Europas ist in ihren Grundformen sehr unterschiedlich: Die Rettungssanitäter in ***England*** verfügen über eine ärztliche Notkompetenz in Notfallsituationen und tragen die Verantwortung für die notfallmedizinische Versorgung in der praehospitalen Phase.

In den Ländern der ***BRD*** werden Notärzte, Rettungssanitäter und Rettungsassistenten, die eine zweijährige Ausbildung absolviert haben, eingesetzt. Die "Notkompetenz" der Rettungsassistenten leitet sich gesetzlich aus der "erweiterten Erste-Hilfe-

Leistungspflicht" ab, da das Wort "Notkompetenz" bis heute nicht im Gesetz Verwendung findet.

In ***Österreich*** wird die praehospitale Hilfe von Notärzten und Rettungssanitätern geleistet, wobei letztere jedoch nicht über eine ärztliche Notkompetenz verfügen. In der Praxis werden jedoch auch Handlungen aus dem Bereich der "Notkompetenz" ausgeführt.

Leo BOSSAERT erläutert in seinem Artikel ***"The Complexity of Comparing Different EMS Systems - A Survey of EMS System in Europe"*** unterschiedliche EMS-operating-systems in einigen ausgewählten europäischen Ländern.

Land	Notfall-Nr.	1. Ebene	2. Ebene	EMT-D	% Laien-CPR
Belgien	100	EMT(-D)	Arzt oder Krpfl. Pers.	Pilot	10 - 20
Deutschland	112	EMT **	Arzt	Pilot	10 - 20
Finnland	000	EMT (-D)	Arzt	ja	5 - 10
Frankreich	15	EMT	Arzt	nein	< 5
Großbritannien	999	EMT (-D)	Paramedic	ja	5 - 10
Island	-----	EMT (-D)	Arzt	ja	5 - 10
Italien	118	EMT	(Arzt)	nein	< 5
Niederlande	06-11	Krpfl. Pers. (EMT)	-----	nein	10 - 20
Norwegen	003	EMT-D	Arzt oder Paramedic	ja	10 - 20
Österreich	144	EMT *	Arzt	nein	< 5
Spanien	-----	EMT	(Arzt)	nein	< 5
Schweden	90000	EMT-D	Paramedic	ja	10 - 20
Schweiz	114	EMT ***	-----	nein	< 5

Quelle: Leo Bossaert, Annals of emergency medicine, Vol 22 Nr. 1, 1993, Stand: 26. 9. 1991; teilweise aktualisiert

Legende:

EMT *: Sanitäter mit Basic Life Support Ausbildung

EMT **: zweistufige Ausbildung zum Rettungssanitäter und/oder Rettungsassistenten mit Kompetenz zur erweiterten Ersten-Hilfe-Leistung, (vgl. hiezu auch das Kapitel Bundesrepublik Deutschland in dieser Studie)

EMT ***: Empfehlung zum Rettungssanitäter IVR des Interverbandes für Rettungswesen / IVR (vgl. hiezu auch das Kapitel 'Schweiz' - 3.1.2 in dieser Studie)

EMT-D: Sanitäter mit Basic Life Support-Ausbildung und Defibrillations-Ausbildung

3.2.4 QUO VADIS NOTFALLRETTUNG IM VEREINIGTEN EUROPA?

Die Royal Society of Medicine veranstaltete 1991 in London ein Symposium zum Thema ***"Emergency Medicine in a United Europe"*** und behandelte dabei u.a. folgenden Themenkomplex: ***"Pre-hospital care of the seriously ill and injured: Who? How much? How to transport?".*** Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden folgende Aussagen getroffen:

- Der Aufbau einer qualifizierten und effektiven Notfallrettung ist eine wichtige und aktuelle Aufgabe. Sie verlangt die ***Festlegung und schrittweise Realisierung gesamteuropäischer Mindeststandards für den Rettungsdienst.***

- Die Antworten auf die drei Kardinalfragen dieses Themas lauten:
  Wer? Ein ***notfallmedizinisches Team*** bestehend aus Notarzt, Rettungssanitäter (Anmerkung: Nomenklatur nicht einheitlich, EMT mit umfassender Ausbildung) und Kraftfahrer oder Pilot.
  Wieviel? ***Alle dem Entwicklungsstand der Notfallmedizin entsprechende Hilfsmaßnahmen,*** die nur von einem Arzt durchzuführen, anzuleiten oder zu beaufsichtigen sind.
  Welcher Transport? Bodengebundener Krankentransport, Luftrettung oder Kombination beider Transportarten;

- Gefordert wird auch die ***Bildung handlungsfähiger Arbeitsgruppen*** unter Einbeziehung aller zuständigen Behörden und Organisationen der Länder der EG zur Sicherung der erforderlichen gesetzgebenden Arbeiten und Unterstützungsmaßnahmen, die ***Ausarbeitung eines Schwerpunktprogrammes,*** der zu lösenden Aufgabenstellungen (***Aus- und Weiterbildung***, medizinische Ausrüstung / Rettungsmittel, Management, Kommunikation, Dokumentation, Logistik, Forschung, Gesetzgebung, Finanzierung) sowie die ***Schaffung von Nationalen und eines Europäischen Zentrums*** (DOMRES, 1993).

Diese Aussagen sind die ***Ergebnisse der*** anläßlich des Londoner Symposiums durchgeführten ***EUROPÄISCHEN EXPERTENBEFRAGUNG aus dem Jahre 1991***:

Anläßlich des ***Londoner Symposiums "EMERGENCY MEDICINE IN AN UNITED EUROPE"*** im Jahre 1991 wurden 120 kompetente und renommierte Experten der Notfallmedizin angeschrieben und eingeladen, einige Fragen zu den ***Problemkreisen "Kommunikation, Rettungsmittel, Personal, Dokumentation, Qualitätskontrolle sowie weitere Fragen"*** zu beantworten. 81 Experten, d.s. 66 %, haben geantwortet, die Umfrageergebnisse können somit als ***repräsentativ*** angesehen werden und bilden eine ***wichtige Grundlage für die Vorschläge zur Gestaltung***

der praehospitalen Hilfe im Vereinten Europa. Folgende Ergebnisse wurden aus der Befragung gewonnen (DOMRES, 1993):

1) Zum Themenkreis *"Kommunikation"*

Für ***Mindestanforderungen bzw. -standards*** an Rettungsleitstellen bzw. Alarmzentralen sprechen sich 96,5 %, an die Ausstattung 98,3 % und an das Personal 84,2 % aus. Den ***Ausbau*** von Notruftelefonen/Notrufsäulen beurteilten 98,3 %, von Rettungsleitstellen 96,5 % und von Funkfrequenzen 98,3 % als 'sehr wichtig' bzw. 'wichtig'. Das ***internationale Sprachproblem*** sollte nach Ansicht von 79,1 % durch Mehrsprachigkeit gelöst werden (jeweilige Landessprache und englisch). Die ***Zusammenlegung der Leitstellen aller am Rettungsdienst und Krankentransport Beteiligten*** mit der Feuerwehr in Leitstellen für großräumige Rettungsdienstbereiche wird überwiegend bejaht. Für ***überregionale Luftrettungseinsätze*** und Ambulanzflüge fordern 93 % die Einrichtung einer bundeseinheitlichen Leitstelle.

2) Zum Themenkreis *"Rettungsmittel"*

100 % der Befragten fordern, daß ***Mindestanforderungen bzw. Standards*** von bodengebundenen Rettungsfahrzeugen, Rettungs-/Ambulanzhubschraubern und Ambulanzjets erfüllt werden sollen. 85 % fordern, daß die deutschen ***Richtlinien für die Durchführung von Notarzteinsätzen*** (bodengebundene Rettung bzw. Luftrettung) auch in ganz Europa Geltung haben sollen.

3) Zum Themenkreis *"Personal"*

Die ***fachliche Qualifikation (Ausbildung im Rettungswesen),*** wie sie in Deutschland für Ärzte, Krankenpflegepersonal, Rettungsassistenten vorgegeben ist, soll nach 88,5 % der Befragten beibehalten werden. Bei einem ***Wechsel des Personals in ein anderes europäisches Land*** sollten zusätzlich zu den bereits gewonnenen Qualifikationen folgende Ausbildungsformen gewählt werden: theoretische Anweisung (78,5 %), "Training on the job" (89,5 %) und Prüfungen (62,5 %).

4) Zum Themenkreis *"Dokumentation"*

Einen ***einheitlichen Dokumentationsbogen (Notarztprotokoll)*** beurteilen 93 % als sehr wichtig oder wichtig. Das von der DIVI erarbeitete Notarztprotokoll halten 50,3 % als geeignet, wobei 35,7 % aufgrund fehlender Kenntnis dieses Protokolls keine Antwort geben konnten. Die ***statistische Erfassung einzelner Punkte des Notarztprotokolls zur Qualitätskontrolle*** bejahten 90,8 %. Die Schaffung eines ***Gremiums zur Klärung von Versicherungsfragen und zur Entwicklung von Kosten-Nutzen-Aufstellungen*** befürworteten 73,5 %. Die ***Notwendigkeit, in jedem europäischen Land eine Bestandsaufnahme der derzeitigen Situation in***

den verschiedenen Bereichen durchzuführen, bejahten 92,5 %, wobei sich hinsichtlich der Bewertung der Dringlichkeit der Kriterien Kommunikation, Rettungsmittel bzw. Ausrüstung und Personal folgendes Verteilungsmuster ergab: ***(1) Personal: 40,6 %***, (2) Rettungsmittel bzw. Ausrüstung: 31,3 % und (3) Kommunikation 26,6 %.

5) Zum Themenkreis *"Qualitätskontrolle"*

Qualitätskontrollen in jedem europäischen Land fordern 91,3 %. ***Gesetzgebende Maßnahmen für ein europäisches Rettungswesen und dessen Qualitätskontrolle*** halten 70 % für erforderlich.

6) Zum Themenkreis *"Weitere Fragen"*

An der ***Bildung von Arbeitsgruppen bzw. Organisationen, die diese Aufgaben und Probleme diskutieren und bearbeiten***, waren zum Zeitpunkt der Erhebung 64,2% interessiert.

Zu den ***wesentlichsten Zielstellungen*** der Notfallrettung im geeinten Europa zählen:

* Verbesserung der Behandlungsergebnisse
  - Erhöhung der Überlebenschancen
  - Minimierung bleibender Gesundheitsschäden
* Effizienzsteigerung des EMS
* Sicherung der Kompatibilität von
  - Aus-, Fort- und Weiterbildung
  - Rettungs- und Einsatzmittel
  - Notfalldokumenten
  - Notrufsystemen
* Senkung der Fluktuation von Fachkräften
* Gewährleistung einer reibungslosen grenzüberschreitenden Arbeit des medizinischen und nichtmedizinischen Personals, der notfallmedizinischen Hilfeleistungen des Transportes, etc.
* Anwendung betriebswirtschaftlicher Erkenntnisse im Bereich des Notfall- und Rettungswesens

3.2.5 MINDESTSTANDARDS FÜR DAS RETTUNGSDIENSTPERSONAL

Bei der ***FESTLEGUNG VON MINDESTSTANDARDS UND NORMEN*** darf man sich nicht nur auf die Ausstattung und Infrastruktur beschränken, sondern man muß auch insbesondere die personellen Ressourcen, also die ***Qualifikation des nicht-***

ärztlichen Rettungsdienstpersonals sowie der im Rettungsdienst mitwirkenden Ärzte, miterfassen. Die ständig steigenden Anforderungen in der Notfallmedizin und ihre rasch fortschreitende Entwicklung verlangen den Einsatz eines qualifizierten Personals. ***Dabei hat der PATIENT und nicht die Belange der den Rettungsdienst tragenden Institution IM VORDERGRUND zu stehen*** (KLINGSHIRN, 1990).

In allen Bereichen der Medizin gibt es zwischenzeitlich gesetzlich normierte BERUFSBILDER mit den entsprechenden fachlichen und persönlichen Anforderungen. Das Rettungspersonal darf davon nicht ausgespart werden. Aus diesem Grund sind ***in allen Ländern der europäischen Gemeinschaft die fachlichen und ausbildungsrelevanten Voraussetzungen für das nichtärztliche Personal gesetzlich festzulegen.*** Für die Besetzung der Einsatzmittel (Notarztwagen, Rettungswagen, ...) ist deshalb nach Dr. Heinrich KLINGSHIRN, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium des Inneren, ***eine mindestens zweijährige Ausbildung*** (z.B.: wie es in der Bundesrepublik Deutschland das Rettungsassistentengesetz vorsieht) ***europaweit zu fordern.***

Die ***medizinische Notfallversorgung*** kann jedoch nicht in der weitgehenden Verantwortung von Rettungssanitätern oder sonstigen Heilhilfsberufen stehen, sondern sie ***ist primär Aufgabe des dafür ausgebildeten Arztes.*** Die organisierte Mitwirkung von Notärzten im Rettungsdienst sollte mittelfristig in ganz Europa zum ***unverzichtbaren Bestandteil einer effektiven Notfallversorgung*** gemacht werden, auch wenn dies in Ländern mit geringerer Arztdichte kurzfristig auf erhebliche Schwierigkeiten stößt. Grundsätzlich sollte angestrebt werden, daß bei Symptomen, wie sie zum Beispiel in der Bundesrepublik Deutschland im sogenannten 'Notarztkatalog' enthalten sind, überall ein in der Notfallmedizin ausgebildeter Arzt zum Einsatz kommt. Die grundsätzliche ärztliche Kompetenz in der Notfallrettung muß Essential eines europäischen Rettungswesens werden (KLINGSHIRN, 1990).

Unabdingbar ist jedoch auch die Forderung im Rahmen der 'erweiterten Ersten-Hilfe', der 'Notkompetenz', der 'Einzelermächtigung' oder 'ähnlicher Synonyma' grundsätzlich dem Arzt vorbehaltene Maßnahmen in Situationen, in denen ärztliche Hilfe nicht sofort gewährleistet ist, über 'Delegation', 'Standing orders', 'Dienstanweisungen', 'Medizinische Dienstanweisungen' oder Ähnliches an entsprechend ausgebildetes nichtärztliches Rettungspersonal (ähnlich dem Krankenpflegepersonal im Krankenhaus) bis zum Eintreffen qualifizierterer (ärztlicher) Hilfe oder dem Eintreffen im Krankenhaus zu übertragen.

Es ist auch rechtlich umstritten, ob für die Schaffung solcher Mindeststandards der Erlaß einer Richtlinie gemäß Artikel 189 Absatz 3 EWG - Vertrag in Betracht kommt, oder ob der Abschluß eines eigenen Abkommens zu fordern ist. Diese im Grunde auf der Zuständigkeit basierende Problematik darf nicht auf dem Rücken

der Europäer als 'potentielle Notfallpatienten' oder auf dem Rücken einer europaweit aufzubauenden präklinischen Notfallversorgung ausgetragen werden. ***Wenn der Rettungsdienst eine humanitäre, länderübergreifende Aufgabe werden soll*** entsprechend dem ***Gedankengut von Henry Dunant,*** dem Gründer des Roten Kreuzes, ***darf es nicht länger akzeptiert bzw. verdrängt werden, daß in den einzelnen Ländern der Europäischen Union völlig unterschiedliche Rettungschancen für den Notfallpatienten bestehen.*** Entsprechend ihren Zielsetzungen hat die EU nicht nur eine wirtschaftliche, sondern auch eine humanitäre und vor allem soziale Funktion. Der Rettungsdienst kann Beweis dafür werden.

Die fachliche Qualifikation des Personals im Rettungsdienst wirft noch eine weitere Fragestellung auf: Betreffend die ***Anerkennung der Diplome in allen Staaten der Europäischen Union*** wurden bereits Regelungen hinsichtlich der Ärzte und allgemein für Hochschuldiplome, die eine ***mehr als dreijährige Ausbildung voraussetzen,*** beschlossen. Als Notärzte müssen demnach auch Angehörige anderer Mitgliedsstaaten zugelassen werden, deren Qualifikation aufgrund der Richtlinie anerkannt worden ist. Die Notwendigkeit einer ergänzenden Ausbildung im Rahmen von Fortbildungskursen, wie sie in einigen Ländern für Inländer gefordert werden kann, geht aus der Richtlinie nicht hervor. Nach Ansicht von EVERLING ergibt sich dies jedoch aus dem Grundsatz der Gleichbehandlung.

Unklarer ist die Situation beim nichtärztlichen Sanitätspersonal, also etwa in der Bundesrepublik Deutschland bei den Sanitätern und Rettungsassistenten. Der Rat als zentrales Beschlußorgan, der aus Vertretern der Regierungen der Mitgliedsstaaten zusammengesetzt ist, hat bereits eine besondere Richtlinie über die Anerkennung der Befähigungsnachweise von Krankenschwestern und Krankenpfleger verabschiedet, die für die allgemeine Krankenpflege verantwortlich sind. Die Begrenzung auf allgemeine Krankenpflege zeigt, daß zusätzliche Qualifikationen für besondere Fälle gefordert werden können, wobei wohl im Ausland absolvierte Ausbildungen gebührend berücksichtigt werden müssen. Inwieweit ein dem Rat inzwischen vorliegender Vorschlag für eine Anerkennung von Befähigungsnachweisen unterhalb der Hochschuldiplome zusätzliche Gesichtspunkte aufwerfen wird, bleibt abzuwarten (vgl. EVERLING, 1992). Im Rat wird zunehmend mit Mehrheit beschlossen, und nicht mehr wie lange Zeit üblich mit Einstimmigkeit. Dadurch kann im Rat heute kein einzelner Mitgliedstaat mehr Beschlüsse, wie z.B. im Rettungsdienst, verhindern.

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist das ***Sprachproblem: Die Mitarbeiter des Rettungsdienstes müssen Verunfallte, Kranke und Hilfsbedürftige sowie Angehörige, Unfallzeugen, etc. in deren Sprache nach Informationen und deren Gesundheitszustand befragen können***. Daher dürfte es durchaus gerechtfertigt sein, vom Rettungspersonal eine ausreichende Kenntnis der jeweiligen Landesspra-

che zu verlangen. Wenn nur 'EU-Ausländer' einen eigenen Nachweis darüber erbringen müssen, kann dies nicht als diskriminierend angesehen werden, da bei Inländern Sachkenntnisse der jeweiligen Landessprache vorausgesetzt werden können. Eine ausreichende Kenntnis ist jedenfalls schon vor Aufnahme der Tätigkeit zu fordern, weil sie sonst nicht zuverlässig ausgeübt werden kann. Darüber hinaus ist durch den zu erwartenden verstärkten Binnenverkehr in der EU auch mit einer Zunahme von Unfallopfern aus allen Ländern der EU zu rechnen. Damit erhebt sich die weitere Forderung, daß zumindest eine Sprache (und das ist sicherlich Englisch) von allen EU-Bürgern neben ihrer Landessprache beherrscht werden muß. Da die im Rettungsdienst Tätigen zu jenen Berufsgruppen zählen, die als Erste mit diesem europäischen 'Völkergemisch' in Berührung kommen werden, und das ohnehin noch in einer Situation, in der der Einzelne als Patient in einer physischen und psychischen Ausnahmesituation dem Rettungspersonal gegenübersteht, ist ***für das Rettungspersonal eine fundierte allgemeine und fachspezifische Sprachkenntnis in Englisch zu fordern.*** Für den einzelnen in der EU im Rettungsdienst Tätigen würde sich nun folgende Situation ergeben: Ist er in seinem Heimatland tätig, benötigt er neben den Kenntnissen seiner Muttersprache noch allgemeine und fachspezifische Kenntnisse in Englisch; ist er EU-Bürger und erfüllt seine Ausbildung die europäischen Mindeststandards und die landesspezifischen Voraussetzungen, die jedoch nicht diskriminierend sein dürfen, muß er neben Kenntnissen seiner Muttersprache noch allgemeine und fachspezifische Kenntnisse in Englisch und der jeweiligen Landessprache des EU-Landes, in dem er seine Tätigkeit ausüben möchte, vor Beginn der Tätigkeit nachweisen.

Ein ***weiteres zentrales Element des Europäischen Binnenmarktes*** ist die ***Freizügigkeit der Personen, respektive der Arbeitnehmer. Jeder Bürger eines Mitgliedsstaates hat demnach das Recht, sich in andere Mitgliedsstaaten zu begeben und dort aufzuhalten, um sich eine unabhängige Beschäftigung zu suchen, und er darf die Arbeitnehmertätigkeit dann wie ein Inländer mit gleichen Rechten und Pflichten wie dieser aufnehmen und ausüben.*** Diese Bestimmung kommt auch dem Rettungspersonal aus anderen Mitgliedsstaaten zugute. Die Regelungen des Vertrages über die Freizügigkeit enthalten allerdings einen Vorbehalt für die Beschäftigung in der öffentlichen Verwaltung. Soweit der Rettungsdienst unmittelbar durch öffentlich-rechtliche Körperschaften ausgeübt wird, stellt sich also die Frage, wie weit dieser Vorbehalt reicht. Der Gerichtshof der EU hat ihn als Ausnahme von einer der Grundfreiheiten des Vertrages eng ausgelegt. Ausgenommen sind nur Stellen, "die eine unmittelbare oder mittelbare Teilnahme an der Ausübung hoheitlicher Befugnisse und an der Wahrnehmung solcher Aufgaben mit sich bringen, die auf der Wahrung der allgemeinen Belange des Staates und anderer öffentlicher Körperschaften gerichtet sind." Für Krankenschwestern an öffentlichen Krankenanstalten hat der Gerichtshof diese Voraussetzungen verneint; das dürfte auch für das Personal des Rettungsdienstes gelten. Für Leitungspersonal

hat der Gerichtshof aber anders entschieden. ***Die Leitung eines öffentlich-rechtlich organisierten Rettungsdienstes dürfte daher Inländern vorbehalten werden können.*** Ob das aber auch für privat organisierte Rettungsdienste gelten kann, ist eine offene Frage. Dafür könnte sprechen, daß sie als Unternehmen angesehen werden und damit von der öffentlichen Verwaltung in Dienst genommen werden, dagegen, daß damit die Niederlassungsfreiheit weitgehend beeinträchtigt würde (EVERLING, 1992).

3.2.6 ANERKENNUNG VON QUALIFIKATIONEN IN EUROPA

Die gegenseitige Anerkennung von erworbenen Qualifikationen und die Harmonisierung unterschiedlicher Ausbildungsgänge ist derzeit ein wesentlicher Bereich der gemeinschaftlichen Bestrebungen zur Herstellung eines europäischen Binnenmarktes. Bis jetzt wurde jedoch lediglich die Ausbildung und gegenseitige Anerkennung einiger Gesundheitsberufe auf Gemeinschaftsebene geregelt, indem für jeden einzelnen dieser Berufe eigene Regelungen getroffen wurden. Die Festlegung der erforderlichen Ausbildung sowie der Gleichwertigkeit der Diplome ist somit nur für einige wenige Berufe gewährleistet, wobei die jeweilige Tätigkeit vielfach selbständig ausgeübt wird, z.B. Ärzte, Hebammen, etc. Darüber hinaus wurden durch die EU eher unverbindliche Zielvorgaben zur Berufsbildungspolitik und zur beruflichen Ausbildung verabschiedet. Da in Zukunft mit einer starken Mobilität insbesondere von besonders qualifizierten Arbeitnehmern zu rechnen sein wird, werden die Arbeitgeber gezwungen sein, ihren Personalbedarf durch Stellenausschreibungen im Ausland abzudecken. Selbst Arbeitnehmer aus Nicht-Mitgliedsstaaten der EU sind in diesen Wanderungsstrom einbezogen. Zunehmend stellt sich also das Problem der unterschiedlichen nationalen Ausbildungserfordernisse dieser Berufsgruppen, die ihre Tätigkeit in Form einer unselbständigen Beschäftigung ausüben. Der Bedarf für eine umfassende gemeinschaftliche Regelung ist somit gegeben.

Betroffen sind insbesondere jene österreichischen Arbeitnehmer, die eine Beschäftigung in einem Mitgliedsstaat der EU ausüben wollen oder umgekehrt Arbeitnehmer aus anderen Mitgliedsländern der EU, die eine Beschäftigung in Österreich ausüben. Die kollektivvertragliche Einstufung in die jeweilige Verwendungsgruppen ***hängt aber nicht zuletzt von der Anerkennung erworbener Qualifikationen ab***.

Die Europäische Union versucht nun, mit einem umfassenden Ansatz die in einzelnen Mitgliedsstaaten erworbenen Qualifikationen (Berufsausbildung, Hochschuldiplome) in Übereinstimmung zu bringen. Dabei besteht die Zielsetzung darin, daß es erleichtert werden soll, eine Tätigkeit in einem Mitgliedsstaat auszuüben, wenn in einem Aufnahmestaat eine besondere Ausbildung dafür vorausgesetzt wird und diese bereits im Herkunftsland erworben wurde. Die zwischen den einzelnen Mit-

gliedsstaaten bestehende Zugangsbeschränkungen zu qualifizierten Beschäftigungen sollen beseitigt werden. Für diesen Zweck soll ein allgemeines System zur gegenseitigen Anerkennung von neuen Diplomen eingeführt werden, welche mit einer mindestens dreijährigen Berufsausbildung an einer Universität abgeschlossen werden. Die Mitgliedsstaaten werden darüber hinaus verpflichtet, die in einem anderen Mitgliedsstaat erworbenen Qualifikationen zu berücksichtigen und zu beurteilen, ob sie den nationalen Erfordernissen entsprechen. Für den Fall der fehlenden Übereinstimmungen können Berufserfahrungen berücksichtigt, Anpassungslehrgänge angesetzt oder Eignungsprüfungen vorgesehen werden.

Auf Gemeinschaftsebene wird an einer Koordinierung der Berufsausbildung gearbeitet mit dem Ziel, den Arbeitnehmern den Zugang zu gleichwertigen, ausbildungsadäquaten Beschäftigungsmöglichkeiten zu erleichtern. Derzeit sind in den einzelnen Mitgliedsstaaten die entsprechenden Vorarbeiten im Gange, welche durch das Europäische Zentrum für die Förderung der Berufsbildung in Berlin (CEDEFOP) koordiniert werden. Auch für die Interessensvertretungen der Arbeitnehmer in Österreich sind diese von grundlegender Bedeutung, da die Anerkennung von erworbenen Qualifikationen für österreichische Arbeitnehmer im Ausland und für in Österreich beschäftigte ausländische Arbeitnehmer auch Konsequenzen für die kollektivvertragliche Einstufung mit sich bringt.

Resümierend kann festgehalten werden, daß die innerhalb der EG verfolgten Ansätze zur Harmonisierung der Berufsausbildung und der gegenseitigen Anerkennung von Hochschuldiplomen auch für die Österreichischen Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Die Teilnahme an den derzeit laufenden Vorbereitungsarbeiten über die internationalen Gewerkschaftsverbände (EGB, FIET) wäre zweckmäßig und auch notwendig (ÖSTERREICHISCHER ARBEITERKAMMERTAG UND ÖSTERREICHISCHER GEWERKSCHAFTSBUND, 1992).

3.2.7 EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE SERVICES (EMAS) IN VIEW OF THE COUNCIL OF EUROPE

Two documents have formed the principal references in the field of emergency medical assistance services:

- The First is Recommendation 645 (1971) of the Council of Europe on European solidarity in disaster relief. It advocates the preparation of an European inventory of facilities for mutual internationals aid and defines the conditions of its implementation.

- The second document is the report of the WHO technical group (Regional office for Europe) on the planning and organization of emergency medical assistance (Toulouse, 24th - 28th February of 1979).

The WHO technical group stressed the importance of the following aspects:

"Personnel at all levels in an emergency medical service; including doctors and nurses, require special training in this field of work, where training has often been weak in the past. "
"Resuscitative and emergency services were part of a system of very high-level medical technology which was subject to major human and financial constraints. If they were not used properly, they would fail to meet their objectives with predictable consequences for the individual and for society as a whole."

The European Health Committee (CDSP) decided in June 1985 to instruct a study group to make a comparative study of the organization and functioning of emergency medical assistance services. Under its terms of reference the study group was responsible for:

- undertaking a comparative study of the organisation and functioning of emergency medical assistance services in the member states of the Council of Europe;
- identifying essential common principles and
- studying the means of achieving co-ordination and co-operation of emergency medical assistance services nationally and internationally (transfrontier co-operation).

In accordance with its terms of reference, the group examined the means provided for emergency medical assistance services and how these means were employed (call systems, source of calls, dispatch of emergency assistance, transport vehicles, role and qualifications of medical staff, intensive care, hospital reception units, etc).

The experts consider that the study mainly covers pre-hospital emergency medical assistance given to patients in public places and on the roads, as well as at home, before they are admitted to hospital. These report gives an overall view on the situation in the various countries.

Emergency medical assistance is a complex subject. On close examination, it can be seen to involve a wide variety of situations, people, approaches , etc.

EMA is based on the following principles:

1. EMA is a health care activity;
2. intervention in this field must be speedy and efficient and use suitable resources;
3. the approach to each individual case is simultaneously medical, operational and human;

4. the responsibilities and detailed arrangements for co-ordination between the persons involved must be regulated by a set of working rules;
5. results depend in large measure upon the skill of those involved;
6. preventive action must complement emergency action.

The quality of results is highly dependant on the skill of the persons involved: "The skill of the persons involved at every level is the fundamental component of EMA. These presupposes that the professionals involved at every level have had specific training and are thoroughly familiar with the subject and highly experienced".

In the context of EMA, qualifications denote the ability of intervening persons - including members of the general publics - to provide assistance to a victim, who is entitled to expect such assistance.

Training is the process whereby a person is trained to perform certain functions (WHO).

1.) The ***general public*** in all member states possesses widely varying knowledge and skills. For example, in some countries, school children receive instruction in first aid. In others, learner drivers take a compulsory course of four to ten hours in first aid measures in event of traffic accidents.

2.) The national Red Cross societies in all countries provide first-aid courses at different levels. In general, a basic course lasts from approximately 12 to 20 hours and includes artificial respiration, while external cardiac massage is often taught subsequently on a special course lasting some ten hours. The volunteers attending such courses acquire sound training and are keen to attend refresher courses also. The ***voluntary first-aiders*** intervene either on an occasional basis or for certain set periods and are valuable component of EMA.

3.) ***Professional first-aiders*** constitute a great part of the intervening persons in EMA, be it as first-aiders on the spot, as attendants in ambulances or personnel at the centres for receiving calls. The highest qualification is that which corresponds to an "Emergency Medical technician (EMT)", a "Rettungssanitäter" or an "Auxiliare de l'aide médicale urgente". The training has to be directed by a doctor specialised in this field. The training of professional first-aiders as attendants in ambulances or at the centre includes or ***should include***:
- medical and surgical pathology,
- haemostasis,
- bandaging and splinting,
- artificial respiration with and without technical support,
- the taking and interpretation of ECG,
- cardiac defibrillation,

- external cardiac massage,
- assistance during endotracheal intubation,
- administering drip-feeds,
- transportation techniques,
- radio-telephone techniques,
- driving training.

Additional rescue techniques are required for work in mountains or on water. The main part of training has to take place in hospital, supervised by doctors.

.....

6.) The emergency physician (Notarzt, médecin d'urgence) is fully qualified in the field of first-aid medical services and able to intervene at all levels of pre-hospital and hospital EMA. In addition, he is competent to train professional first-aiders and supervises the calls centre. In some countries, the Red Cross of other non-governmental organizations have issued directives concerning the qualifications of emergency physicians. For example, three years of postgraduate training with traumatology, anaesthesia/resuscitation, intensive care, internal medicine, including toxicology, emergency department and hospital organisation with three months being devoted to each section. In addition, certification of a period of service including ten serious EMA cases involving transport and a basic one-week final course are also required. This physician has to intervene as a leader in the field of EMA (COUNCIL OF EUROPE, 1990).

The training and roles of ambulancemen vary greatly from country to country. Ambulances usually have a crew of two. They have sometimes a very low level of competence. Some countries compensate for this providing nurses who have a certain amount of specialised training. Ambulancemen's status also varies greatly. They may be employees of the state, of the local authorities, of private firms, or they may be hospital or even military personnel. The status and training of ambulancemen may be regarded as one of Europe's major public health problems. It is symptomatic that ambulancemen have a marginal position among professional health workers. Are they even regarded as health workers?

3.2.8 PRÄKLINISCHE NOTFALLMEDIZIN IN EUROPA

Eine dreiköpfige Expertengruppe, bestehend aus OA Dr. Günter Huemer (Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin der Universität Wien - AKH), Prim. Prof. Dr. Walter Mauritz (Lorenz-Böhler-Unfallkrankenhaus) und OA Dr. Thomas Pernersdorfer (Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Universität Wien -

AKH) haben im Jahr 1990 123 Mitglieder der "World Association of Emergency and Disaster Medicine (WAEDM) über die landeseigenen Rettungssysteme und die notfallmedizinische Ausstattung befragt.

Die 60 retournierten Fragebogen kamen aus insgesamt 22 europäischen Ländern, davon entfielen 37 Fragebogen auf urbanes und 23 auf suburbanes Gebiet. 12 Fragebogen kamen aus den vormaligen Oststaaten.

Es stellte sich bei der Auswertung der Ergebnisse heraus, daß vorwiegend (zu 59 %) bodengebundene Rettungsmittel, die mit Paramedics/Krankenpflegepersonal besetzt sind, Verwendung finden, die bei einem Rettungsdienst stationiert sind. In den ehemaligen Ostblockstaaten sowie in Frankreich, Deutschland, Italien und in der Türkei werden Ärzte häufig, in der Schweiz, Dänemark, Großbritannien, Griechenland, Irland und Finnland selten und in den Benelux-Staaten sowie Schweden überhaupt nicht in der präklinischen Notfallmedizin eingesetzt. Zu 50 % wird der Bereich der präklinischen Notfallmedizin durch eine Kombination nationaler, regionaler und lokaler Organisationen abgedeckt. Dieser Umstand führt zu großen Qualitätsunterschieden. Die Ergebnisse der Befragung lassen deutlich erkennen, daß zukünftige Änderungen im Bereich der präklinischen Notfallversorgung mit einem verbesserten Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Organisationen und Einrichtungen in diesem Bereich einhergehen müssen.

In 22 Ländern gibt es Ausbildungsprogramme für Laien für Basic CPR, die von verschiedenen Organisationen angeboten werden. Dabei gibt es große Unterschiede hinsichtlich der theoretischen und praktischen Ausbildung in den einzelnen Ländern (zwischen 2 und 20 Stunden). In allen Ländern werden Fortbildungsprogramme angeboten, aber nur 10 % der Bevölkerung sind gut ausgebildet.

Alle Länder außer Spanien, Island und der Türkei haben speziell ausgebildetes Personal. Zwischen den Ausbildungsprogrammen bestehen große Unterschiede: Etwa 33 % der Institutionen bieten Ausbildungsprogramme für Paramedics für Intubation, Defibrillation und Setzen intravenöser Zugänge (HUEMER, MAURITZ, 1992).

29 % der Befragten sprachen sich für eine Erhöhung der bodengebundenen Einsatzmittel aus, 76,4 % wünschen sich mehr Rettungshubschrauber in ihren EMS-Systemen. In den Ländern Österreich, Schweiz, den ehemaligen Ostblockstaaten, Frankreich, Großbritannien, Griechenland, Italien, Island, Norwegen, Finnland, Schweden und der Türkei wird allgemein die Meinung vertreten, daß das Zeitintervall zwischen dem Alarm und dem Eintreffen der Einsatzcrew am Notfallort durch eine Erhöhung der verfügbaren boden- und luftgebundenen Einsatzmittel beachtlich verkürzt werden könnte. 45,5 % der Befragten gaben an, daß eine vermehrte Anzahl von boden- und luftgebundenen Einsatzmitteln zu einer signifikanten Abnahme der Sterblichkeitsrate bei den Notfällen führen würde. Es ist wichtig und

wäre wünschenswert, Standards in Europa einheitlich zu definieren und einzuführen.

3.2.9 DER EUROPÄISCHE NOTFALLAUSWEIS (ENA)

Der ***Europäische Notfall-Ausweis (ENA)*** wurde auf Initiative des EU-Parlaments von der EU-Kommission in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Gesundheitsministerien der Mitgliedsländer auf Grundlage und in enger Anlehnung an den Bundeseinheitlichen Notfall-Ausweis (BNA) der BRD geschaffen und findet seit 1. Juli 1987 in der EU Verwendung. Der ENA ist in erster Linie ein Dokument für Risikopatienten, kann jedoch auch von allen übrigen Interessierten nutzbringend verwendet werden. Risikopatienten leiden als Träger medizinischer Risikofaktoren an schweren oder chronischen Krankheiten. In der BRD schätzt man die Zahl der Risikopatienten auf etwa 10 % der Gesamtbevölkerung. Diese ständig zunehmende Zahl von Risikopatienten ist bei einem Unfall oder einer akuten Gesundheitsstörung, die bei ihnen häufiger als bei Gesunden auftreten kann, in hohem Maße gefährdet. Die Kenntnis der im ENA enthaltenen Daten und Fakten ist sowohl für den Rettungs- als auch den Krankentransportdienst von Bedeutung. Für das Rettungsdienstpersonal und den Notarzt kann die rechtzeitige Kenntnis der im ENA dokumentierten medizinischen Risikofaktoren für das weitere therapeutische Handeln von entscheidender und für den Risikopatienten von schicksalhafter Bedeutung sein. Die Ablösung des deutschen BNA durch den ENA ist deshalb von essentieller Bedeutung, weil die Abfassung des ENA in allen Sprachen der EU-Mitgliedsländer bei Auslandsreisen eine erhebliche Verbesserung für den Benutzer bedeutet. Einerseits wird nämlich dadurch sichergestellt, daß für Bürger der einzelnen EU-Länder, die aufgrund des ENA mögliche schnelle Hilfe bei Unfällen auch im "Ausland" möglich wird, andererseits kann damit auch Ausländern, insbesondere auch Touristen im Transitverkehr, rascher und effektiver geholfen werden und dies trotz bestehender Sprachprobleme.

Die Einführung des einheitlichen Notfalldokuments in den EU-Staaten stellt darüber hinaus nicht nur den Beginn der Verbesserung und Vereinheitlichung des Notfall- und Rettungswesens dar, sie bedeutet vielmehr auch einen weiteren, wenn auch kleinen, Schritt auf dem Weg zu einem einheitlichen Europa.

Der ENA hat zum leichteren Auffinden im Notfall eine auffällig gelbe Farbe. An Informationen beinhaltet er:

* Angaben zur Person des Trägers,
* Lichtbild,
* Personalien einer Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist,

* Dokumentation aller wesentlichen Angaben über chronische Erkrankungen und sonstige medizinisch relevante Besonderheiten des Trägers, die im Notfall von Bedeutung sein könnten,
* Angaben über besondere Arzneimittel, die beim Ausweisinhaber länger oder kurzfristig Anwendung finden und deren Kenntnis für den behandelnden Notarzt von besonderer Bedeutung ist,
* Eintragung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors sowie die Dokumentation von Bluttransfusionen,
* Impfungen, wie z.B. eine Tetanus-Immunisierung, aber auch andere relevante Immunisierungen werden eingetragen und von Arzt bestätigt,
* Eintragung des behandelnden Arztes bzw. Hausarztes mit Anschrift und Telefonnummer.

Der ENA ist kein amtlicher Ausweis, sondern ein vom Bürger auf freiwilliger Basis mitgeführtes Dokument, das für ihn bei einem Not- oder Unfall oder bei einer plötzlichen Erkrankung von lebensrettender Bedeutung sein kann.

Seinen Zweck kann der ENA nur dann erfüllen, wenn die Eintragungen vollständig sind und der Besitzer ihn stets mit sich führt. Der ENA ist außer für Risikopatienten auch für diejenigen Personen bestimmt, bei denen eine Schutzimpfung gegen Tetanus durchgeführt wird oder bei denen aus unterschiedlichem Anlaß (Blutspende, Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft, Krankenhausaufenthalt, Dienst beim Bundesheer und ähnliches) die Blutgruppe festgestellt wurde. Sowohl die durchgeführte Tetanus-Impfung als auch die festgestellte Blutgruppe sollten in diesem Notfall-Ausweis vom Arzt selbst eingetragen bzw. übertragen werden.

Die Kenntnis der Blutgruppe ist bei der Notfallversorgung, von Großkatastrophen mit eingeschränkten Möglichkeiten für blutgruppenserologische Untersuchung einmal abgesehen, von geringerem Interesse als die Risikofaktoren (BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT, 1987).

3.2.10 EUROPÄISCHE STANDARDS UND NORMEN IM RETTUNGSWESEN

Technische Spezifikationen ***gewährleisten*** die Kompatibilität zwischen Produkten sowie entsprechender ***Sicherheit, Qualität und Effizienz***. Solche Spezifikationen und die Prüfmethoden, die für den Nachweis der Konformität zu diesen Spezifikationen erforderlich sind, wurden bisher durch nationale Normungsinstitute erarbeitet. Das Ergebnis war manchmal von Land zu Land sehr unterschiedlich, dann wieder übereinstimmend - dank der internationalen Zusammenarbeit im Rahmen der ***ISO, der 'Internationale Organization for Standardization'***. Ein beträchtlicher

Teil dieser nationalen Dokumente wird nun aber schrittweise durch ein einziges Paket von mehreren tausend Europäischen Normen ersetzt, die eine einheitliche Grundlage für den Binnenmarkt bieten, zum Wohle aller im Europäischen Wirtschaftsraum.

CEN ist die Europäische Organisation, die für die ***Planung, Erstellung und Annahme dieser Normen*** (mit Ausnahme der Gebiete Elektrotechnik (CENELEC - Europäisches Komitee für Elektrotechnische Normung) und Telekommunikation (ETSI - Europäisches Institut für Telekommunikationsstandards)) zuständig ist. Die ***CEN - Verfahren garantieren die Einhaltung folgender Prinzipien:***

* **Offenheit und Transparenz**: alle interessierten Kreise nehmen an der Normungsarbeit teil;
* **Konsens**: Europäische Normen werden auf Basis der freiwilligen Übereinkunft zwischen interessierten Kreisen entwickelt;
* **Nationale Verpflichtung**: die formelle Annahme einer Europäischen Norm wird durch Mehrheitsabstimmung der nationalen Mitglieder der CEN beschlossen und ist für alle bindend;
* **Technische Kohärenz auf europäischer und nationaler Ebene**: durch die Verpflichtung zur Zurückziehung widersprechender nationaler Normen wird sichergestellt, daß sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene ein einheitliches Normenwerk besteht, dessen Kontinuität zum Nutzen der Anwender gewährleistet ist (CEN, 1991).

Das ***Europäische Komitee für Normung (European Committee for Standardization - Comité Européen de Normalisation - CEN) in Brüssel*** setzt die Europäischen Normen (European Standards) fest, so auch für den Rettungs- und Krankentransportbereich für "Krankenkraftwagen und deren Ausstattung; Krankentransportwagen (Medical vehicles and their equipment; Ambulances). CEN ist eine Vereinigung der nationalen Normenorganisationen der Länder der Europäischen Union (EU) sowie der Länder der Europäischen Freihandelszone (EFTA) und hat ***folgende Ziele:***

- ***Vereinheitlichung*** der Normen der Mitglieder;
- Erstellung ***Europäischer Normen;***
- ***Einheitliche Einführung*** der Arbeitsergebnisse ***der Internationalen Organisation für Normung (ISO)*** und der Internationalen Elektrotechnischen Normungsorganisation (IEC) in allen Mitgliedsländern,
- ***Berichterstattung über den Stand der Harmonisierung***,
- ***Einrichtung eines Kennzeichnungsdienstes*** auf der Grundlage der europäischen Normen.

CEN besteht aus ***folgenden Organen***: dem Präsidenten und Vizepräsidenten, dem Lenkungsausschuß, den Arbeitsgruppen und dem Zentralsekretariat. ***Mitglieder***

von CEN sind die nationalen Normungsinstitute von Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Spanien, Schweden und der Schweiz.

In den vom Lenkungsausschuß eingesetzten Arbeitsgruppen wird die technische Arbeit durchgeführt. Die Arbeitssprachen sind deutsch, englisch und französisch, Resolutionen und Arbeitsergebnisse werden in den drei Arbeitssprachen vorgelegt, Beratungsunterlagen zumeist nur in einer Sprache.

Die Zustimmung zu einer Europäischen Norm bedeutet, daß die angenommene Europäische Norm unverzüglich und ohne jede Änderung obligatorisch zur nationalen Norm wird und daß keine von der Europäischen Norm abweichende nationale Norm herausgegeben wird (EUROPÄISCHES KOMITEE FÜR NORMUNG - CEN, 1975).

CEN's European Standards: "Documents adopted by CEN are mainly given the status of European Standard, recognizable by the designation EN ... . CEN also publishes prestandards (ENV), harmonization documents (HD) and reports (CR). These documents are available, as transposed national standards, from National CEN Members. European, international or foreign organizations may also obtain European Standards and the publications listed below from the CEN Central Secretariat." (CEN, 1991).

Für die Durchführung des Transportes im geeinten Europa spielt jedoch die Kompatibilität der Rettungsmittel und der Notfallausrüstung eine große Rolle. Daran arbeiten zur Zeit ***drei Arbeitsgruppen (WG) des "Technischen Komitees (Technical Committee CEN/TC 239 "Rescue Systems")"*** der Europäischen Normungsbehörde (CEN):

- **WG 1 Krankenwagen** (Leitung: Deutschland),
- **WG 2 Krankentragen** (Leitung: Belgien) und
- **WG 3 Notfallausrüstung** (Leitung: Schweden) (DOMRES, STEINER, 1993).

Die Normenentwürfe hinsichtlich Krankenkraftwagen und deren Ausstattung sowie Krankentransportwagen stehen vor Beschlußfassung und enthalten folgende wesentliche Aussagen (DOC. CEN/TC 239/WG 1, N 52, November 1992), die im folgenden im Original wiedergegeben werden:

"... This *standard ist valid for medical vehicles* and it defines the general requirements as well as the technical examination for Patients Transport Ambulance, Emergency Ambulance and Mobile Intensive Care Units (MICU). This standard is only applicable for vehicles which transport at least one stretcher patient.

A ***Patient*** is a sick or injured person or an emergency patient, who needs emergency care and/or suitable transport.

An ***Emergency Patient*** is a patient, who, by sickness, injury or other circumstances is in immediate or subsequent danger to live, unless emergency treatment and/or monitoring and suitable transport to subsequent treatment or diagnostic is provided.

An ***Ambulance*** is a *land based vehicle which is* ***staffed by a minimum of two appropriately medically trained personnel*** for the provision of care and transport of at least one stretcher patient.

Type A: A ***Mobile Intensive Care Unit (MICU)*** is a vehicle, indentified as an Ambulance, and designed and equipped for the transport, enabling advanced treatment and monitoring of patients.

Type B: An ***Emergency Ambulance*** ist a vehicle, identified as an Amulance, and designed and equipped for the transport, enabling basic treatment and monitoring of patients.

Type C: A ***Patient Transport Ambulance*** is a vehicle, identified as an Ambulance, and designed and equipped for the transport of Patient not expected to become emergency patients.

Type C1: suitable for transport of single patient (one stretcher)
Type C2: suitable for transport of one and more patient(s) (on strecher(s)/chair(s)).
..."

Folgende Details werden künftig durch Mindeststandards in der Europäischen Norm geregelt:

"Loading capacity (persons):
* Net vehicle weight
* Permissible gross vehicle weight
* Loading capacity

Requirements:
* Maximum dimensions
* Acceleration
* Chassis
* Wheelarch clearance
* Braking
* Battery

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

* Electrical equipment
* Fire safety requirements
* Radio installation
* Vehicle body
* Cab ergonomics (Driver's compartment)
* Bulkhead Clarification
* Emergency exits
* Openings (doors, windows)
* Doors
* Windows
* Loading area
* Patient's compartment
* Dimensions
* Interior noise level
* Seating facilities
* Ventilation
* Heating
* Lighting
* Medical Equipment
* Special requirements

Testing and certification" (CEN, 1992).

3.2.11 KONSEQUENZEN DES EUROPÄISCHEN BINNENMARKTES AUF DEN RETTUNGSDIENST UND AUF DIE ERSTELLUNG EUROPÄISCHER STANDARDS UND NORMEN

Ziel des 7. Rettungskongresses des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) mit dem Motto "Retten und helfen - über Grenzen hinweg" war es, über Anforderungen an den Rettungsdienst der neunziger Jahre zu diskutieren, die Strukturen der Rettungsdienste im internationalen Vergleich darzustellen und Möglichkeiten für einen funktionierenden Rettungsdienst über Grenzen hinweg bei der Schaffung eines europäischen Binnenmarktes aufzuzeigen (DRK, 1992).

Zielsetzungen, Feststellungen und Forderungen hinsichtlich künftiger Europäischer Standards:

* die unterschiedlichen Standards der Rettungsdienste in den europäischen Ländern sind auf einem möglichst hohen Niveau anzugleichen;
* die präklinische Versorgung der europäischen Bevölkerung in Europa ist optimal sicherzustellen;

* die Qualifikation des Rettungsdienstpersonals in den europäischen Ländern ist nach vergleichbaren Ausbildungskriterien sicherzustellen;

* die Technik im Rettungsdienst für Krankenkraftwagen und Ausrüstung ist zu standardisieren (Anm.: CEN - Normen);

* mit Hilfe einer Kommunikationstechnik für den Rettungsdienst der neunziger Jahre sind die Informationswege zu verbessern;

* die Daseinsvorsorge in einem Bereich, in dem es um Leben und Gesundheit der europäischen Bürger geht, ist zu gewährleisten;

* die Vorhaltung für diese Daseinsvorsorge im Interesse der Bürger ist so kostengünstig wie möglich zu gestalten;

* der Zugang der Vorhaltung und Durchführung des Rettungsdienstes ist gesetzlich eindeutig zu regeln;

* private Interessen und die wirtschaftliche Konkurrenzsituationen bei der Umsetzung des Rettungsdienstes sind auszuschließen;

* eine europäische Notrufnummer für den Rettungsdienst ist vorzusehen;

* der bodengebundene Rettungsdienst und die Luftrettung sind als eine Einheit zu verstehen;

* Notfallrettung und qualifizierter Krankentransport sind als ein Verbund des Rettungsdienstes aus fachlichen Gründen festzuschreiben, da beide Elemente funktional, organisatorisch und ökonomisch zusammengehören;

* Liberalisierung des Binnenmarktes hat für den Rettungsdienst dort Grenzen, wo rechtliche Rahmenbedingungen den Standard des Rettungsdienstes nicht mehr garantieren;

* der Bereich Rettungsdienst ist kein Regelungsgegenstand der gemeinsamen Verkehrspolitik (Artikel 74 ff. EWG-Vertrag).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.3 INTERNATIONALE ASPEKTE DER PRÄKLINISCHEN NOTFALL-VERSORGUNG UND DER AUSBILDUNG IM RETTUNGSWESEN

3.3.1 WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION

Angesichts ihrer langjährigen Erfahrungen und ihrer beträchtlichen Ressourcen tragen die europäischen Länder gegenüber der übrigen Welt eine spezielle Verantwortung als Wegbereiter bei der Suche nach neuen Wegen, die Gesundheitsprobleme zu lösen und die bestehenden Ungerechtigkeiten abzubauen. Nach der Annahme des Konzeptes "Gesundheit 2000" als wichtigstes soziales Ziel der Regierungen und der WHO im Jahr 1977 hat die Europäische Region maßgebliche Schritte zur Erreichung dieser Zielstellung unternommen. In diesem Zusammenhang ist auch die Formulierung einer gemeinsamen gesundheitspolitischen Strategie im Jahr 1980 und die Annahme der Regionalziele durch das Regionalkomitee im Jahr 1984 hervorzuheben. Die Regionalziele wurden für die europäischen Mitgliedsstaaten unter aktiver Mitwirkung ihrer Sachverständigen unter ihrer maßgebenden Institutionen für das Gesundheits- und Sozialwesen in Konsultation mit ihren übergeordneten Gesundheitsbehörden aufgestellt. Diese Ziele geben somit die gemeinsame Ansicht darüber wieder, was "Gesundheit für alle" in Europa sein könnte und sein sollte, und stellen eine Herausforderung dar, die sich die Mitgliedsstaaten selbst vorgegeben haben.

Im Rahmen dieser von der WHO definierten Einzelziele zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie für "Gesundheit 2000" ist ***vom Ziel 11 "Unfälle" das Rettungs- und Notfallwesen unmittelbar tangiert***. ***Entsprechend dieser Zielsetzung soll bis zum Jahr 2000 die Zahl der Todesfälle infolge von Unfällen in der Region durch verstärkte Bemühungen zur Verringerung der Unfallhäufigkeit im Straßenverkehr, zuhause und am Arbeitsplatz um mindestens 25 % vermindert werden.***

Dieses Einzelziel ***ist unter folgenden Voraussetzungen erreichbar*** (WHO, 1985):

- wenn die Sterblichkeitsquote infolge von Straßenverkehrsunfällen bis zum Jahr 2000 in keinem Land höher als 20 pro 100.000 Einwohner liegt,
- wenn diese Quote in den Ländern, wo sie niedriger ist, auf unter 15 gesenkt werden kann,
- wenn die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen und den sozialökonomischen Gruppen in sämtlichen Ländern verringert werden,
- wenn die Sterblichkeit durch Unfälle am Arbeitsplatz in der Region um mindestens 50 % gesenkt werden kann, und
- wenn die Sterblichkeit durch häusliche Unfälle beträchtlich herabgesetzt wird.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die Problemstellung des Zieles 11 "Unfälle" wird von der WHO folgendermaßen beschrieben:

Mit einer Mortalitätsquote von 50 pro 100.000 Einwohner stellen ***Unfälle die drittwichtigste Todesursache in der Region*** dar. Rund 50 % der Todesfälle durch Unfall ereignen sich in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre und 50 % aller Todesfälle bei 15- bis 24jährigen Männern sind auf Unfälle zurückzuführen.

In den entwickelten Ländern hat die Zahl der Unfalltoten und Unfallverletzungen in den letzten Jahren abgenommen. Die relative Bedeutung der Unfälle als Ursache von Todesfällen und Verletzungen nimmt dagegen bei Kindern, jungen Menschen und Betagten zu.

Kraftfahrzeugunfälle machten rund 40 % aller Unfalltodesfälle aus. Die durch Straßenverkehrsunfälle bedingten Sterblichkeitsziffern liegen in den Mitgliedsstaaten im Bereich von 9 bis 30 pro 100.000 Einwohner; indessen war in 20 Ländern seit 1974 insgesamt ein Rückgang von 15 % der Todesopfer von Straßenverkehrsunfällen zu verzeichnen. Auf jeden Unfalltoten im Straßenverkehr entfallen rund 15 Schwerverletzte und 30 leichtverletzte Personen. Unfälle mit Kraftfahrzeugen sind somit eine wichtige Ursache der Hospitalisierung und ein wichtiger Faktor für bleibende Behinderungen. Die Folge solcher Unfälle ist einerseits die Inanspruchnahme komplexer und kostspieliger technischer Behandlungseinrichtungen, andererseits auch die Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Betreuungsdienste für Behinderte.

Unfälle durch Vergiftung, Stürze und Feuersbrünste haben zusammen die Sterblichkeitsquote von knapp 25 pro 100.000 Einwohner zur Folge und machen rund 45 % aller Unfalltodesfälle aus. Obwohl aus den vorliegenden Informationen nicht genau ersichtlich ist, wo sich diese Unfälle ereignet haben, scheinen die Unfälle in der eigenen Wohnung eine wichtige Todesursache in der Region zu sein.

Unfälle am Arbeitsplatz sind immer noch eine wichtige Ursache von Tod und Behinderung. Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, daß die jährliche Quote der gemeldeten Arbeitsunfälle in den hochindustrialisierten Ländern rund 6 pro 100.000 Arbeitnehmer beträgt. Unfälle auf dem Weg zum Arbeitsplatz und auf dem Nachhauseweg sind rund zehnmal weniger häufig als Unfälle bei der Arbeit. Die gemeldete Sterblichkeitsquote liegt im Bereich von 2 bis 10 pro 100.000 Einwohner. Nicht weniger als 10 % dieser Unfälle führen zu bleibenden Funktionsbehinderungen. Männer sind sechsmal häufiger von Arbeitsunfällen betroffen als Frauen. In den letzten zehn Jahren konnte die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle in einigen Ländern beträchtlich verringert werden. Der allgemeine Trend in Europa zeigt bisher jedoch nur eine geringe oder gar keine Abnahme der Unfallhäufigkeit.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die Lösungsvorschläge zum Ziel 11 "Unfälle" werden von der WHO folgendermaßen beschrieben: Im Hinblick auf die Unfallverhütung sollten multidisziplinäre und intersektorale Strategien und Programme aufgestellt werden mit dem Ziel, die ***Gefahren besonders zuhause, im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz zu erkennen und später zu beseitigen*** und sichere Produkte zu entwerfen. Eine ***wirksamere Verkehrsüberwachung und Erziehung der Verkehrsteilnehmer zur Verkehrssicherheit***, bessere Straßen, Verbesserungen in der Konstruktion des Fahrzeug- bzw. Maschinenparks, kindersichere Arzneimittelpackungen, bau- und feuerpolizeiliche Vorschriften und Regelungen, Schutzvorrichtungen und andere Formen von Bekämpfung von Gefahren am Arbeitsplatz sind einige der Sicherheitsvorkehrungen, die zur Verringerung der Unfallhäufigkeit beitragen können.

Der Gesundheitssektor sollte in den Bemühungen, das ***Risikobewußtsein der Politiker, Planer, Fachkräfte und Verbraucher zu verbessern***, eine wichtige Rolle spielen. In allen Ländern sollten ***Systeme für die epidemiologische Überwachung, die vorsorgliche Bereitschaftsplanung und Hilfsmaßnahmen bei Unfällen*** einschließlich von Menschen verursachter und Naturkatastrophen aufgebaut werden, die auch über ausreichende Strukturen zur Bewältigung größerer Katastrophenfälle verfügen, von denen mehr als ein Mitgliedsstaat betroffen wird.

EINZELZIELE DER WHO

Über das Einzelziel "Unfälle" hinausgehend sollten nach dem Programm der WHO "Gesundheit 2000" in Österreich folgende Ziele erreicht werden:

- 10 % mehr Lebensjahre frei von schweren Krankheiten oder Funktionsbehinderungen;
- 10 % weniger Schwerverletzte - 58.000 Unverletzte mehr als heute;
- 25 % weniger Unfälle - 1.000 Überlebende mehr als heute;
- 10 % weniger Folgekosten - 12 Milliarden öS Volksvermögen eingespart.

Quelle: AUVA, 1993

Zu erwägen wäre ferner eine ***Verbesserung des Unfallmeldesystems*** in der Hinsicht, daß in jedem Falle auch der Unfallort angegeben wird. Dies würde eine bessere Ermittlung der Ursachen von häuslichen Unfällen wie auch der am stärksten gefährdeten Personen erlauben und damit wichtige Rückschlüsse für die Entwicklung von Interventionsprogrammen geben.

Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dr. Hiroshi Nakajima, hat anläßlich des Weltgesundheitstages 1993 folgende Botschaft ausgesandt: " Auf unserer Erde sterben jährlich mindestens 3,5 Millionen Menschen infolge von Verletzungen durch Gewalt, Unfälle oder Absicht. Individuelle Verletzungsrisken auf der Straße, zu Hause, am Arbeitsplatz oder in der Freizeit wurden zu lange ignoriert; die Notwendigkeit ihrer Reduzierung ist von geringem öffentlichen Interesse. Öffentliches Gesundheitswesen wird in vielen Ländern ständig verbessert: Die allgemeine Lebenserwartung steigt überall. Daher ist es völlig inakzeptabel, daß so viele Menschen gewaltsam und zu früh sterben bzw. für immer behindert bleiben. Mehr als die Hälfte aller Todesfälle bei jungen Menschen ist auf Verletzungen zurückzuführen; Verletzungen sind die Hauptursache für verlorene Lebensjahre. Millionen Menschen bedürfen jährlich medizinischer Behandlung für Verletzungen aus Unachtsamkeit, Gleichgültigkeit oder physischer Gewalt. Während ökonomische Krisen die Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit der Menschheit verzögern, kosten Verletzungen aller Art die Weltgemeinschaft pro Jahr fast 500 Millionen US $ für medizinische Betreuung und Produktivitätsentgang. Der Weltgesundheitstag 1993 ist daher der Verhütung von Unfällen und Verletzungen gewidmet. Die WHO möchte die Aufmerksamkeit auf die mitunter katastrophalen, vielfach vermeidbaren Folgen für Unfallopfer und die Gesellschaft als Ganzes lenken. Es ist an der Zeit aufzuzeigen, daß Sicherheit für die Gesellschaft von heute nicht nur kollektive, sondern auch individuelle Verantwortung bedeutet. Gesundes Leben durch Sorglosigkeit zerstören, ist tragische Verschwendung. Unfälle und Gewaltakte passieren viel zu leicht und nicht nur immer anderen Leuten. Sicherheit bedeutet Verantwortung für alle." (NAKAJIMA, 1993)

Von Regionalbüro für Europa der WHO wurde versucht, die Unterschiede der EMS-Systeme im gesamten Europa aufzuzeigen. Im Jahr 1989 wurde darauf hin von der WHO ein Bericht über die notfallmedizinische Versorgung und Gesundheitserziehung im Zusammenhang mit ihrem Projekt "Monitoring of the Strategy for Health for All by The Year 2000" (WHO - Regional Office for Europe, 1989) veröffentlicht. Aufgrund der Vielzahl der untersuchten Länder und der Gesamtstreubreite der Untersuchungsfaktoren der Einzelziele der WHO gibt diese Studie in den Subkapiteln "Emergency and relief services" einen Einblick in die Notfallversorgung von 32 Ländern.

3.3.2 INTERNATIONALE STANDARDS UND NORMEN

Die Internationale Organisation für Normung (International Organization for Standardization - ISO) ist eine Vereinigung der nationalen Normungsorganisationen. In allen Sprachen lautet die Abkürzung ISO. Aus jedem Mitgliedsland wird eine Normungsinstitution aufgenommen, und zwar diejenige, die für die Normung in dem jeweiligen Land die "größte" Zuständigkeit besitzt. Darüber, welches Gebiet man als ein Land zu betrachten hat, befindet der ISO-Rat. Dieser ISO-Rat besteht aus 14 für jeweils drei Jahre gewählten Mitgliedern und bereitet die Beschlüsse für die Generalversammlung vor. Darüber hinaus entscheidet er über die Bildung neuer Technischer Komitees (Technical committee - TC) einschließlich ihres Aufgabenbereiches (scope) und vergibt die Sekretariate, diskutiert über entscheidende Fragen der internationalen Normung und gibt dem Generalsekretär allgemeine Leitlinien für seine finanziellen und sachlichen Entscheidungen. Der ISO-Rat tagt einmal im Jahr und hat für besondere Aufgaben verschiedene Ausschüsse gebildet. Dazu zählen z.B. der Exekutiv-Ausschuß, der Planungsausschuß, der Konformitätszeichenausschuß, der Entwicklungsländer-Ausschuß, der Verbraucher-Ausschuß, der Informationsausschuß und der Zukunftsausschuß.

Ein weiteres Organ ist die Generalversammlung. Sie wählt die Mitglieder des ISO-Rates und den Präsidenten. Sie beschließt über Änderungen der Satzungen und über die Höhe der Mitgliedsbeiträge sowie über wichtige Grundsatzfragen der internationalen Normung. Die Generalversammlung findet alle drei Jahre statt. Jedes Mitglied kann bis zu drei Delegierte zu der Generalversammlung entsenden.

Der Präsident leitet und vertritt die ISO. Er wird von der Generalversammlung für drei Jahre gewählt. Eine Wiederwahl ist nicht möglich. Er ist zumeist mit einem Präsidenten oder Vizepräsidenten einer nationalen Normungsorganisation identisch. Aufgabe des Vizepräsidenten der ISO ist es, dem Präsidenten in allen praktischen Fragen der internationalen Normung zu beraten und zu unterstützen. Er wird vom ISO-Rat aus seiner Mitte für drei Jahre gewählt. Eine einmalige Wiederwahl ist möglich. Der Vizepräsident kommt aus einer nationalen Normungsorganisation und ist in der Regel deren Leiter.

Der Schatzmeister wird ebenfalls vom ISO-Rat auf drei Jahre gewählt und ist immer eine Persönlichkeit aus dem Genfer Bankwesen.

Der Sitz des Zentralsekretariates ist in Genf, der Generalsekretär ist der Leiter des ISO-Zentralsekretariates, er wird vom ISO-Rat ernannt und abgesetzt.

Vorschläge zur Bildung von Technischen Komitees (ISO/TC) können von allen ISO-Mitgliedern und den genannten Organen eingebracht werden. Sie werden nach Begutachtung durch den entsprechenden Ausschuß allen ISO-Mitgliedern zur Ab-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

stimmung übersandt. Das Ergebnis wird in einer Sitzung behandelt und entschieden. Dieser Beschluß geht bei Einigkeit in den ISO-Rat. Konnte man sich nicht einigen, bildet der Planungs-Ausschuß einen Ad-hoc-Ausschuß, um mit den Interessierten zu einer Übereinstimmung zu kommen, über die der Planungsausschuß dann wieder berät. Auf diese Weise wurden Fragen auf einzelnen Teilgebieten vorgeklärt. Die Technischen Komitees können Unterkomitees (subcommittees - SC) oder Arbeitsgruppen (working groups - WG) bilden. Die ISO ist wohl die bedeutendste internationale technische Organisation der Welt. Dort arbeiten schätzungsweise 50.000 Fachleute ehrenamtlich mit. Die Sekretariate der Technischen Komitees werden grundsätzlich nur von Mitgliedern der ISO betreut. Der überwiegende Teil der Sekretariate wird von den sgn. Industrieländern betreut und finanziert. Die ISO wird durch Mitgliedsbeiträge und durch den Verkauf der Ergebnisse ihrer Arbeit finanziert.

In vielen Ländern gibt es nationale Normen, die bereits die ISO-Normen als Grundlage haben. So gibt es z.B. in Deutschland Normen für den Anästhesiebereich, die neben den Anforderungen einer DIN-Norm auch den internationalen Standards der ISO in Form einer ISO-Norm gerecht werden. Als Beispiele seien hier angeführt (HANDBUCH DES RETTUNGSWESENS, BAND 5, 1991):

- DIN ISO 4135 (November 1988) Anästhesie; Begriffe, Identisch mit ISO 4135:1979 (Stand 1986),
- E DIN ISO 5356 T 1 (September 1989) Anästhesie- und Beatmungsgeräte; Konische Konnektoren; männliche und weibliche Konen, Identisch mit ISO 5356-1:1987; Entwurf
- DIN ISO 5361 T 1 (März 1988) Trachealtuben; Allgemeine Anforderungen; Identisch mit ISO 5361/1, Ausgabe 1984
- DIN ISO 5361 T 2 (März 1988) Trachealtuben; Oro-Tracheal- und Naso-Trachealtuben vom Magill-Typ mit und ohne Cuff, Identisch mit ISO 5361/2, Ausgabe 1984
- DIN ISO 5361 T 3 (März 1988) Trachealtuben; Murphy-Typ; Identisch mit ISO 5361/3, Ausgabe 1984,
- E DIN ISO 5362 (September 1989) Anästhesie-Atembeutel; Identisch mit ISO 5362:1986, etc.

Die ISO will die Ausbreitung von Normen in der Welt fördern, um den internationalen Austausch von Gütern und Dienstleistungen zu erleichtern und um eine Zusammenarbeit auf intellektuellem, wissenschaftlichem, technologischem und wirtschaftlichem Gebiet zu entwickeln. Diese Aufgabe der ISO soll durch Erarbeitung von ISO-Normen und ISO-Fachberichten, Förderung des Normungsgedankens, Information über Normvorhaben in der Welt und Koordination der weltweiten Normung durch Zusammenarbeit mit allen internationalen Organisationen, die an der Normung interessiert sind, verwirklicht werden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3.4 DAS RETTUNGS- UND NOTFALLWESEN DER USA

3.4.1 HISTORISCHER RÜCKBLICK UND SYSTEMENTWICKLUNG

Die Notfallmedizin ist in den Vereinigten Staaten eine eigene Disziplin (SCHWARTZ, SAFAR, STONE, 1986). Die 70er Jahre waren der Beginn der amerikanischen Notfallmedizin, als praktische Ärzte in den von den Fachabteilungen vernachlässigten Notaufnahmen arbeiteten. In der USA werden alle Notfallpatienten grundsätzlich in der Notfallaufnahme eines Krankenhauses behandelt. Dadurch ist der Anteil der kritisch kranken Patienten in der Notfallaufnahme in den USA kleiner als z.B. in Europa. Die Intensivmedizin wird in den Vereinigten Staaten von Ärzten der multidisziplinären Subspezialität ***"Critical Care Medicine"*** durchgeführt. Das Funktionieren der Rettungskette (Chain of Survival), das heißt von der ersten Patientenversorgung am Notfallort, während des Transportes, in der Notfallaufnahme, im Operationssaal und auf der Intensivstation steht unmittelbar in Zusammenhang mit der Überlebenschance eines akut erkrankten oder verletzten Patienten. Dabei ist das reibungslose Ineinandergreifen der einzelnen Teilbereiche für alle Patienten, natürlich auch bei klinischem Tod (Kreislaufstillstand) von besonderer Bedeutung.

Die ***"Critical-Care-Ärzte"*** arbeiten seit den 70er Jahren nur auf den Intensivstationen, da die Notfallaufnahme und der praehospitale Bereich ausschließlich von der eigenständigen Gruppe der Notfallmediziner betreut werden. Die Notfallmedizin ist als eine multidisziplinäre Aufgabe zu verstehen, wobei die wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Wiederbelebung und Intensivmedizin im Rettungswesen zur praktischen Anwendung kommen (SAFAR, 1982).

In den 50er und 60er Jahren wurde die Entwicklung der Notfallmedizin in den USA von europäischen Kollegen wie Frey, Ahnefeld und Dick aus Deutschland sowie anderen europäischen Ländern beeinflußt. In den 70er und 80er Jahren kommt es jedoch zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen: In den Vereinigten Staaten galt das Hauptinteresse dem plötzlichen Herztod, während in Europa der Schwerpunkt auf der Versorgung des Traumapatienten lag.

Die Rettungswagen wurden in weiterer Folge ***in den USA*** mit ***speziell ausgebildeten Rettungssanitätern, den Paramedics***, besetzt, die in Funkkontakt mit einem Notfallmediziner in der Klinik stehen, während ***in Europa*** vielfach ***speziell ausgebildete Ärzte im Rettungswagen*** zum Notfallort fuhren und auch heute noch fahren. Mit den rasch am Notfallort anwesenden Paramedics war es dadurch in den USA möglich, bessere Ergebnisse beim plötzlichen Herztod als in einigen europäischen Ländern zu erreichen, während die Notfallärzte in Europa bessere Ergebnisse bei Traumapatienten erzielten.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

In Europa durften Nicht-Mediziner bis vor kurzem nicht intubieren, defibrillieren und auch keine Medikamente verabreichen. Der Rettungshubschrauber wurde zuerst in Europa eingesetzt, obwohl gerade die größeren Entfernungen im ländlichen Amerika diese Entwicklung eher gefördert hätten. Durch den starken Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern in den USA wurde über zwei Jahrzehnte hinweg vielfach der ***Ausbau spezieller Unfallkrankenhäuser verhindert***, während es in Europa vom Staat oder anderen Kommunen getragene Kliniken gab, die hier Zentren für schwerkranke oder verletzte Patienten auf regionaler Basis bildeten. Ein Vergleich der Behandlungsergebnisse ist nur schwer möglich, da eine einheitliche Klassifikation und Kriterien, die das Behandlungsergebnis beschreiben, fehlen.

Schwer erkrankte oder verletzte Patienten wurden ***bis in die 50er Jahre in das Krankenhaus transportiert, ohne daß medizinisch qualifizierte Hilfe während des Transportes geleistet wurde***. Im Rahmen der Ersten Hilfe wurden dabei lediglich Maßnahmen wie Reponieren und Lagern durchgeführt, jedoch keine Wiederbelebungsmaßnahmen gesetzt. Bis zum Jahr 1958 bestanden die einzigen klinischen Reanimationsmaßnahmen, die vom Rettungspersonal ausgeübt wurden, aus den Thoraxdruck-Armhebe-Manövern. ***Erst ab 1960*** wurde die ***externe Herzdruckmassage, die Defibrillation*** und die intermittierende Überdruckbeatmung auch außerhalb der Klinik eingesetzt.

In Baltimore wurden im Jahre 1960 die ersten erfolgreichen Reanimationen außerhalb der Klinik durchgeführt (WILDER, JUDGE, KOUWENHOVEN, 1964). In den Folgejahren wurde der Rettungswagen mit einem externen Defibrillator, Medikamenten, Infusionen, Infusionsbesteck, Endotrachealtubus, etc. ausgestattet. Die Ärzte in den USA sahen keine Notwendigkeit, das Krankenhaus zu verlassen und an den Notfallort zu gehen. ***Richtlinien und Empfehlungen zur Art und Ausrüstung der Rettungswagen*** wurden in den frühen 60er Jahren verabschiedet (SAFAR, ESPOSITO, BENSON, 1971; SAFAR, BROSE, 1965, NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 1968).

Nagel und Caroline entwickelten unabhängig von einander sgn. ***"standing orders" für die erweiterten Sofortmaßnahmen***, um den Paramedics eine Anleitung für die Defibrillation, Medikation und Intubation zu geben (CAROLINE, 1991). Diese standing orders konnten über Funkkontakt durch den Notfallmediziner in der Klinik variiert werden.

In ***Seattle*** wurde in den 70er Jahren von ***L. Cobb*** ein Rettungswesen eingerichtet, das v.a. auf den kardialen Notfall spezialisiert war (COBB, 1980). Zu gleichen Zeit wurde von Mickey Eisenberg und Richard Cummings ein ***Programm zur Ausbildung von Laien in den Basismaßnahmen zur CPR*** entwickelt (EISENBERG, CUMMINGS, MOORE, 1985). Die Studie aus Seattle zur Evaluierung der praehospitalen Basismaßnahmen und erweiterten Sofortmaßnahmen beim plötzlichen

Herztod fanden weltweite Beachtung. Obgleich Cobb, Eisenberg und Cummings Kardiologen sind, beschäftigen sie sich ebenso mit dem nichtkardialen Notfall.

1964 wurde von Peter Safar in Pittsburgh ein Konzept für das Rettungswesen (SAFAR, 1966) vorgestellt, welches die Basis für den "EMS System Act of the US" bildete, der in den frühen 70er Jahren festgeschrieben wurde (BOYD, 1973).

Die National Academy of Sciences analysierte in ihrer Studie "Accidental death and disability: The neglected disease of modern society" das präklinische Notfallversorgungssystem in den Vereinigten Staaten. Daraus ein Zitat:" Es gibt keine allgemein anerkannten Standards für die Kompetenz und das Training von Krankenwagenfahrern. Die Spanne reicht von sogar in elementarsten Maßnahmen untrainierten Personen, schlecht bezahlten Arbeitern bis zu gemeinnützig denkenden Ehrenamtlichen. Lizenzvergabe oder Zertifikation ist eine Rarität. Es gibt keine standardisierten oder einheitlichen Kurse, obwohl die Lehrmeinung des Roten Kreuzes Grundlage für die meisten sind. Es gibt den Bedarf für Vereinheitlichung auf einen Ausbildungskurs, einen weithin akzeptierten Lehrtext und Trainingsmittel, damit über das Training des Rot-Kreuz-Basiskurses hinaus unterrichtet werden kann (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 1966)".

Der Highway Safety Act aus dem Jahr 1966 der National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) des U.S. Department of Transportation (DOT) verpflichtete per Gesetz jeden Staat zur Einführung eines Emergency Medical Service (EMS). Aufgrund der Verordnung aus dem Jahre 1966 war jeder Staat dazu verpflichtet, ein "Highway Safety Program" zu entwickeln, um die Zahl der Verletzten und Todesfälle im Verkehr zu senken. Im Zuge dessen wurden auch einheitliche Curricula und Richtlinien zur Ausstattung der Fahrzeuge entwickelt.

Auslöser zu diesem Gesetz war ein Verkehrsunfall auf dem Highway, bei dem beträchtlicher Personenschaden zu verzeichnen war und die damaligen Rettungsdienste, die eher auf privater Basis organisiert waren, erst sehr spät am Unfallort eintrafen. Damit sich dies unter keinen Umständen wiederholen konnte, wurden auf jeder Feuerwache (Fire Department) das Personal in Erster Hilfe ausgebildet. Grund für diese Wahl der Stationierung der Erstversorgung war die Tatsache, daß die Fire Departments flächendeckend organisiert waren und somit eine maximale Eintreffzeit von 3 bis 4 Minuten am Unfallort gewährleistet war.

1967 wurden vom Secretary of Transportation 18 "Highway Safety Program Standards" herausgegeben, die auch die EMS beinhalten. Ziel war es, EMS in den Bereichen Planung, Ausbildung, Personal, Kommunikation und Transport zu verbessern. Im Jahr 1973 wurde der "Emergency Medical Services Systems Act" erlassen, der ein neues Unterstützungsprogramm vom Department of Health, Education and Welfare (jetzt: Department of Health and Human Services - DHHS) beinhaltete, um

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

regionale EMS-Systeme zu entwickeln. Die Schwerpunkte des Programms waren Systemaufbau, Anschaffung von Ausstattung und Ausbildung des Personals. Zuschüsse erhielt ein regionales EMS-System nur dann, wenn es folgende 15 Parameter erfüllte:

1. Personal,
2. Ausbildung,
3. Kommunikationssysteme,
4. Transportsysteme,
5. Notaufnahmen,
6. Intensivstationen,
7. Behördliche Institutionen,
8. Konsumentenmitbestimmung,
9. Zugang zur Notfallhilfe,
10. Patientenübergabe,
11. Standardisierte Dokumentation,
12. Öffentlichkeitsarbeit,
13. Systemanalyse und - evaluation,
14. Katastrophenschutz,
15. Überlandhilfe.

Im Jahre 1990 wurde ein "Consensus Workshop on Emergency Medical Services (EMS) Training programs" abgehalten, um bestehende Curricula zu überarbeiten, die Ausbildungserfordernisse festzulegen und Ausbildungsrichtlinien zu etablieren. Weiters wurde der Emergency Medical Technician-Ambulance-Grundkurs als Basiskurs jedes EMS-Ausbildungsprogrammes anerkannt.

3.4.2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Der "Highway Safety Act" aus dem Jahr 1966 der National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) des U.S. Department of Transportation sowie der "Emergency Medical Services Act" aus dem Jahre 1973 bilden die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen für die Vereinigten Staaten (U.S. DEPARTMENT OF TRANSPORTATION, 1990). Jedoch hat jeder Bundesstaat seine eigenen gesetzlichen Bestimmungen, die auf den nationalen gesetzlichen Bestimmungen basieren. Die Bundesstaaten haben die Durchführungskompetenz, aufgrund derer sie Erweiterungen z.B. bei den Lehrinhalten oder dem Stundenumfang vornahmen. Daraus resultiert, daß jeder Bundesstaat seine eigenes Gesetz mit seinen "eigenen Lehrinhalten" und einem anderen Ausbildungsumfang als der Nachbarbundesstaat hat. Die Inhalte des nationalen Gesetzes müssen aber auf jeden Fall in den Gesetzen der einzelnen Bundesstaaten enthalten sein.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

So regeln z.B. in Georgia drei Gesetze den Bereich der EMS: "Rules and Regulations for Ambulance Services" (Georgia Chapter 290-5-30) , "Rules and Regulations of the Composite Board of Medical Examiners" (Georgia Code Chapter 31-11 Paramedics and Cardiac Technicians)" und die "Rules and regulations for standards for approval of training courses" (Chapters 290-5-40, "Paramedic und Cardiac Technicians, und 290-5-49, Basic EMT Instructors).

In den Gesetzen sind unter anderem festgehalten: Lizenzvergabe für Rettungsdienste, Ausrüstungsstandards für Rettungsmittel, Lizenzvergabe für Ersthelferdienste (Feuerwehren als Ersthelfer), Frühgeburtenrettungsdienst, Standards für Zertifikation von Emergency Medical Technicians (EMT's) der verschiedenen Ausbildungsstufen, Rezertifikationserfordernisse, erlaubte medizinische Maßnahmen, Dokumentationserfordernisse, Aufgaben der ärztlichen Leiter, Ausbildung der Instruktoren usw. Weiters werden Sanktionen für verschiedenste Unterlassungen und Dienstverfehlungen festgelegt.

3.4.3 TERMINOLOGIE

In der Folge werden für Interessierte einige Grundbegriffe und im Rettungsdienst häufig gebrauchte Termini erläutert:

ALS = **A**dvanced **L**ife **S**upport: erweiterte lebenserhaltende und lebensrettende Sofortmaßnahmen, Beispiel: Intubation

ACLS = **A**dvanced **C**ardiac **L**ife **S**upport: erweiterte lebenserhaltende Sofortmaßnahmen, betreffend das Herz-Kreislauf-System

AHA = **A**merican **H**eart **A**ssociation, Amerikanische Herz-Liga

ATLS = **A**dvanced **T**rauma **L**ife **S**upport: erweiterte lebenserhaltende Maßnahmen der Traumaversorgung. Ein Untersuchungs- und Versorgungskonzept für den klinischen definitiven (operativen) Versorgungsbereich von Traumapatienten, entwickelt von der Amerikanischen Vereinigung der Fachärzte für Notfallmedizin (ACEP)

BLS = **B**asic **L**ife **S**upport: lebensrettende Basismaßnahmen, z.B. das Freimachen und Freihalten der Atemwege, Herz-Lungen-Wiederbelebung, Geburtshilfe, Schienung, Defibrillation (diese wird, wenn mittels automatischer Technik durchgeführt, in den BLS-Bereich eingeordnet)

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

BCLS = **B**asic **C**ardiac **L**ife **S**upport: lebensrettende Basismaßnahmen das kardiale System betreffend. Dabei handelt es sich um von der AHA definierte Basisstandards zur Versorgung von kardialen Notfällen auf Ersthelferniveau, insbesondere für die Notfallsituationen Herz-Lungen-Wiederbelebung und Fremdkörperverlegung der Atemwege

BTLS = **B**asis **T**rauma **L**ife **S**upport: erweiterte lebensrettende Basismaßnahmen der Traumaversorgung (siehe ATLS). Ein standardisiertes präklinisches Untersuchungs- und Versorgungskonzept für Traumapatienten, entwickelt von der Amerikanischen Vereinigung der Fachärzte für Notfallmedizin (ACEP)

CAD = **C**omputer **A**ssisted **D**ispatching

CCU = **C**oronary **C**are **U**nit, Herzintensivstation

covered by a doctor = unter Aufsicht des Arztes

CPR = **C**ardio **P**ulmonary **R**esuscitation = Herz-Lungen-Wiederbelebung = HLW

disaster = Katastrophe

dispatcher = Einsatzdisponent, entspricht dem im Dienst befindlichen Leitstellenpersonal, welches die Notrufe entgegennimmt und die Art des Einsatzmittels festlegt. Der "dispatcher" entspricht im Ausbildungsmodell der Sanitätsfachkraft dem Dipl. Organisations- und Dispatch-Centre-Assistenten.

DOT = **D**epartment **o**f **T**ransportation (U.S. Verkehrsministerium in Washington D.C.)

driver licence = Führerschein

E 911 = erweiterter (enhanced) Notruf, nationaler Notruf für Feuerwehr, Rettung und Polizei in den USA.

EMD = **E**mergency **M**edical **D**ispatching (= notfallmedizinisches Leitstellenmanagement)

emergency = Notfall

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

emergency number = Notrufnummer

emergency room (ER) = Notaufnahme

EMS = **E**mergency **M**edical **S**ervice: notfallmedizinischer Dienst (für den präklinischen Bereich); Rettungsdienst

EMT = **E**mergency **M**edical **T**echnician: notfallmedizinischer nichtärztlicher Fachmann für den präklinischen Bereich, in etwa vergleichbar dem deutschen Rettungssanitäter bzw. Rettungsassistenten, wobei es hier unterschiedliche Ausbildungsstufen gibt, wie z.B. dem EMT-B(asic), den EMT-I(ntermediate) und den EMT-P(aramedic). Der Begriff EMT würde nach dem Ausbildungsmodell der Ö.A.G.W. jenen der Sanitätsfachkraft (Rettungssanitäter und Diplomierter Rettungsassistent) entsprechen. In der europäischen Terminologie entspricht der EMT dem Begriff des Emergency Medical Assistant (EMA).

EMT-A = **E**MERGENCY **M**EDICAL **T**ECHNICIAN-**A**MBULANCE: ist eine Person, die im präklinischen Bereich Tätigkeiten und Maßnahmen im Rahmen der lebensrettenden Basismaßnahmen, des 'Basic Life Support - BLS', ausübt bzw. setzt und auch alle Voraussetzungen des National Standard Curriculum zum EMT-A des DOT sowie die bundesstaatlichen Anforderungen erfüllt und von der im jeweiligen Bundesstaat 'responsible certification agency' zertifiziert ist.

EMT-D = **E**MERGENCY **M**EDICAL **T**ECHNICIAN-**D**EFIBRILLATION: ist ein EMT-A mit Zusatzausbildung in automatischer, halbautomatischer oder manueller Defibrillation.

EMT-I = **E**MERGENCY **M**EDICAL **T**ECHNICIAN-**I**NTERMEDIATE: ist ein EMT- A mit Zusatzausbildung in einer oder mehreren erweiterten Methoden, wie z.B. Intubation oder Setzen eines intravenösen Zuganges, der auch alle Voraussetzungen des National Standard Curriculum zum EMT- I des DOT sowie die bundesstaatlichen Anforderungen erfüllt und von der im jeweiligen Bundesstaat 'responsible certification agency' zertifiziert ist.

EMT-P = **E**MERGENCY **M**EDICAL **T**ECHNICIAN-**P**ARAMEDIC ODER **PARAMEDIC**: ist ein EMT- A mit Zusatzausbildung hinsichtlich des gesamten Tätigkeitsbereiches der erweiterten lebensrettenden Sofortmaßnah-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

men, 'Advanced Life Support - ALS', der auch alle Voraussetzungen des National Standard Curriculum zum EMT-P des DOT sowie die bundesstaatlichen Anforderungen erfüllt und von der im jeweiligen Bundesstaat 'responsible certification agency' zertifiziert ist.

field training	=	Praxisausbildung
first aid	=	Erste Hilfe
first responder	=	Ersthelfer
ICU	=	**I**ntensive **C**are **U**nit, Intensivstation
instructor	=	Ausbildner
intensive care unit	=	Intensivstation
level	=	Ausbildungsstufe
lifesaving equipment	=	lebensrettende Ausrüstung bzw. Ausstattung
medical assistant	=	medizinisches Hilfspersonal
medical equipment	=	medizinische Ausrüstung
mobil intensive care nurse	=	Intensivschwester mit Zusatzausbildung "Transport"
monitoring	=	Dauerüberwachung des Patienten während des Transportes
online control	=	Kontrolle über Funk (in Zusammenhang mit den standing orders)
on-the-spot-therapy	=	Sofortmaßnahmen

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

on-the-spot-care = Notfalltherapie vor Ort

PALS = **P**ediatric **A**dvanced **L**ife **S**upport: erweiterte lebensrettenden Maßnahmen bei pädiatrischen Notfällen. Dabei handelt es sich um von der AHA gemeinsam mit der Vereinigung Amerikanischer Kinderfachärzte definierte Standards zur Versorgung von pädiatrischen Notfällen. Die Standards gelten sowohl für den präklinischen als auch klinischen Bereich

PBLS = **P**ediatric **B**asis **L**ife **S**upport: Pediatric Basic Life Support: lebensrettende Basismaßnahmen bei pädiatrischen Notfällen auf Ersthelferniveau, insbesondere für die Notfallsituationen Herz-Lungen-Wiederbelebung und Fremdkörperverlegung der Atemwege

PHTLS = **Preh**ospital **T**rauma **L**ife **S**upport: erweiterte lebensrettende Maßnahmen der präklinischen Traumaversorgung. Das standardisierte präklinische Untersuchungs- und Versorgungskonzept wurde von der Amerikanischen Chirurgenvereinigung in Zusammenarbeit mit der Amerikanischen Vereinigung der EMT's entwickelt.

physician = Arzt

PLS = **P**ediatric **L**ife **S**upport: erweiterte lebensrettende Maßnahmen bei pädiatrischen Notfällen. Dabei handelt es sich um ein Ausbildungskonzept einschließlich Versorgungsstandards für die präklinische Versorgung von pädiatrischen Notfallpatienten.

protocols = festgeschriebene Handlungsabläufe, die das präklinische Personal mit standardisierten Methoden für routinemäßige Behandlungsabläufe ausstatten und die richtige Behandlung sicherstellen. Sie können "standing orders" inkludieren. Diese Handlungsabläufe betreffen für gewöhnlich die Beurteilung, die Diagnose, die Triage, die Behandlung, den Transport und das Zielkrankenhaus der Patienten.

RN = **r**egistered **n**urse: Krankenpflegepersonal, das vom jeweiligen "board of nursing" des Bundesstaates seine Lizenz zur Berufsausübung erhält. Dieses Personal darf nur mit Zusatzausbildung in der präklinischen Notfallmedizin tätig werden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

response time = Zeit zwischen dem Einlangen des Notrufes im Dispatch-Centre und dem Eintreffen (to be on scene) erster qualifizierter Hilfe vor Ort

responsible certification agency = Die Zertifikatsvergabe und -verlängerung dient als unmittelbares Qualitätssicherungsinstrument der Behörden hinsichtlich der Qualifikation der im Rettungsdienst Tätigen und wird von den zuständigen Behörden oder staatlichen Institutionen ausgestellt und verlängert

SIDS = **S**udden **I**nfant **D**eath **S**yndrom: plötzlicher Kindstod

standing orders = sind von den verantwortlichen Ärzten erlassene Dienstanweisungen, die den Paramedics bei Antreffen klar definierter Symptome erlauben, ohne Rückfrage bestimmte ärztliche Maßnahmen durchzuführen. Diese standing orders können je nach Bundesstaat bzw. County sehr unterschiedlich aussehen.

star of life = Symbol "Lebensstern"

supervisor = auch: field supervisor: Vorgesetzter im Rettungsdienst, welcher routinemäßig vor Ort für die Überwachung des Einsatzablaufes zuständig und verantwortlich ist.

third service = Rettungsdienst durch die Gesundheitsverwaltung

tiered system = Rettungssystem mit dem Einsatz entsprechender hierarchischer Einsatzmittel (KTW, RTW, NAW, RTH) bezogen auf den deutschsprachigen Raum

training course = Lehrgang

trauma care = Notfallversorgung

trauma
centre = Krankenhaus mit OP-Bereitschaft

trauma
surgeon = Unfallchirurg

3.4.4 ORGANISATION UND STRUKTUR DES RETTUNGSWESENS DER USA

3.4.4.1 FINANZIERUNG UND VOLKSWIRTSCHAFTLICHE ASPEKTE

"Injury is the priciple public health problem in America today; it affects primarily the young, and will touch one of every three Americans in years. But injury is a problem that can be diminished consinderably if adequate attention and support are directed to it. Exiting opportunities to understand and prevent injuries and to reduce their affects are at hand. The alternative is the continued loss of health and life to predictable, preventable, and modifable injuries (FOEGEL, 1990)."

Die Fakten sprechen für sich:
- 140.000 Amerikaner sterben jährlich infolge von Verletzungen;
- durch Verletzungen sterben mehr Amerikaner in der Altersgruppe von 1 bis 34 Jahre als durch alle Erkrankungen zusammen;
- Verletzungen verursachen den Verlust von mehr Arbeits- und Lebensjahren als alle Formen von Krebs und Herzerkrankungen zusammen;
- eines von acht Krankenhausbetten ist mit einem verletzten Patienten belegt;
- Kraftfahrzeugunfälle sind die größte Einzelursache für tödliche Verletzungen.

Die Notfallversorgung für Schwerverletzte beträgt geschätzt 24 % (d.s. 1,69 Billionen US $ von insgesamt 6,96 Billionen US $) der "unsponsered acute hospital care". Die Kosten für die Notfallversorgung sind zwei- bis viermal höher als die durchschnittlichen Behandlungskosten für einen Spitalspatienten. Die Gesamtkosten für den Erstaufenthalt von Unfallopfern im Krankenhaus (also exklusive etwaiger Rehabilitationskosten) einschließlich der Facharzthonorare wurde für 1988 mit 12,4 Billion US $ geschätzt (CHAMPION AND MABEE, 1990).

Die Finanzierung selbst ist regional unterschiedlich: So übernimmt etwa in Seattle der Träger des Rettungssystems "Medic One" die Finanzierung, d.h. daß in diesem konkreten Fall 1 % der Steuereinnahmen dem Rettungsdienst zur Verfügung stehen. Von den zur Verfügung stehenden Finanzmitteln werden alle Personal- und Sachkosten bestritten. Für den jeweiligen Notfallpatienten ist die Behandlung und

der Transport durch Medic One kostenfrei. Eine Ausnahme dazu bildet das private Unternehmen "Shepard", das bei jedem Notfalleinsatz parallel ausgeschickt wird und den Transport übernimmt, wenn es sich um Nicht-Notfallpatienten handelt. Die Transportkosten bei Shepard betragen für den Patienten ca. 200 US $ und eine Meilenpauschale von 20 US $.

In Boston ist der Rettungsdienst durch das Amt für Gesundheit und Krankenhäuser (Department of Health and Hospitals - DH & H) organisiert. Der Personalstand beträgt 120 EMT's, 25 Paramedics und 25 weitere Mitarbeiter. Das jährliche Etat beträgt 7,2 Millionen US $. 10 % dieser Mittel fließt durch Einnahmen aus den Patiententransporten wieder zurück, da ca. 85 % aller Patienten arm und mittellos sind. Von den zur Verfügung stehenden Geldmitteln werden 3 ALS- und 9 BLS-Einheiten finanziert (ARNOLD, 1988).

Im Bundesstaat Georgia sieht die Finanzierung folgendermaßen aus: Als hoheitliche Aufgabe des Bezirkes wird das "Emergency Medical Service" auch von diesem über Steuereinnahmen finanziert. Je nach Struktur ist der finanzielle Aufwand des Bezirkes unterschiedlich groß. Da die Bezirksfeuerwehr ohnehin zu jedem medizinischen Notfall mit ausrückt und finanziert werden muß, haben sich einige Bezirke dazu entschieden, jeweils einen Feuerwehrmann pro Fahrzeug zum Paramedic auszubilden und den Transport des Patienten dann von einem privaten Rettungsdienst durchführen zu lassen. Dabei werden mittels öffentlicher Ausschreibung die näheren Bedingungen festgelegt (Fahrzeugausstattung, Qualifikation des Personals, Eintreffzeitvorgaben, ...) und der kostengünstigste Anbieter mit dem Transport der Patienten beauftragt. Dies senkt die Vorhaltekosten für den EMS des Bezirkes enorm, das unternehmerische Risiko für die Erhaltung des Rettungsdienstes geht größtenteils auf den privaten Anbieter über.

Der Betrieb der hochtechnisierten Notrufzentralen (Dispatch-Centres) wird größtenteils über einen prozentualen Aufschlag auf die Telefonrechnungen der Bürger finanziert. Die Mehrzahl der Bezirke führen den Transport der Patienten jedoch selbständig durch. Dabei wird - je nach Bezirk - dem Patienten eine Rechnung in der Höhe von etwa 200 - 300 US $ gestellt. Einige Bezirke bieten den Rettungsdienst völlig kostenlos als Bürgerservice an.

3.4.4.2 CHAIN OF SURVIVAL

Die Rettungskette wurde vor ca. 30 Jahren in Deutschland von Friedrich W. Ahnefeld erstmals vorgestellt. Das Konzept der Rettungskette wurde in weiterer Folge nahezu gleichzeitig in Europa und Amerika aufgebaut. Kommunikation, akademische Freiheit, Kollegialität und Kontinuität haben diese Idee auf beiden Seiten des Atlantiks vorangetrieben (SAFAR, 1991).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

In Amerika wurde mit der Einführung des Symbols "Star of Life" (Stern des Lebens) durch das DOT (U.S. Department for Transportation) zu Beginn der 70er Jahre das gleiche Ziel verfolgt und für die Bevölkerung anschaulich und einprägsam dargestellt, wobei die sechs Balken des Sternes die sechs Abläufe im Rettungssystem repräsentieren:

1. Erkennen eines Notfalls,
2. Notfallmeldung,
3. Ausrücken zum Einsatz,
4. Versorgung vor Ort,
5. Betreuung während des Transportes,
6. Übergabe an eine Einrichtung zur definitiven Versorgung.

Vielfach wird in Amerika heute die Meinung vertreten, daß die Laien zuerst die Notfallmeldung durchführen und dann erst mit den lebensrettenden Sofortmaßnahmen beginnen sollen. Der Gedanke, der hinter dieser Meinung steht, ist die Tatsache, daß die bisherige Laienausbildung, die in den USA intensiver als in den europäischen Staaten durchgeführt wird, trotzdem nicht ans Ziel geführt hat. Die Bereitschaft der Laien zur Leistung der Ersten Hilfe hat nicht zugenommen, obwohl jede zweite erforderliche und lebensrettende Hilfeleistung einem unmittelbaren Angehörigen bzw. Ehepartner zugute gekommen wäre. Daraus haben sich auf der Basis der Empfehlungen der AHA (American Heart Association) und des Europäischen Wiederbelebungsrates (ERC - European Resuscitation Council) auf der "Emergency Cardiac Care Update Conference" in Seattle, WA, folgende Forderungen ergeben, die man als die neue Rettungskette definieren kann (FERTIG, HACK, 1993):

1. Frühe Alarmierung des professionellen Rettungsteams,
2. frühe Herz-Lungen-Wiederbelebung durch Notfall-Zeugen,
3. frühe Defibrillation durch ausgebildetes Rettungspersonal und
4. frühe erweiterte und stabilisierende Maßnahmen durch ACLS-Anwender.

3.4.4.3 ZENTRALER NOTRUF UND DISPATCH CENTRES

Der nationale Notruf "911" findet gemeinsam von Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst Verwendung. Eine Stadt mit eigenem Statut ist verpflichtet, ein derartiges Dispatch-Centre (Notrufleitstelle) einzurichten. In Anbetracht dessen, daß diesen Dispatch-Centres teilweise auch hoheitliche Aufgaben wie Personenfahndungen, Ermittlungen von Fahrzeughaltern zukommen sowie Zugriffsmöglichkeiten zu Strafregistern bestehen, liegt die Gesamtführung dieser Leitstellen in den Händen der Stadt- oder Bezirkspolizei. Dabei gibt es für die Bereiche Feuerwehr und Ret-

tungsdienst jeweils Abteilungsleiter und in der konkreten Notrufbearbeitung Fachdisponenten für Feuerwehr und Rettungsdienst. Die Zentralen von 911 sind großteils bereits mit modernster Technologie ausgestattet. Bei diesen sgn. "E 911 Centres" (E = enhanced = erweitert) findet bei jedem Anruf eine automatische Ermittlung des Standortes des Anrufers bzw. des Telefonbesitzers statt.. Die so erhaltenen Daten werden vom Zentralrechner, der mittels modernster Satellitentechnik auch die Standorte der Einsatzmittel aktuell verfügbar hat, an den Bordcomputer des nächstgelegenen Einsatzmittels weitergeben. Durch die Technik wird die Übermittlungszeit zwischen Anruf und Disposition des Rettungsmittels erheblich verkürzt.

Während das Einsatzmittel auf dem Weg zum Unfallort bzw. Ort des Geschehens ist, kann der Anrufer vom Dispatcher telefonisch erste Hilfestellung erhalten. Ein von Jeff Clawson entwickeltes Abfrageschema ermöglicht dem Dispatcher, sich aufgrund der Beschreibung des Anrufers ein Bild über den Gesundheitszustand des Patienten und die Notfallsituation zu machen. Dieses Abfrageschema, welches zuerst nur im Kartensystem als "Medical Dispatch Priority Card System" verfügbar war, ist mittlerweile schon auf EDV erhältlich. Das vorrangige Kriterium bei den einlangenden Notrufen ist die Selektion nach Dringlichkeit (priority dispatch). Zu Beginn werden folgende Parameter erhoben: Name, Ort, Telefonnummer, Gesundheitsproblem, Geschlecht und Alter, ansprechbar oder nicht ansprechbar, Atmung. Abhängig vom Grundproblem schlägt der Dispatcher eine der 32 Systemkarten auf. Die Schlüsselfragen auf der jeweiligen Karte dienen dazu, den Gesundheitszustand des Patienten zu hinterfragen und gegebenenfalls Anleitungen zu Erste-Hilfe-Sofortmaßnahmen zu geben sowie das geeignete Rettungsmittel auszuwählen. Durch die Telefonanleitung soll die für das Überleben wertvolle Zeit zwischen Notruf und Eintreffen der qualifizierten Ersten Hilfe nicht sinnlos verstreichen. Über einfache Anleitungen hinausgehend kann der Dispatcher über acht verschiedene Handlungskarten (Treatment Sequenz Cards) Erste-Hilfe-Sofortmaßnahmen über Telefon an den Laien weitergeben und ihn unterweisen. Grundsätzlich sind die 32 Systemkarten so aufgebaut, daß sie im schlimmsten Fall immer zu einer der acht Handlungskarten führen.

Mit Hilfe eines Training-Programms werden die Dispatcher, welche entsprechend den legistischen Vorgaben über mindestens eine EMT-Basic-Qualifikation verfügen müssen, speziell eingeschult. Üblicherweise wird jedoch die Zusatzausbildung zum "Emergency Medical Dispatcher" (Notfallmedizinischer Disponent) der National Academy of Emergency Medical Dispatch (NAEMED) gefordert. Im Rahmen dieser Ausbildung wird den EMT's das notwendige Wissen vermittelt, wie man Anrufern Sofortmaßnahmen am Telefon übermitteln kann.

Bei der Umstellung der Leitstellen auf neue Computer-Systeme wird das CAD (Computer Assisted Dispatching) etabliert, um die Anwendung erheblich zu erleich-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

tern. Die Standards für Emergency Medical Dispatch werden von der American Society for Testing and Materials (ASTM) erarbeitet und in "Standard Practice for Emergency Medical Dispatch" festgeschrieben (ASTM, 1990).

3.4.4.4 EINTREFFZEITEN

Die Eintreffzeit (response time), also jener Zeitraum vom Eintreffen des Notrufes im Dispatch-Centre bis zum Eintreffen qualifizierter Hilfe am Ort des Geschehens (on scene), ist eine der wesentlichsten Kenngrößen im Rettungsdienst. Dadurch ist die Effizienz eines Rettungsdienstes bzw. Rettungssystems, neben anderen Kriterien wie Qualifikation der Mitarbeiter, Infrastruktur, Ausstattung, insbesondere an der Eintreffzeit zu bemessen. Die Effizienz und volkswirtschaftliche Bedeutung der drastischen Senkung der Eintreffzeit läßt sich anhand der Entwicklung der letzten 30 Jahre nachvollziehen: Die Mortalität des plötzlichen Herztodes außerhalb der Klinik war bis zum Jahre 1960 100 %. Der Beginn der externen Herzmassage außerhalb des Krankenhauses ohne Rettungssystem hat in den USA eine Krankenhausentlassungsrate unter 5 %. Ohne effektive Reanimationsmaßnahmen durch Laienhelfer mit einer langen Alarmierungszeit der Rettungsmittel und mit einer verzögerten Wiederherstellung eines normalen Blutdruckes sind keine besonderen Ergebnisse zu erwarten. Mit einem gut organisierten Rettungssystem liegt die Krankenhausentlassungsrate bei 25 %. Falls die Basismaßnahmen innerhalb von vier Minuten nach Eintreten des Kreislaufstillstandes und die erweiterten Sofortmaßnahmen (Defibrillation) innerhalb von acht Minuten begonnen werden, liegt die Krankenhausentlassungsrate bei 40 %. Von den Überlebenden haben zwei Drittel keine schwerwiegenden, neurologischen Schäden. Nach Safar sind daher zwei Maßnahmen notwendig, um die Überlebensrate zu verbessern:

1. Verringerung der Zeitspanne vom Eintreten des Kreislaufstillstandes bis zur Aufnahme der CPR durch Ausbildung von Laien in den Basismaßnahmen einschließlich der frühen automatischen Defibrillation. Der vordergründige Stellenwert einer möglichst frühen Defibrillation wurde bereits 1960 erkannt.
2. Basisforschung zur Vermeidung irreversibler neurologischer Schäden durch einen zu langen klinischen Tod (SAFAR, 1991).

Schon zu Beginn der Etablierung des Rettungswesens ging man in den USA von dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung aus. Aus diesem Grund wurden vielerorts die Fire Fighter (Feuerwehrleute) einer EMT-Basis-Ausbildung im Ausmaß von maximal 40 bis 120 Stunden zugeführt. Ihre Aufgabe besteht darin, jenen kritischen Zeitraum zu überbrücken, der bis zum Eintreffen qualifizierterer Hilfe am Notfallort verstreicht. Zum wesentlichen Aufgabengebiet zählen BLS inkl. Defibrillation mit halb- oder vollautomatischen Defibrillatoren. Eine interessante Rander-

scheinung dabei ist, daß bei diesen Feuerwehrrettungsdiensten, die mit EMT's besetzt sind, das nächstgelegene Feuerwehrfahrzeug, gleichgültig, ob Tanklöschfahrzeug (engine company) oder Drehleitereinsatzfahrzeug (ladder company), eingesetzt wird, um die Eintreffzeiten möglichst kurz zu halten. Interessant ist weiters, daß z.B. in Atlanta die Einsatzfrequenz der "Fire trucks "zu 20 % Feuerwehreinsätze und zu 80 % Einsätze im Rahmen der Ersten-Hilfe-Leistung sind. Diese Entwicklung hat ein Umdenken bei den Feuerwehrleuten bewirkt, sodaß eine EMT-Basis-Ausbildung neben der Tätigkeit als Feuerwehrmann schon fast obligat ist.

3.4.4.5 HOSPITALS AND EMERGENCY ROOMS

In den USA wird jeder Notfallpatient bzw. Akutpatient im "emergency room" erstbehandelt und dort von den Ärzten die Diagnose gestellt. Dieser "emergency room" stellt die zentrale Notaufnahme eines Krankenhauses dar. In diesen "emergency room" ist ständig ein Facharzt für Notfallmedizin (emergency care) anwesend, der über mehrere Jahre ein fächerübergreifendes Wissen in klinischer Notfallmedizin erworben hat. Bei Bedarf nimmt der Facharzt für Notfallmedizin die Dienste von Fachärzten anderer Disziplinen, z.B. Neurologie, in Anspruch.

Von wichtiger Bedeutung für den Patienten und somit auch für die Paramedics sind die Krankenanstalten, die "hospitals". Diese werden nach Ausstattung, Anzahl und Qualifikation des Personals (Spezialisierung auf ein bestimmtes Fach), Verfügbarkeit von lebensrettender und lebenserhaltender medizinischer Ausstattung sowie Hilfsmitteln, Rund-um-die-Uhr-Versorgung im "emergency room" durch ärztliches Personal, 24-Stunden-Dienst beim Röntgen und Labor sowie nach Verfügbarkeit von Spezialeinrichtungen, wie z.B. Kardiologie (coronary care unit), Unfallabteilung (trauma centre), Vergiftungsabteilung (poison centre), Abteilung für Verletzte mit Brandwunden (burn unit), etc. eingeteilt. Entsprechend der von den Paramedics gestellten Diagnose werden die Patienten in ein Krankenhaus gebracht, das einerseits das "nächstgelegene" und andererseits, und dies hat bei der Wahl des Krankenhauses Priorität, die entsprechende Ausstattung besitzt, um dem Patienten die bestmögliche hospitale Versorgung zukommen zu lassen.

3.4.4.6 FORMEN UND EINRICHTUNGEN DES RETTUNGSDIENSTES

In den Vereinigten Staaten gibt es vier wesentliche Formen des Rettungsdienstes:

- Feuerwehrrettungsdienste
- Private Rettungsdienste

- Third Service (Kommunen/Landkreise)
- Krankenhaus

Darüber hinaus gibt es noch Mischformen:

- Feuerwehrrettungsdienste und Private
- Feuerwehr mit Zivilangestellten

Weiters gibt es für die notfallmedizinische Versorgung von großen Institutionen bzw. Firmen institutionseigene Rettungsdienste mit dafür speziell geschulten Paramedics:

- Fabriksrettungsdienste
- Rettungsdienst in Gefängnissen
- Rettungsdienste der Streitkräfte
- Rettungsdienste in den Nationalparks

Der Feuerwehrrettungsdienst

Beim Feuerwehrrettungsdienst ist das Personal entweder in Form einer Doppelrolle im Einsatz (dual-role), d.h. das Personal erhält sowohl eine Ausbildung (crossed trained) als Feuerwehrmann als auch als EMT (Basis, Intermediate oder Paramedic) und kann somit in beiden Bereichen eingesetzt werden, oder aber in Form eines getrennten Dienstes (seperate service), wobei die Feuerwehr als Arbeitgeber fungiert und das EMT-Personal neben der Rettungsdienstausbildung keine Feuerwehrausbildung erhält. Feuerwehrdienste gibt es z.B. in Salt Lake City, Orlando, Seattle, Boston. In Boston übernimmt die Feuerwehr die Erstversorgung (BLS).

Der Krankenhausrettungsdienst

Beim Krankenhausrettungsdienst (hospital-based) versorgt ein öffentliches oder privates Krankenhaus das Einzugsgebiet mit Rettungsdiensten.

Der private Rettungsdienst

Private Unternehmen bietet seit Jahren nach gewinnorientierten Gesichtspunkten Krankentransport und/oder Rettungsdienst an. Hartson hat aber 1993 im Rahmen der öffentlichen Ausschreibung keine Vertragsverlängerung erhalten. Somit wird im

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

nächsten Vergabezeitraum (1994) ein anderer privater Dienst die Versorgung übernehmen.

Das öffentliche Vergabe-Modell

Das öffentliche Vergabe-Modell (Public Utility Model - PUM) ist ein Versorgungsmodell, bei dem eine Stadt oder ein Bezirk mittels öffentlicher Ausschreibung einen geeigneten Rettungsdienst sucht. Die Bewerber werden in einem Auswahlverfahren in öffentlicher Anhörung auf Qualität und Kosteneffektivität geprüft. Der Bestbieter erhält den Zuschlag und einen Monopolvertrag für eine begrenzte Zeit. Eine "Kommission" der Stadt bzw. des Bezirks überwacht die Ausführung der Dienstleistungen entsprechend dem Vertrag sowie die Abrechnung. Der Anbieter verfügt über eine Einsatzflotte zumeist gleicher Bauart, die mit ALS-Ausstattung unterwegs ist und sowohl für den Rettungsdienst als auch für den Krankentransport eingesetzt wird.

Third Service

Neben der Feuerwehr und Polizei wird der Rettungsdienst als dritter hoheitlicher Fachdienst durch die Stadt und Bezirksbehörde betrieben. Als Beispiel sei hier Boston angeführt, wo das Department of Health and Hospitals (DH & H) verantwortlich ist. Wie schon vorher bei den Fire Departments erwähnt, werden die BLS-Maßnahmen durch die Feuerwehr abgedeckt, bis die BLS- und ALS-Einheiten des DH & H eintreffen und die Arbeit übernehmen. Dieses kombinierte System reduziert aufgrund der vielen kleinen Feuerwachen im Stadtgebiet die Eintreffzeit (response time) auf drei bis fünf Minuten. Ähnlich ist das System in Seattle, wo die Fire Departments die BLS-Maßnahmen durchführen, bis die ALS-Einheiten des Rettungsdienstes "Medic One" eintreffen. Die ärztliche Aufsicht von "Medic One" untersteht der Harbourview Medical Center, einem "trauma centre". Bei Nicht-Notfallpatienten wird der Patient vom "Medic One-Team" an einen privaten Rettungsdienst zum weiteren Transport übergeben.

Kostenträger der EMS

Die Kostenträger, die Health Care Provider, sind am Beispiel der 200 bevölkerungsreichsten Städte Amerikas für 1992 und 1993 in der nachfolgenden Auflistung mit ihrem prozentuellen Anteil am EMS und Krankentransport angeführt (SCOTT and CADY, 1993):

EMS	1992		1993	
	Prozent	Anzahl der Städte	Prozent	Anzahl der Städte
Fire Departments	35,0 %	70	34,0 %	68
Private inkl. d. öffentl. Vergabemodelle	25,5 %	51	25,0 %	50
Fire Department und Private Rettungsdienste	15,5 %	31	17,0 %	34
Third Service	15,5 %	31	15,0 %	30
Hospital System	7 %	14	6,5 %	13
andere einzelne Systeme	1,5 %	3	2,5 %	5

Quelle: JEMS - Journal of Emergency Medical Services, 1993

Verantwortliche Behörde für den Rettungsdienst ist z.B. im Bundesstaat Georgia das "Department of Human Resources" (Ministerium für Sozial- und Gesundheitswesen), Sektion "Emergency Health". Diese Sektion überwacht die Einhaltung der Rettungsdienstgesetze und ist in der Rettungsdienstberatung und Ausbildung tätig. Das Team besteht aus Ärzten, Pädagogen, Paramedics und Juristen.

Die nächste Verwaltungseinheit besteht aus den zehn sogenannten "EMS-Regionen", die jeweils zwischen zehn und 15 politische Bezirke betreuen. Die Beamten der jeweiligen Regionen rekrutieren sich aus denselben Berufsgruppen wie in der "Emergency Health"-Sektion.

Verantwortlich für das Vorhandensein eines Rettungsdienstes nach den Qualitätskriterien der jeweils gültigen Gesetze und Verordnungen sind die politischen Bezirke. Diese können den EMS durchführen, per Vertrag an eine Institution delegieren oder sich für eine Mischform zwischen öffentlichem und delegiertem Rettungsdienst entscheiden. Hilfsorganisationen wie Arbeiter Samariter Bund, Malteser Hospitaldienst usw. sind in den USA nicht existent. Das "American Red Cross" ist ausschließlich im Katastrophenschutz und der Laienausbildung tätig. So wird zum Beispiel im Bezirk Atlanta-Ost (DeKalb) der Rettungsdienst von der "Emergency Medical Services Division" des Bezirkes selbst durchgeführt. Als Ersthelfer fährt die Bezirksfeuerwehr mit dem nächstgelegenen Feuerwehrfahrzeug die Notfallstelle an, um die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu überbrücken. Private Anbieter dürfen im Bezirk DeKalb keine Notfalltransporte durchführen, ausgenommen Transporte zwischen den einzelnen Kliniken.

Im Bezirk Atlanta-West (Fulton) besteht eine Mischform aus mehreren Systemen: Die Bezirksfeuerwehr fährt - wie fast überall üblich - zur Erstversorgung an, der

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

nächstgelegene Rettungswagen (RTW mit advanced life support) kommt von "Grady EMS", dem Rettungsdienst des Bezirkskrankenhauses. Grady EMS hat aber zu geringe Ressourcen, um alle Notfalleinsätze zu bedienen und gibt den Überhang an Einsätzen an den nächstgelegenen RTW eines privaten Anbieters weiter. Insgesamt haben acht private Anbieter im Bezirk Fulton einen Notfalltransportübernahmevertrag mit dem Bezirk.

3.4.4.7 EINSATZMITTEL

Als Einsatz- und Beförderungsmittel kommen hauptsächlich bodengebundene Einsatzmittel und Hubschrauber, seltener Flugzeuge, zum Einsatz.

Die Feuerwehr verwendet ihren üblichen Fuhrpark (Drehleiter, Tanklöschfahrzeuge, Vorausfahrzeuge, etc.), um zum medizinischen Notfall auszurücken. Dabei wurde die Ausrüstung dem jeweils lokal üblichen medizinischen Ausbildungsstand der Feuerwehrleute angepaßt. Mindestens sind jedoch Notfallkoffer (Beatmungsgerät, Absaugpumpe, Sauerstoff, Guedeltuben, etc.) und automatischer Defibrillator mit an Bord.

Der Transport des Patienten wird mit "Rettungswagen", Ambulance Typ I, II oder III genannt, durchgeführt. Diese unterscheiden sich im wesentlichen nur im Raumangebot, nicht jedoch in der Ausstattung. Die Mindestausstattung der Rettungsfahrzeuge wird in den "state laws" (Gesetze der einzelnen Bundesstaaten betreffend die EMS und deren Ausstattung) detailliert geregelt. Die National Association of EMS Physicians definiert in ihrem 'EMS Medical Director's Handbook' den Begriff ***'Ambulance'*** folgendermaßen: *"**A vehicle certified by federal, state and local authorities as meeting specifications for transporting and caring for patients**. This term generally refers to a wheeled vehicle, but may include boats, planes, helicopters, and other specialized vehicles. A **Typ I ambulance** consists of a truck cab-chassis and reuse of the modular body. A **Typ II ambulance** consists of a standard van-forward control-integral cab-body unit. A **Typ III ambulance** is a speciality van with forward control and usually with the ability to walk through from front* (KUEHL, 1989)".

Die ***Mindestausstattung eines Rettungswagens*** besteht im wesentlichem aus: Absauggeräten, Beatmungsgeräten, Guedel-, Wendel- und Endotrachealtuben, Sauerstoff (auch tragbar), Verbandsmaterialien, Diagnosegeräten (Pulsoxymeter, Blutdruckmeßgeräte, Blutzuckerbestimmungsgerät), EKG/Defibrillator, Schienungsmaterial (inkl. Streckschienen, HWS-Krausen und KED (**K**endrick-**E**xtrication-**D**evice = Bergekorsetts), Schaufeltragen, Wirbelsäulenbrettern (hard boards), Medikamentenbox (ausgestattet nach den Wünschen des ärztlichen Leiters, minde-

stens: Antiarrhythmika, Vagolytika, Chronotropika, Analgetika, Vasopressoren, Antinarkotika und Dextrose 50 %), Antidotbox, Infusionsbox (mindestens: Dextrose 5 %, Ringer Laktat, Kochsalz; Blutabnahmesets, etc.), Notfallkoffer (Laryngoskop und Spateln, Magill Zangen, Tuben, Stethoskop, Set für Pleurapunktion, Notkoniotomie, Magenspülung, etc.), Bergematerialien (Seil, Handschuhe, Schutzhelme und -jacken, Windschutzscheibenöffner, Brecheisen, hydraulische Pumpe, Axt, etc.), Antischockhosen usw.

In manchen Regionen ist die Bergung von eingeklemmten Verkehrsunfallopfern Aufgabe des EMS, somit befindet sich eine komplette hydraulische Bergeausrüstung mit an Bord. Ebenso werden Paramedics häufig zu Atemschutzträgern ausgebildet und führen Preßluftatmer am Fahrzeug mit.

Als ***Sonderfahrzeuge*** kommen weiters noch Einsatzleiterfahrzeuge (für den Supervisor), mobile Einsatzleitzentralen, Intensivtransportfahrzeuge für zwischenklinische Transporte und Fahrzeuge für Großunfälle und Katastrophen zum Einsatz.

Rettungshubschrauber sind den Rettungsfahrzeugen ausstattungsmäßig ähnlich. Es gelten dieselben Mindestanforderungen, zusätzlich kommen jedoch häufig Infusiomaten, automatische Blutdruck-Monitoring-Geräte usw. zum Einsatz.

Um auf einem Rettungsfahrzeug fahren zu dürfen, muß man zumindest die Ausbildung zum EMT-A abgeschlossen haben. In den meisten Rettungssystemen werden zwei Personen pro "ambulance" eingesetzt, in einigen drei Personen. Im Ausbildungsfall wird spezielles Ausbildungspersonal eingesetzt, das z.B. in Georgia als "prezeptor" eingesetzt wird (GEORGIA DEPARTMENT OF HUMAN RESOURCES, 1989).

Die ***Feuerwehr*** hat zumindest einen EMT unterschiedlicher Qualifikationsstufe pro Feuerwehrfahrzeug im Einsatz.

Eine ***"Ambulance for Basic Life Support"*** (Rettungswagen für BLS) ist zumindest mit zwei EMT-A besetzt.

Die ***"Ambulances for Advanced Life Support"*** (Rettungswagen für ALS) sind entweder mit einem EMT-P(aramedic) und einem EMT-A(mbulance) oder zwei EMT-P(aramedic) besetzt.

Es existiert aber auch eine "Sonderform des Rendez-vous-Systems", bei dem sich BLS-Ambulances vor Ort mit einem oder zwei EMT-P's, die mittels PKW zur Notfallstelle kommen, treffen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Je nach Rettungssystem werden mehrere BLS-Ambulances und einige ALS-Ambulances verwendet oder ausschließlich ALS-Ambulances zum Einsatz gebracht ("one tiered system" und "tiered system").

3.4.5 PERSONAL

3.4.5.1 BERUFSBILD DES "EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN - EMT"

Es gibt folgende Berufsgruppen, die in der Betreuung von präklinischen Notfallpatienten tätig werden. Den Ersthelfer (first responder), das sind z.B: Polizisten, Feuerwehrleute, die Basismaßnahmen einschließlich der Defibrillation im Rahmen ihres üblichen Berufes ausüben, aber nicht auf Rettungsfahrzeugen tätig sein dürfen, den Emergency Medical Technician - Ambulance (EMT-A), den EMT-Intermediate (EMT-I) und den EMT-Paramedic (EMT-P). Instruktoren und Leiter von Rettungsdiensten haben neben der EMT-P Ausbildung zumeist noch eine einschlägige Universitätsausbildung.

Die ***Zertifikatsvergabe und -verlängerung dient als unmittelbares Qualitätssicherungsinstrument der Behörden*** hinsichtlich der Qualifikation der im Rettungsdienst Tätigen und wird von den zuständigen Behörden oder staatlichen Institutionen (Responsible certification agency) ausgestellt und verlängert. Im Bundesstaat Georgia liegt die Zertifikationsvergabe und -verlängerung sowie die Überwachung, ob die Fortbildungsanforderungen erfüllt werden, bei den EMT-A's in den Händen des Gesundheitsministeriums, bei den EMT-I's und Paramedics in den Händen der staatlichen Institution, der "Composite Board of Medical Examiners". Dabei handelt es sich um eine kammerähnliche Einrichtung bestehend aus Ärzten, Juristen und Vertretern anderer medizinische Berufe die für die Vergabe bzw. Rückforderung von Lizenzen für Ärzte, diplomiertes Pflegepersonal, Paramedics, etc. verantwortlich ist.

"Paramedic" ist ein mit Copyright geschützter Begriff und darf nur von Personen geführt werden, die die entsprechende Ausbildung vorweisen, von den zuständigen staatlichen Behörden lizensiert sind und die die Mindestanforderungen dieser Institutionen betreffend Arbeitszeit und Fortbildung einhalten.

Die Ausbildung und Tätigkeit der verschiedenen EMT Stufen unterscheidet sich in den einzelnen Bundesstaaten derzeit noch wesentlich. Das berufsbildliche Selbstverständnis als solches und die soziale Anerkennung in der Öffentlichkeit ist für die verschiedenen EMT-Stufen ähnlich.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Mit ihrer speziellen Ausbildung, ihrem notfallmedizinischen Fachwissen, den speziellen Handfertigkeiten und ihrer Berufsehre und den Standesregeln sind die EMT's jeder Stufe medizinische Fachkräfte und somit den Professionisten im Gesundheitswesen zuzurechnen.

Der EMT ist für die jederzeitige Einsatzbereitschaft hinsichtlich medizinischer, hygienischer, medizinisch-technischer und fahrzeugtechnischer Belange verantwortlich. Er hat die Aufgabe, die Versorgung eines medizinischen Notfalles rasch und effizient durchzuführen und unter Beachtung der Verkehrssicherheit und der Straßenverkehrsbestimmungen das Einsatzfahrzeug zielsicher und am schnellsten Weg zum Einsatz- bzw. Notfallort zu steuern.

Am Einsatzort obliegt ihm primär die präklinische Versorgung und Betreuung von akut Erkrankten bzw. Verletzten unter Beachtung der Patientenrechte und der Menschenwürde. Im obliegt auch die Kontrolle von Ersthelfern und Zuschauern sowie der Schutz des Patienten vor negativen Umgebungseinflüssen (schlechtes Wetter, aufdringliche Passanten, etc.).

Der EMT hat in psychisch belastenden Situationen sowie unter Stress einerseits seiner Qualifikation entsprechend verantwortungsbewußt zu handeln und den Patienten bestmöglich zu versorgen, andererseits muß er danach trachten, ausgeglichen und freundlich dem Patienten und Dritten entgegenzutreten und sich zum Wohl seines Patienten umsichtig zu verhalten.

Entsprechend seinem Ausbildungsstand und seiner Qualifikation ist der EMT in seinem Kompetenzbereich für die erforderlichen lebensrettenden bzw. lebenserhaltenden Stabilisierungsmaßnahmen des Patienten am Notfallort und während des Transportes zuständig und verantwortlich.

Aufgrund ihrer föderalistischen Struktur gibt es derzeit in den USA ca. 30 verschiedene EMT-Begriffe, die mit unterschiedlicher Ausbildung und Kompetenz verbunden sind. Das DOT (U.S. Department for Transportation) hat Mindest-Curricula für drei verschiedene Ausbildungsstufen (EMT-A, EMT-I und EMT-P) vorgegeben, die je nach Bundesstaat unterschiedliche Namen führen und mit unterschiedlichen Handlungsbereichen ausgestattet sind.

In Ballungsräumen wird der Rettungsdienst ausschließlich von bezahlten Kräften durchgeführt. In ländlichen Regionen besteht üblicherweise ein Mischsystem: als Ersthelfer werden freiwillige Feuerwehrleute des jeweiligen Dorfes tätig, der Rettungsdienst wird von angestelltem Personal durchgeführt.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Der Jahresdurchschnittsverdienst eines Paramedic liegt bei privaten Rettungsdiensten bei $ 21.330,-, bei Feuerwehrangestellten bei $ 28,780,- und beim Third Service bei $ 22.810,- (ARNOLD, 1988).

3.4.5.2 DER TÄTIGKEITSBEREICH DES EMT

Das Tätigkeitsspektrum reicht vom Legen intravenöser Zugänge bis hin zur endotrachealen Intubation und der Verabreichung diverser Notfallmedikamente. Das tatsächliche Einsatzspektrum des EMT ist durch die bundesstaatengesetzliche Regelung, den Ausbildungsstand des EMT und die "standing orders" der zuständigen Ärzte bestimmt. Die in Europa vieldiskutierte Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen bzw. vollautomatischen Defibrillatoren ist in den USA kein Diskussionspunkt, da durch viele wissenschaftliche Studien belegt ist, daß alleine durch den rechtzeitigen Einsatz dieser Maßnahme viele Menschenleben gerettet werden konnten. Die Ausführung dieser Maßnahme wird gänzlich durch den Computer entschieden, womit "menschliches Versagen" praktisch ausgeschlossen ist. Der EMT setzt seine Maßnahmen entsprechend seiner Ausbildung und den standing orders alleine und selbstverantwortlich. Übersteigen notwendige Maßnahmen seinen Kompetenzbereich und sind nicht in den standing orders geregelt, fragt er über Funk den diensthabenden Arzt im Krankenhaus nach den weiteren zu setzenden Maßnahmen und handelt in diesem Fall unter dem Verantwortungsbereich des Arztes als dessen Augen, Ohren und Hände. Er ist auch für diese Situationen ausgebildet und trainiert.

Die Lehrinhalte übersteigen somit seinen wahren Kompetenzbereich; er ist und muß aber - schon aufgrund der Tatsache, daß in den USA die Ärzte aus Haftungsgründen das Krankenhaus für eine Notfallversorgung nicht verlassen - weit über seinen eigenverantwortlichen und selbständigen Tätigkeitsbereich hinaus ausgebildet sein. Er muß sein Können und Wissen ständig abrufbereit haben und alle Handlungsabläufe im Rahmen der präklinischen Notfallversorgung, die er aufgrund seiner Qualifikation ausüben darf, im Schlaf beherrschen. Darüber hinaus unterliegt der EMT der ständigen Qualitätssicherung, insbesondere durch den Supervisor sowie den medizinischen Direktor seines Rettungsdienstbereiches.

Der EMT muß weiters in der Lage sein, sich jedem Milieu anzupassen und sich entsprechend zu verhalten. Er muß sich sowohl in den Slums als auch in einem Nobelviertel zurechtfinden und entsprechend agieren. Wird ein Team z.B. von der Polizei zu einem Schußwechsel gerufen, tritt der EMT erst dann in Aktion, wenn für ihn selbst keine Gefahr mehr besteht und er von der Polizei die Meldung "The scene is clear" erhält.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Der EMT muß die medizinische Terminologie soweit beherrschen, daß er in der Lage ist, einem Arzt der Notfallaufnahme per Funk oder auch persönlich im Krankenhaus bei der Übergabe des Patienten einen umfassenden, medizinisch korrekten schriftlichen und mündlichen Bericht über den Zustand des Patienten und die erfolgten Maßnahmen zu geben.

Das Tätigkeitsfeld der EMT's sind vor allem die Ambulanzen (ambulances I bis III). EMT-P (Paramedics) arbeiten jedoch auch in "emergency rooms" und entsprechend ihrer Zusatzausbildung bzw. ihres Hochschulstudiums im Managementbereich der Rettungsdienste, als "instructor" (Lehrpersonal) oder als "supervisor" (Vorgesetzter im Rettungsdienst).

Zur Berufsausübung benötigt somit der EMT (egal, welcher Ausbildungsstufe)
- umfangreiches notfallmedizinisches Fachwissen,
- die Fähigkeit, medizinische Handlungsabläufe und Handfertigkeiten auch unter erschwerten Bedingungen abwickeln zu können,
- die Fähigkeit zur Kooperation mit Dritten sowie Teamfähigkeit,
- entsprechendes psychologisches und soziales Auftreten,
- Verständnis für die Situation des Patienten sowie
- Grundkenntnisse über die Funktion des EMS.

3.4.5.2.1 Begriffsbestimmung und Tätigkeitsspektrum des EMT-A

Der EMT-A (EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN - AMBULANCE) ist eine Person, die im präklinischen Bereich Tätigkeiten und Maßnahmen im Rahmen der lebensrettenden Basismaßnahmen, des 'Basic Life Support - BLS', ausübt bzw. setzt und auch alle Voraussetzungen des National Standard Curriculum zum EMT-A des DOT (U.S. Department of Transportation) sowie die bundesstaatlichen Anforderungen erfüllt und von der im jeweiligen Bundesstaat 'responsible certification agency' zertifiziert ist.

Der Wissens- und Handlungsumfang des EMT-A beinhaltet mindestens alle Maßnahmen des Basic Life Support - BLS, der lebensrettenden Basismaßnahmen wie z.B. Herz-Lungen-Wiederbelebung, Atemwegsmanagement, Blutungskontrolle, Schienung von Frakturen, Geburtshilfe, Bergung von Eingeklemmten mittels hydraulischem Rettungsgerät. Dieses Spektrum erweitert sich noch je nach Bundesstaat um folgende Tätigkeiten: Defibrillation mittels halbautomatischer Technologie, Infusion von kristalloiden Lösungen, Verwendung der Anti-Schock-Hose und endotracheale Intubation nach entsprechender langjähriger Berufsausübung und Zusatzausbildung. Der Handlungsbereich des EMT-A kann durch den ärztlichen Direktor nicht ausgeweitet werden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Weitere entsprechende Termini für den EMT-A sind:
- EMT-B(asic)
- EMT-1 (EMT-One)
- EMT-D(efibrillation) = EMT-A mit Zusatzausbildung in automatischer, halbautomatischer oder manueller Defibrillation
- EMT-IV = EMT-A mit Zusatzausbildung zur intravenösen Verabreichung

3.4.5.2.2 Begriffsbestimmung und Tätigkeitsspektrum des EMT-I

Der EMT-I (EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN-INTERMEDIATE) ist ein EMT-A mit Zusatzausbildung in einer oder mehreren erweiterten Methoden, wie z.B. Intubation oder Setzen eines intravenösen Zuganges, der auch alle Voraussetzungen des National Standard Curriculum zum EMT- I des DOT sowie die bundesstaatlichen Anforderungen erfüllt und von der im jeweiligen Bundesstaat 'responsible certification agency' zertifiziert ist.

Der Wissens- und Handlungsumfang des EMT-I umfaßt mindestens zusätzlich zu dem Wissensstand und den Kompetenzen des EMT-A das Atemwegsmanagement durch endotracheale Intubation, die Infusion von kristalloiden Lösungen, die Defibrillation bzw. Kardioversion mittels manueller Technologie. Dieses Spektrum erweitert sich noch je nach Bundesstaat um die Anwendung aller ACLS-Maßnahmen (Advanced Cardiac Life Support), wie sie in den jeweils gültigen Standards der AHA (American Heart Association) definiert sind.

Weitere entsprechende Termini für den EMT-I sind:
- EMT-CT (EMT-Cardiac Technician)
- EMT-2 (EMT-Two)

Neben den Aufgaben und Maßnahmen eines EMT-A's darf ein EMT-I bzw. "Cardiac Technician" bei Erwachsenen alle Maßnahmen des "Advanced Cardiac Life Supports" der AHA anwenden: EKG-Diagnose; oro-endotracheale Intubation; transthorakales Pacing; Defibrillation/Kardioversion mit manueller Technik; Karotissinusmassage; intravenöse, gegebenenfalls endobronchiale Applikation von Adrenalin, Atropin, Lidocain, Procainamid, Bretylium, Verapamil, Natriumbikarbonat, Morphium, Calcium, Dopamin, Dobutamin, Isoproterenol und Furosemid.

In der Praxis ergab sich aber als juristisches Problem daß der EMT-C zum Beispiel Atropin nur bei Bradykardien, nicht aber bei der E 605-Vergiftung einsetzen durfte. Ebenso ist der Übergang vom Kind zum Erwachsenen für den Notfall schwer zu definieren und der EMT-I konnte sich manchmal nicht sicher sein, ob er diese Maßnahmen nun eigentlich durchführen durfte oder nicht. Es ist auch dem medi-

zinischen Direktor rechtlich nicht möglich, den Handlungsspielraum des EMT-C's auszuweiten. Dadurch bilden einige Bundesstaaten keine EMT-I's bzw. EMT-C's aus, sondern greifen in vermehrten Maße auf die EMT-P, die Paramedics, zurück.

3.4.5.2.3 Begriffsbestimmung und Tätigkeitsspektrum des EMT-P

Ein EMT-P (EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN-PARAMEDIC oder PARAMEDIC) ist ein EMT-A mit Zusatzausbildung hinsichtlich des gesamten Tätigkeitsbereiches der erweiterten lebensrettenden Sofortmaßnahmen (Advanced Life Support - ALS), der auch alle Voraussetzungen des National Standard Curriculum zum EMT-P des DOT sowie die bundesstaatlichen Anforderungen erfüllt und von der im jeweiligen Bundesstaat 'responsible certification agency' zertifiziert ist.

Der Wissens- und Handlungsumfang des EMT-P umfaßt mindestens zusätzlich zu dem Wissensumfang und den Kompetenzen des EMT-I folgende Fachkurse: ACLS (Advanced Cardiac Life Support), PLS (Pediatric Life Support) oder PALS (Pediatric Advanced Life Support), BTLS (Basic Trauma Life Support) oder PHTLS (Prehospital Trauma Life Support) sowie zusätzlich die Verabreichung aller vom ärztlichen Leiter freigegebenen Medikamente. Dieses Spektrum erweitert sich noch je nach Bundesstaat um die Intubation auch nasotracheal, die Punktion zentraler Venen, die Thorax-Drainage nach Bülau, die Einleitung einer Narkose und Blasenkatheterisierung.

Weitere entsprechende Termini für den EMT-P sind:

- A-EMT (Advanced EMT)
- EMT-3 (EMT-Three)
- EMT-4 (EMT-Four)
- MICT (Mobil Intensive Care Technician)
- MICP (Mobil Intensive Care Paramedic)

Der Paramedic darf somit Patienten aller Altersgruppen mit folgenden Maßnahmen versorgen: alle Maßnahmen des EMT-C's; Intubation auch nasotracheal; Punktion der Vena jugularis externa, Applikation von Medikamenten auch intraossär, subkutan, intramuskulär; Legen einer Magensonde; Krikotomie; und Dekompression eines Spannungspneumothoraxes. Zusätzlich kann der medizinische Direktor noch folgende Maßnahmen erlauben: Thoraxdrainage nach Bülau; Punktion der Vena jugularis interna, Vena subclavia, Vena femoralis; Blasenkatheterisierung.

Als Medikamente kommen alle vom medizinischen Direktor freigegebenen in Betracht, mindestens jedoch: Adrenalin, aktive Tierkohle, Albuterol, Alupent, Atropin,

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Bretylium, Calcium, Dexamethason, Dextrose 50 %, Diazepam, Diphenhydramin, Dobutamin, Dopamin, Furosemid, Glucagon, Isoproterenol, Lidocain, Magnesium, Mannitol, Meperidin, Metaraminol, Morphium, Naloxon, Natriumbikarbonat, Nifedipin, Nitrogylcerin, Nitronox, Noradrenalin, Oxytozin, Procainamid, Propanolol, Sirup Ipecac, Theophyllin, Thiamin, Verapamil sowie verschiedenste Infusionslösungen.

Amrinon, Amylnitrat, Bumentanid, Butorphanol, Chlorpromazin, Deslanosid, Diazoxid, Digoxin, Edrophonium, Etacrynsäure, Fenoterol, Haloperidol, Hydralazin, Hydromorphon, Hydroxyzin, Labetalol, Methylprednisolon, Metoprolol, Nalbuphin, Pentazokin, Phenobarbital, Phenytoin, Physostigmin, Pralidoxim, Promethazin, Sodium Nitroprussid, Succinylcholin und Terbutalin stellen eine Auswahl weiterer häufig erlaubter Medikamente dar (vgl. BLEDSOE, 1991).

3.4.5.3 DIE AUFGABEN DES SUPERVISORS UND DIE BEDEUTUNG DER EINSATZPROTOKOLLE

Der Aufgabenbereich des Supervisors, der in einem eigenen Auto zu den einzelnen Notfällen fährt, liegt vor allem darin, vor Ort die Handlungen und Fertigkeiten des EMT zu beobachten, bei Bedarf zu assistieren und notfalls korrigierend einzugreifen. Bei mehreren Verletzten ist der Supervisor der Einsatzleiter, kontrolliert die Korrektheit der Triage und kümmert sich um die Verteilung der Patienten auf die Krankenhäuser.

Der Supervisor ist entweder ein besonders erfahrener und langjährig tätiger EMT-P (Paramedic) oder ein Paramedic mit zusätzlicher College-Ausbildung, der im Auftrag und in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienstleiter und dem medizinischen Direktor des Rettungsdienstes für die Überwachung des täglichen Einsatzablaufes verantwortlich ist. Dabei wird die Einhaltung der medizinischen und einsatztaktischen Vorschriften überwacht und kontrolliert. Der Supervisor ist weiters Ansprechpartner für Beschwerden über Personal und Einsatzabläufe und Verbindungsperson zu anderen Fachdiensten, wie etwa Polizei und Feuerwehr. Bei Einsätzen, die öffentliches Interesse erwecken, ist er Ansprechpartner der Medien.

Die Handlungsabläufe und gesetzten Maßnahmen der EMT's werden in einem Einsatzprotokoll vom Supervisor festgehalten (z.B. die Anzahl der Intubationsversuche, etc.). Die EMT's selbst müssen ebenfalls computerlesbare Einsatzprotokolle über jede Patientenversorgung, die Art des Notfalls, die gesetzten Maßnahmen, den Gesundheitszustand des Patienten, etc. führen. Diese Protokolle werden bei der Übergabe des Patienten im Krankenhaus vom diensthabenden Arzt (Emergency Physician) geprüft und abgezeichnet. Ein Durchschlag kommt zu den medizinischen

Akten des Patienten, einer zum jeweiligen Gesundheitsministerium des Bundesstaates, einer verbleibt bei der Rettungscrew und einer kommt zum medizinischen Direktor des Rettungsdienstes. Aufgrund dieser Einsatzprotokolle, die auch in der Rettungsdienststelle dokumentiert werden, wird nach erfolgtem Transport ins Krankenhaus eine Nachbesprechung durchgeführt, bei der die einzelnen kritischen Punkte besonders behandelt werden.

Im Rahmen einer laufenden Qualitätssicherung werden die Einsatzprotokolle der EMT's sowie der Supervisor's als auch die Vermerke der den Patienten übernehmenden Ärzte ausgewertet und für die Beurteilung der praktischen Tätigkeit der EMT's "on scene" herangezogen. Sollte infolge der Überprüfung mangelnde praktische Erfahrung, Unsicherheit oder das Nichtbeherrschen einzelner Maßnahmen festgestellt werden, wird der EMT einer speziellen Nachschulung zugeführt. Dies kann im äußersten Fall bis zum Verlust der Lizenz durch wiederholtes Auftreten mangelnder Fertigkeiten oder fahrlässiges Verhalten führen. Durch diese Maßnahmen wird erreicht, daß die EMT's die Handlungsabläufe entsprechend ihrer Qualifikation und den standing orders so beherrschen, als sei dies eine ganz normale Tätigkeit aus dem täglichen Leben.

Dies führt dazu, daß er, wenn er zu wenig praktische Erfahrung an den Tag legt bzw. zu wenig in der Praxis tätig ist und dadurch die Handlungsabläufe nicht in der vorgeschriebenen Form beherrscht, zu Nachschulungen im Krankenhaus geschickt wird

3.4.5.4 AUSBILDUNG

3.4.5.4.1 Ausbildungsinstitutionen

EMT's werden üblicherweise auf Colleges theoretisch ausgebildet, manche Rettungsdienste bilden ihr Personal aber völlig eigenständig aus. Die praktische Anleitung wird von sogenannten "Prezeptoren" in den verschiedenen Fachstationen der Krankenhäuser und am Rettungswagen durchgeführt. Die medizinische Universitäten bieten, besonders für Studenten der Medizin, ein eigenes Paramedic-Programm an.

3.4.5.4.2 Ausbildungsvorschriften

Die Ausbildungsstätte muß eine von der zuständigen Behörde akkreditierte Institution sein und mit einem akkreditiertem Krankenhaus (Trauma Centre) vertraglich verbunden sein. Die Institution muß bei der zuständigen Behörde die Durchführungserlaubnis der Ausbildung beantragen. Kontrollore der zuständigen Behörde

können durch Besuche und andere Maßnahmen jederzeit die Kursgestaltung überwachen.

Jeder Kurs muß einen designierten ärztlichen Leiter und einen Paramedic-Hauptinstruktor haben. Ein Paramedic-Instruktor muß vom ärztlichem Leiter der Region befürwortet werden, eine Lizenz als Paramedic, Registered Nurse (Krankenpfleger) oder Doktor der Medizin haben, ein gültiges Zertifikat als "Advanced Life Support Instructor" besitzen sowie eine pädagogische Grundausbildung oder einen Ausbilderkurs des Ministeriums absolviert haben. Weiters muß er seine pädagogischen Fähigkeiten und die Qualität seiner medizinischen Handfertigkeiten bei einem praktischen Test überprüfen lassen.

"Prezeptoren", Praktikumsanleiter der Paramedic-Studenten, müssen mindestens seit zwei Jahren als Paramedic tätig sein, jeweils eine Empfehlung eines ärztlichen Leiters einer Rettungsdienststelle und eines Paramedic-Instruktors haben, EMT-A Instruktor sein bzw. den "Paramedic Clinical Preceptor Training Course" des Ministeriums erfolgreich absolviert haben.

Das Curriculum muß mindestens aus den Lehreinheiten des Curriculums des Department of Transportation der jeweiligen Ausbildungsstufe bestehen. Zusätzlich gelten die Standards der American Heart Association in der jeweilig gültigen Fassung als verpflichtend. Der ärztliche Leiter der jeweiligen Region ergänzt das Curriculum auf den jeweils neuesten Stand der Wissenschaften.

Die zeitliche Verteilung der Ausbildung ist unterschiedlich. Es gibt sowohl reine Wochenendkurse, Abendkurse und Vollzeitkurse. Paramedic-Kurse werden am häufigsten berufsbegleitend durchgeführt. Der Student arbeitet jeden dritten Tag für 24 Stunden als EMT-A oder EMT-I und geht - mit Ausnahme von Samstag und Sonntag - an den dazwischenliegenden Tagen aufs College.

3.4.5.4.3 Evaluation des Ausbildungserfolges

Für jeden einzelnen Gegenstand werden während des Unterrichtes schriftliche und/oder mündliche Zwischenprüfungen unangekündigt durchgeführt. Am Ende des Ausbildungsblockes wird eine Abschlußprüfung in schriftlicher Form, bei Bedarf mit zusätzlicher praktischer Prüfung abgehalten. Praktische Prüfungen erfolgen an Mega-Code-Trainingspuppen, die es entsprechend den unterschiedlichen Altersgruppen der Patienten gibt. An diesen Phantomen lassen sich folgende Maßnahmen simulieren:

- EKG-Monitoring und Defibrillation,
- endotracheale Intubation,

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- Legen venöser Zugänge und
- Herz-Lungen-Wiederbelebung.

Die Prüfung erfolgt nicht abstrakt, sondern in Form eines Rollenspiels (Szenarien) mit anderen Kursteilnehmern und dem Ausbildungsassistenten zum Anleiten. Der Instructor gibt dem Prüfling eine kurze Einführung in die Situation und dieser muß anschließend die Patientenversorgung "aktiv durchspielen". Dabei kann er die Angehörigen bzw. den Instructor um nähere Informationen befragen (z.B. medizinische Vorgeschichte, aktuelle Werte der Vitalfunktionen, etc.). Üblicherweise wird das Szenario zur späteren detaillierteren Analyse auf Video aufgenommen. Der in den USA einheitliche Prüfungsablauf für das ACLS-Zertifikat der AHA wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

3.4.5.4.4 Prüfungen

Innerhalb der Ausbildungsinstitution gibt es eine Vielzahl praktischer und theoretischer Wissensüberprüfungen. Wenn alle Prüfungen erfolgreich bestanden sind, stellt das College ein Diplom aus. Dies berechtigt aber nicht zur Berufsausübung. Es besagt lediglich, daß der Student die Ausbildung am College erfolgreich bestanden hat. Gleichzeitig wird mit dem Diplom dem Arbeitgeber des Studenten die ***erfolgreiche Ausbildung garantiert***. Konkret bedeutet das, wenn der Student am Arbeitsmarkt nicht den Anforderungen entspricht und das Verschulden dafür in der Ausbildung liegt, muß das College auf eigene Kosten den Studenten nachschulen oder erneut ausbilden.

Um zur staatlichen Prüfung als Paramedic antreten zu dürfen, muß der Kandidat folgende Bedingungen erfüllen:

- Befürwortung von drei Ärzten, die mit dem Studenten persönlich gearbeitet haben,
- Diplom des Ausbildungscolleges,
- Prüfung "Advanced Cardiac Life Support" (ACLS) der American Heart Association (AHA),
- Prüfung "Pediatric Advanced Life Support" (PALS) der AHA oder die Prüfung "Pediatric Life Support" (PLS) des Gesundheitsministeriums und
- die Prüfung "Basic Trauma Life Support" (BTLS) oder "Prehospital Trauma Life Support" (PHTLS).

Als Beispiel für die Prüfungsgestaltung wird hier die ACLS-Prüfung der AHA vorgestellt (JAFFE, 1988):

Teststation 1: "Lebensrettende Basismaßnahmen":

Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW) praktische Prüfung:

- HLW-Einhelfertechnik beim Erwachsenen
- HLW-Zweihelfertechnik beim Erwachsenen
- Beseitigung eines Fremdkörpers aus den Atemwegen beim nicht bewußtlosen/bewußtlosen Erwachsenen
- Einhelfer-HLW beim Kind
- Zweihelfer-HLW beim Kind
- Beseitigung eines Fremdkörpers aus den Atemwegen beim nicht bewußtlosen/bewußtlosen Kind
- Säuglings-HLW
- Beseitigung eines Fremdkörpers aus den Atemwegen beim nicht bewußtlosen/bewußtlosen Säugling

Teststation 2: Beatmung und Intubation (praktische Prüfung an Phantomen)

- Beatmung mit Beatmungsbeutel und Maske
- Einführen eines Ösophagustubus/Combitube und Beatmung
- Intubation beim Erwachsenen
- Intubation beim Erwachsenen bei bereits eingeführtem Ösophagustubus
- Intubation beim Säugling

Teststation 3: Erkennen und Therapie von Herzrhythmusstörungen (mündliche Prüfung)

Der Student erhält sieben Patientenschilderungen und dazugehörige EKG Streifen und muß innerhalb von 45 Sekunden die klinische Situation/die Arrhythmie erkennen und die Sofortttherapie gemäß der AHA-Ablaufschemata (Algorithmen) anwenden.

Teststation 4: Megacode-Prüfung (am Phantom)

Die Fähigkeiten des Prüflings werden in drei Bereichen überprüft:

1. Erkennen von Arryhthmien,
2. Kenntnis der korrekten Therapie (Medikamente, Defibrillation) und
3. Qualität als Teamführer.

Die Prüfung dauert mindestens fünfzehn Minuten, der Kandidat muß drei Teammitglieder anleiten und zwei Versorgungsfehler erkennen (z.B. Defibrillator auf Synchronisation gestellt, Sauerstoffzuleitung zum Beatmungsgerät unterbrochen).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Teststation 5: Schriftliche Prüfung

Der Student muß einen schriftlichen Test mit mindestens 84 %iger Korrektheit beantworten. Besteht der Kandidat eine Teststation nicht, muß der gesamte ACLS Kurs wiederholt werden.

3.4.5.4.5 Ausbildungsdauer und Lehrinhalte der einzelnen Ausbildungsstufen

Im Folgenden werden die Ausbildungen der
EMT-Ambulance,
EMT-Cardiac und
EMT-Paramedic
dargestellt.

3.4.5.4.6 Emergency Medical Technician - Ambulance (EMT-A)

Aufnahmebedingungen für das EMT-A Programm sind: vollendetes 18. Lebensjahr, Matura, keine Vorstrafen, Führerschein ohne Strafpunkte, erfolgreicher physischer Belastungstest und bestandene "Basic Life Support"-Prüfung entsprechend der Richtlinien der AHA (American Heart Association).

EMT-A's erhalten eine theoretische Ausbildung von mindestens 140 Stunden und müssen ein einwöchiges Klinikpraktikum absolvieren.

Die Lehrinhalte richten sich nach dem Curriculum des U.S. Department for Transportation (DOT) von 1984 (U.S. DEPARTMENT OF TRANSPORTATION, 1984). Zusätzlich wird z.B. in Georgia noch die Intubation mittels Ösophagustubus, die Verwendung der Antischockhose, Infusionstherapie sowie Defibrillation mittels halbautomatischer Technik gelehrt. In Georgia beträgt die Mindestausbildungsdauer für den EMT-A 250 Stunden und eine Woche Klinikpraktikum.

Die ***Überarbeitung*** der DOT- Inhalte erfolgte 1992, eine gedruckte Fassung liegt derzeit aber noch nicht vor. Voraussichtlich wird die Intubation, die von der AHA als Versorgungsmaßnahme Klasse I empfohlen wird, in das Curriculum für EMT-A's aufgenommen (LUNDBERG, 1992).

Die Ausbildung zum EMT-A beinhaltet nachfolgende Unterrichtsbereiche (vgl. GRANT, 1990):

- Einführung in Recht und Berufskunde
- Anatomie und Physiologie
- Patientenuntersuchung
- Lebensrettende Basismaßnahmen
- Beseitigung respiratorischer Probleme, Hilfsmittel zur Unterstützung der Atmung
- Herz-Lungen-Wiederbelebung, Blutungsstillung und Schockbekämpfung
- Verletzungen I: Haut- und Weichteilverletzungen
- Verletzungen II: Extremitätenverletzungen
- Verletzungen III: Schädel-, Gesichts- und Wirbelsäulenverletzungen
- Verletzungen IV: Brust- und Bauchverletzungen sowie Verletzungen der Genitalien
- Medizinische Notfälle
- Pädiatrische Notfälle
- Geburtshilfe
- Verbrennungen und gefährliche Stoffe
- Umweltbedingte Notfälle (hitze- und kältebedingte Verletzungen und Erkrankungen)
- Schwierige Patienten und psychiatrische Notfälle
- Triage und Katastrophenmanagement
- Vorbereiten auf einen Rettungseinsatz
- Tragehilfen und Tragemitteln
- Transportphase ins Krankenhaus
- Pflichten nach dem Rettungseinsatz
- Kommunikation und Dokumentation im Einsatz
- Bergung von eingeklemmten Personen
- Verwendung von automatischen Defibrillatoren

Zusatzmodule:
- Durchführung der endotrachealen Intubation
- Verwendung eines Combi-Tubus
- Intravenöse Flüssigkeitstherapie
- Medizinische Terminologie

3.4.5.4.7 Emergency Medical Technician - Intermediate (EMT-I)

Die Ausbildung zum EMT-I beträgt ca. 460 Theoriestunden. Die Ausbildungsdauer und -inhalte regelt das National Standard Curriculum for EMT-I (U.S. DEPARTMENT OF TRANSPORTATION, 1986).

Die Ausbildung beinhaltet zusätzlich zu den Lehrinhalten zum EMT-A folgende Unterrichtsbereiche bzw. vermittelt ergänzendes Wissen zu schon gelehrten Fächern:

- Einführung in Recht und Berufskunde
- Anatomie und Physiologie
- Körpersysteme und Patientenuntersuchung
- Pharmakologie
- Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Schock
- Respiratorisches System und Management respiratorischer Systeme
- Kardiologie
- Traumatologie

3.4.5.4.8 Emergency Medical Technician - Paramedic (EMT-P)

Um in ein Paramedic-Programm aufgenommen zu werden, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: Mindestalter 18 Jahre, Matura, Führerscheinbesitzer ohne Strafpunkte, erfolgreiche physische Belastungsprüfung, keine Vorstrafen, Ausbildung zum EMT-A erfolgreich absolviert, mindestens 6 Monate Vollzeitarbeit als EMT-A (10 Schichten pro Monat zu je 24 Stunden = 1440 Praxisstunden) und Befürwortung durch zwei Fachärzte für Notfallmedizin, die mit dem EMT gearbeitet haben. Weiters muß ein Aufsatz geschrieben werden, warum man eine Ausbildung zum Paramedic machen will.

Der EMT-P Abschluß wird von den Colleges mit einem Diplom bestätigt. Wenn der Absolvent noch Zusatzfächer wie Statistik, Personalmanagement und ähnliches belegt hat, wird ihm der Grad des "Associate of Science" (ähnlich einem Ingenieurtitel) verliehen.

Das Curriculum richtet sich nach dem des U.S. Department of Transportation (DOT) und wird je nach Bundesstaat durch einige Module ergänzt (U.S. DEPARTMENT OF TRANSPORTATION, 1985/86).

Die gesetzliche Anzahl an Theoriestunden für die Paramedic-Ausbildung beträgt mindestens 750 bis 1000 Stunden. Durch die zusätzlich erforderliche Belegung einzelner Fachkurse wie ACLS, PHTLS, BTLS, PALS, PLS durch collegeinterne Anforderungen sowie durch vom regionalen ärztlichen Leiter für notwendig gehaltene Ergänzungsmodule, erhält der Absolvent eines Paramedic-Programmes - je nach College - zwischen 1400 und 2000 Stunden theoretischen Unterricht. Die Mindeststundenanzahl für Rettungswagen- und Krankenhauspraktika beträgt 600 Stunden.

Die Ausbildung beinhaltet zusätzlich zu den Lehrinhalten zum EMT-A folgende Unterrichtsbereiche bzw. vermittelt ergänzendes Wissen zu schon gelehrten Fächern (vgl. BLEDSOE, PORTER, SHADE, 1991):

- Berufspflichten, -ethik und -aufgaben
- Struktur des notfallmedizinischen Versorgungssystems
- Medizinisch-rechtliche Grundlagen des Berufs Paramedic
- Funkgerätetechnik und Kommunikation
- Bergung aus schwierigen Lagen
- Großunfall und Katastrophenbewältigung, Aufgaben eines Einsatzleiters
- Stress-Management
- Medizinische Terminologie
- Anatomie und Physiologie
- Erweiterte Patientenuntersuchung
- Respiratorisches System und Management respiratorischer Probleme
- Pathophysiologie des Schocks
- Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Pharmakologie
- Traumatologie
- Physikalische Ursachen von Verletzungen
- Kopf-, Nacken- und Wirbelsäulentrauma
- Verletzungen von Körperhöhlen
- Verletzungen des Muskel- und Skelett-Systems
- Verbrennungen
- Weichteilverletzungen
- Schocktherapie
- Erkrankungen der Atemwege und Therapie
- Kardiologie, kardiale Erkrankungen und Therapie
- Endokrine und metabolische Erkrankungen und Therapie
- Erkrankungen des neurologischen Systems und Therapie
- Das akute Abdomen und Therapie
- Anaphylaxie und Therapie
- Toxikologie und Drogenmißbrauch
- Infektionskrankheiten
- Umweltbedingte Notfälle und Therapie
- Geriatrische Notfälle und Therapie
- Pädiatrische Notfälle und Therapie
- Gynäkologische Notfälle und Therapie
- Geburtshilfe, geburtshilfliche Notfälle und Therapie
- Neonatologische Notfälle und Therapie
- Psychiatrische Notfälle und Krisenintervention

Die Mindestausbildungszeiten sind im National Standard Curricula des U.S. Department of Transportation geregelt. Ein Maximum für Ausbildungszeiten ist nicht festgelegt. Ähnlich wie bei anderen Studien gibt es jedoch besonders renommierte Paramedic-Ausbildungen, wie etwa die ***Paramedic-Ausbildung*** der University of Hawaii, die mit einem Ausmaß von 5000 Stunden abgehalten wird. Im üblichen

Landesdurchschnitt kann von einer ***ca. 3000stündigen Ausbildung*** ausgegangen werden.

3.4.5.4.9 Universitätsausbildungen für Paramedics

In den letzten Jahren wurden vermehrt verschiedene akademische Ausbildungsprogramme für Rettungsdienst-Leitungspersonal entwickelt. Ziel dabei ist es, den Studenten nicht nur präklinisch-medizinische Inhalte zu vermitteln, sondern, je nach Studienrichtung, Spezialwissen in Administration, Management, Personalführung, Ausbildung und wissenschaftlichem Arbeiten zu vermitteln. Dabei werden je nach Länge der Ausbildung die akademischen Grade eines "Bachelor of Science" (dreijährige Ausbildung) oder eines "Master of Science" (Magisterstudium) vergeben.

Derzeit bieten folgende Institutionen eine derartiges Fachstudium an: Universität von Alabama (Birmingham, AL); Universität von Süd-Alabama (Mobile, AL), George Washington Universität (Washington D.C.); Universität des Distriktes of Columbia (Washington D.C.); Universität von Maryland (Baltimore MD); Springfield College (Springfield MA); Davenport College (Grand Rapids MI); Universität von Western Carolina (Cullowhee NC); Universität von Toledo (Toledo OH), Hahnemann Universität (Philadelphia PA); Central Washington Universität (Ellensburg WA);

3.4.5.4.10 Spezielle Fachausbildungen für Paramedics

Je nach Arbeitsgebiet gibt es für Paramedics eine Vielzahl spezieller Fachausbildungen: Tauch-Paramedic mit Druckkammmerzertifikat, Anti-Terror-Paramedic (zur Unterstützung der Polizei bei Sondereinsätzen), Sonderausbildung für Sofortmaßnahmenhinweise der Notrufleitstelle, Armee-Paramedic, Frühgeburten-Paramedic, Hubschrauber-Paramedic, Bergrettungs- und Wildnis-Paramedic usw. Diese Ausbildungen werden von den jeweils spezifischen Fachinstitutionen selbständig durchgeführt.

Paramedics, die unter speziellen Bedingungen arbeiten, erhalten einschlägige Fachausbildungen (Armee-Paramedic, etc.) Für spezielle Aufgaben wie Rettungsdienstleiter, Supervisor, Instruktor oder Qualitätskontrollor wird meist eine zusätzliche Universitätsausbildung gefordert.

3.4.5.4.11 Paramedics im Krankenhaus

In vielen Bundesstaaten der USA arbeiten Paramedics aufgrund des Mangels an "registered nurses" im Krankenhaus. Vor allem sind Paramedics in zentralen Not-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

aufnahmen, den "emergency rooms", und in Intensivstationen, den "intensive care units", tätig. Die Rechtsgrundlagen dafür sind jedoch unklar und die Standesvertretung der "registered nurses" versucht, diesen Zustand zu ändern.

3.4.5.4.12 Lizenzerhalt und Lizenzverlust

Alle EMT's müssen in zweijährigem Abstand eine Auffrischungsprüfung bestehen. Beispielhaft wird hier auf den Lizenzerhalt/-verlust bei Paramedics eingegangen.

Der Paramedic muß mindestens 80 Stunden pro Monat aktiv seinen Beruf ausüben und jährlich mindestens 100 Stunden anerkannter Fortbildung nachweisen. Weiters dürfen die Fachkursnachweise BCLS, ACLS, BTLS oder PHTLS, PALS oder PLS nicht abgelaufen sein. Die vom Gesundheitsministerium entwickelte Auffrischungsprüfung muß in einer für die EMT-P Ausbildung anerkannten Institution erfolgreich abgelegt werden.

Ein Verlust der Lizenz erfolgt bei:
- unrichtigen oder gefälschten Angaben eines Antrags auf Lizenz bzw. Lizenzverlängerung;
- professioneller oder mentaler Inkompetenz;
- Verletzung einer Gesetzespassage des "Ambulance Service Act";
- Verletzung einer medizinischen Dienstanweisung;
- Nichtbeachtung einer für die Notfallversorgung bedeutsamen ärztlichen Anweisung;
- falscher Behandlung eines Patienten;
- "Im Stich lassen eines Patienten";
- bewußtem Aufnehmen falscher Daten / Fälschung des Einsatzprotokolles;
- persönlichem Mißbrauch von Medikamenten und Drogen, die sich mit der Arbeit eines Paramedics nicht vereinbaren lassen;
- rechtskräftige Verurteilung wegen eines Kriminaldeliktes;
- durchgeführten Disziplinarmaßnahmen einer Lizenzierungsbehörde eines anderen Staates / einer anderen Berufsgruppe;
- grober Mißachtung der Patientensicherheit;
- grober Mißachtung der Verkehrssicherheit als Lenker eines Rettungsfahrzeuges;
- Ausübung der Medizin außerhalb des erlaubten Handlungsrahmens oder Beihilfe dazu;
- Annahme von Trinkgeldern;
- Annahme von Geldern eines Krankenhauses (um ihnen Patienten zu bringen);
- Verletzung eines Statutes, Gesetzes, einer Verordnung oder Anweisung jeder öffentlichen Behörde, die ganz oder teilweise den Rettungsdienst mitverantwortet;

- jeder Handlung, die einen Indikator für Nichtvertrauen oder schlechten Charakter darstellt.

Als einschlägige gesetzliche Bestimmungen, die für die Lizenzierung und Rezertifizierung relevant sind, seien hier beispielhaft angeführt:

- Rules of the Composite Board of Medical Examiners, Code Chapter 31-11, Paramedics and Cardiac Technicians, Atlanta 1989, und
- Register 88, No. 36 des Bundesstaates Kalifornien "Prehospital EMS", 3, 100105 - 100169, Gesetz über Curricula, Ausbildung, Fortbildung, Lizenzierung, etc.

3.4.5.5 WEITERE RELEVANTE BERUFSGRUPPEN, DIE IM RETTUNGSDIENST BZW. IM BEREICH DER NOTFALLMEDIZIN TÄTIG SIND

Registered Nurse (RN)

Die RN erhält ihre Lizenz vom jeweiligen "board of nursing" des jeweiligen Bundesstaates. Sie darf nicht ohne Sonderausbildung in der präklinischen Notfallmedizin tätig werden. Manche Bundesstaaten bieten jedoch ***eine verkürzte Ergänzungsausbildung zum Paramedic*** an.

Registered nurses werden auch häufig auf Rettungsmitteln, die ausschließlich Spezialtransporte wie Frühgeburtendienst, Verlegung von Intensivpatienten, etc. durchführen, eingesetzt.

Emergency Physicians und Medical Directors

Grundsätzlich werden in den USA Ärzte im Regelfall nicht persönlich am Notfallort tätig. Sie delegieren invasive Maßnahmen entweder per schriftlicher Dienstanweisung im voraus an den EMT (standing orders) oder der EMT muß den Arzt der Notaufnahme mit einer Lagemeldung kontaktieren und das Einverständnis für bestimmte Maßnahme einholen (verbal orders).

Zumeist besteht eine Mischform aus beiden Systemen: So gelten beim kardialen Notfall die Ablaufschemata der American Heart Association und dürfen ohne unmittelbarem Arztkontakt verwendet werden. Meint der Paramedic jedoch aus irgend einem Grund von den Standards (protocols) abweichen zu müssen, um beispielsweise die Dosierung eines Medikamentes zu erhöhen, muß er den Arzt der zentralen Notaufnahme kontaktieren. Dieser ist ein Emergency Physician, ein Facharzt für Notfallmedizin, zu dessen Aufgabenbereich die Überwachung der präklinischen

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Versorgung gehört. Die Fachärzte für Notfallmedizin sind auch in der theoretischen und praktischen Ausbildung der EMT's tätig, deshalb besteht zumeist eine guter persönlicher Kontakt zwischen Aufnahmeärzten und EMT's.

Über jede Patientenversorgung muß ein genaues, computerlesbares Protokoll des Gesundheitsministeriums ausgefüllt werden. Das Protokoll wird dem Emergency Physician bei der Patientenübergabe ausgefolgt, von diesem kontrolliert und unterschrieben. Ein Durchschlag kommt zu den medizinischen Akten des Patienten, einer zum Gesundheitsministerium, einer verbleibt der Rettungscrew und einer kommt zum medizinischen Direktor des Rettungsdienstes.

Aufgaben des medizinischen Direktors ist es, die Qualität der Versorgung anhand der Protokolle oder der Observation vor Ort zu überprüfen. Dabei bedient er sich der "Field supervisors", erfahrener, speziell geschulten Paramedics, die vor Ort Einsatzabläufe, manchmal sogar inkognito, überwachen. Weiters liegt es im Ermessensspielraum des medizinischen Direktors, welche Maßnahmen und Medikamente "seine" Paramedics vor Ort neben den vom Gesundheitsministerium geforderten durchführen dürfen. Dies hat den Vorteil, daß die Handlungsbreite der Paramedics lokalen Besonderheiten angepaßt werden kann, ebenso kann der medizinische Direktor rascher auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse und therapeutische Maßnahmen betreffend eingehen, als es der Gesetzgeber tun kann. Die Vielzahl von publizierten Studien belegen, daß dieser breite Handlungsspielraum auch die wissenschaftliche Begleitung und Analyse der präklinischen medizinischen Versorgung fördert.

3.4.5.6 DIDAKTIK, LEHR- UND LERNBEHELFE

Die meist verwendeten Unterrichtsformen in der Ausbildung zum Paramedic aber auch zu den anderen EMT-Stufen, sind der Vorlesungs- und Seminarunterricht. Eine wesentliche Bedeutung kommt jedoch auch dem Selbststudium zu. Der Ausbildner (instructor) gibt einzelne Kapitel der Lehrbücher samt dem in Verbindung stehenden Fragenkatalog zur eigenständigen Be- bzw. Erarbeitung bis zur nächsten Vorlesung als Aufgabenstellung. In der nächsten Vorlesung wird der Fragenkatalog eingesammelt, überprüft und aufgrund des Antwortverhaltens und des Verständnisses der einzelnen Lehrinhalte bzw. Lehrbereiche ein Konzept für die jeweilige Lehreinheit erstellt.

Im Unterricht durch den Instruktor erhalten die EMT-Anwärter jenes Wissen vermittelt, das sie zur Ausübung ihres Berufes benötigen. Oberstes Prinzip der theoretischen Ausbildung ist die praxisnahe Unterweisung der Schüler. Es befindet sich an jedem Ausbildungsort eine komplette Ausstattung für den Rettungsdienstein-

satz. An Phantom-Puppen wird z.B. das Setzen von venösen Zugängen, CPR, die Intubation, das Verabreichen von Medikamenten, etc. geübt.

Weiters werden Fallbeispiele bearbeitet: Die Schüler werden nach den Vorgangskriterien pro Fall trainiert, wobei ein Schüler den Patienten/Verunfallten mimt, zwei andere Schüler die EMT's. Nach einem vorgegeben Abfrageschema wird die Art der Erkrankung/Verletzung eruiert und entsprechend den Zustandsbeschreibungen des Patienten durch den "instructor" (Vortragenden) die nötigen Maßnahmen getroffen.

Ein besonders gutes Hilfsmittel für den Unterricht stellen die Instructor-Manuals dar, welche genaue didaktische Anweisungen über den Lehrstoff beinhalten. Wichtig ist hier nicht nur das Lernziel, sondern insbesondere auch die Art und Weise des Unterrichts.

Die Unterrichtsklassen selbst sind eher klein gestaltet (ca. 20 - 25 Personen) und lassen viel Platz für praktische Übungen, wodurch die Erreichbarkeit des Schülers eher gewährleistet wird als in einem trockenen Frontalunterricht.

Schon alleine durch das äußerst positive Image der EMT's und der Paramedics ist die Motivation der Schüler gegeben. Weiters kann man aus psychologischer Sicht bemerken, daß jene Personen, die solche Kurse bzw. Lehrgänge besuchen, durch ihr Interesse an der Sache selbst genügend motiviert sind, um gute Lernerfolge zu erzielen. In Amerika ist die Weiterbildung neben der Berufstätigkeit, verbunden mit dem Wunsch nach Karriere, eine gesellschaftliche Selbstverständlichkeit.

Im Zeitalter der Elektronik gibt es jedoch auch unterschiedlichste Software, so etwa Computer-Simulationsprogramme für ACLS oder Traumaversorgung, die der Student am Computer der Schule bzw. der Universität oder an seinem eigenen PC daheim bzw. im Studentenheim zur Wissensvertiefung und Wissensüberprüfung verwenden kann.

Für Aus-, Fort- und Weiterbildungszwecke gibt es eine Reihe von renommierten Fachzeitschriften, so etwa "JEMS - Journal of Emergency Medical Services", "911", "Emergency", "Rescue", "Emergency Medical Service", "EMS Newsletter", "Journal of Prehospital and Disaster Medicine", "JAMA - Journal of the American Medical Association", "Annals of Emergency Medicine - Journal of the American College of Emergency Physicians and the Society for Academic Emergency Medicine", "Critical Care Medicine", etc.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Fachbüchern für die unterschiedlichen Ausbildungsstufen der EMT's sowie für die Spezialausbildungen und die Fachkurse, wie z.B. ACLS, BTLS, etc. Für die Terminologie sowie für die Ausbildung im Bereich der

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Anatomie und Physiologie usw. werden die einschlägigen Bücher und Standardwerke aus dem Medizin- und Pflegewissenschaftsstudium berufsübergreifend herangezogen.

In ländlichen, bevölkerungsarmen Gebieten werden für die Ausbildung der EMT's auch moderne Ausbildungsformen, wie etwa interaktives Lernen, herangezogen. So wird etwa im Bundesstaat Virginia ein EMT-Ambulance-Kurs via Satellitenfernsehen übertragen und so den Lernenden zugänglich gemacht. Als Einstieg in die jeweilige Vorlesungseinheit werden zu Beginn die Lernziele der Kurseinheit dargestellt. Daran anschließend wird ein Unterrichtsblock ausgestrahlt, wobei am Ende dem Studenten die Möglichkeit eingeräumt wird, offene Probleme und Fragestellungen über eine Gratis-Telefonnummer an einen der Instruktoren zu richten.

3.4.5.7 QUALITÄTSSICHERUNG UND PATIENTENDOKUMENTATION

Qualitätssicherung gehört in Amerika im Rettungswesen genauso wie im Gesundheitswesen zur täglichen Praxis. Sie ist in Forschung und im Berufsalltag eine Routinetätigkeit, die als Selbstverständlichkeit verstanden wird und an der niemand Anstoß nimmt. In das umfassende Qualitätssicherungsnetz ist jede Person, alle infrastrukturellen Bestandteile sowie alle Handlungsabläufe integriert. Durch eine umfassende Dokumentation wird die laufende Qualitätssicherung in allen Ebenen ermöglicht. Qualitätssicherung wird einerseits als Kontrollsystem und andererseits als Möglichkeit zur Motivation und Verbesserung der Kommunikation und Leistungsfähigkeit verstanden. In dem Netz der Qualitätssicherung sind sowohl speziell dafür ausgebildete Personen, wie z.B. die "field supervisor" und die medizinischen Direktoren in Verbindung mit den zuständigen Behörden und andererseits alle in diesem Beruf Tätigen fest eingebunden und integrativer Bestandteil.

Die große Palette der Qualitätssicherungsinstrumente beinhaltet die Einsatzprotokolle der EMT's, die Protokolle der "supervisor's", die "standing orders", die "protocols", umfassende Aus-, Fort- und Weiterbildung, Lizenzierung, etc.

Das standardisierte Einsatzprotokoll des Gesundheitsministeriums gibt über die Art der getätigten Maßnahmen, Zeitpunkt, Dauer, Zeitpunkt der Beendigung der Versorgung des Patienten, Erfolg und Resultat der Maßnahmen Auskunft. Schreibt nun zum Beispiel ein Paramedic unter der Rubrik Atemwege "Intubation oro-endotracheal um 15.23 h, 1. Versuch, erfolgreich", hat aber tatsächlich zwei Versuche gebraucht, um den Patienten zu intubieren, so könnte durch Nachforschungen des Supervisors bei Feuerwehrersthelfern oder anderen Zeugen der tatsächliche Versorgungsablauf recherchiert werden. Nachforschungen dieser Art gehören zum Berufsalltag des Rettungspersonals und stellen keine Seltenheit dar. Würde einem

Paramedic eine derartige Protokollfälschung nachgewiesen werden, hätte das unmittelbar den Verlust der Lizenz zur Folge.

Durch die Computerauswertung würde aber andererseits auffallen, wenn ein bestimmter Paramedic bei 40 % seiner Intubationen mehr als einen Versuch benötigt. Dies würde zu einer genaueren Durchsicht der Protokolle des Betroffenen durch den medizinischen Direktor führen, er würde ihn zu einem Gespräch einladen und zum Beispiel eine Nachschulung im OP anordnen.

Um vor allem bei Rettungsdiensten mit geringem Einsatzaufkommen den Erhalt der Handfertigkeiten zu garantieren, erläßt der medizinische Direktor einen Katalog, welche Maßnahmen in einem bestimmten Zeitraum vom Paramedic getätigt werden sollten. Kommt ein Paramedic eines ländlichen Gebietes etwa auf weniger als 10 Intubationen im Jahr, muß er zur Auffrischung in einer Klinik ein Intubationspraktikum absolvieren.

Im folgenden ist eine "standing order of burn emergencies" angeführt, nach der sich jeder EMT verhalten muß. Falls er wissentlich von diesen medizinischen Dienstanweisungen abweicht, ohne zuvor Rücksprache mit dem "emergency physician" zu halten, übertritt er seine Kompetenzen und handelt eigenmächtig und kann im schlimmsten Fall seine Berufsberechtigung (licence) verlieren. Solange er die Handlungsabläufe im Rahmen der "standing orders" beibehält, ist er durch die "medizinische Lehrmeinung" rechtlich gedeckt.

STANDING ORDERS "VERBRENNUNGEN"

a) Patienten vom Feuer entfernen oder Feuer vom Patienten
b) Folge den ABC-Maßnahmen der Reanimation
c) Stoppe den Verbrennungsprozeß durch steriles Wasser oder Salzlösung (Körpertemperatur)
d) Decke die Wunde mit sterilen trocken Tüchern ab und erhalte die Körpertemperatur
e) Entfernung Kleidung und Schmuck, ohne Haut zu entfernen
f) Arbeite weiter unter Beachtung der folgenden Hinweise:
    1) Art der Verbrennung und mögliche andere Verletzungsmechanismen
       Achtung! Multi-Trauma bei Explosion!
    2) Möglichkeit der Rauchinhalation
    3) Zeitpunkt der Verbrennung
    4) Sachdienliche Anamnese
    5) Tiefe und Ausdehnung der Verbrennung nach Neuner-Regel

6) Wenn die Verbrennung mehr als 20 % der Oberfläche und die geschätzte Eintreffzeit größer als 20 Minuten ist, lege Infusion mit Ringer-Lösung an einer nicht verbrannten Stelle an (wenn möglich). Infusionsrate nach Anweisung des überwachenden Arztes.
7) Gib Sauerstoff. Bei Rauch-Inhalation über nicht rückatembare Maske 12 l/min. Sauerstoff verabreichen.
8) Transport und Monitoring und Rücksprache mit Arzt für zusätzliche Anweisungen

Quelle: ARNOLD, 1988 - Standing orders von Orange County, FL

Insgesamt legen die medizinischen Direktoren großen Wert auf sinnvoll eingesetzte Therapie. Ein Patient soll nicht unter- oder überversorgt werden, sondern bezogen auf die Situation des Patienten und die Umstände des Notfallortes die angemessene Therapie erhalten.

Nicht direkt medizinische Aspekte wie EMT-Patienteninteraktion, Fahrverhalten, Eigenschutzmaßnahmen, Hygiene, etc. werden ebenfalls durch die "Field Supervisors" überwacht. Jeder Rettungsdienst hat dazu eine Reihe von "policies", die genauere Regelungen für diese Bereich enthalten. Dabei gibt es ein Strafpunktesystem, teilweise mit Verjährung, das unter Umständen zur Abmahnung oder Kündigung eines Mitarbeiters führen kann. Beispiel: Einem EMT wird zweimal Patientenversorgung ohne Handschuhe und einmal das Überfahren einer roten Ampel mit Gefährdung anderer Verkehrsteilnehmer nachgewiesen.

3.4.5.8 LAIENAUSBILDUNG UND AUSBILDUNG DER FIRST RESPONDER

Die Breitenausbildung in den USA liegt hauptsächlich in den Händen des Amerikanischen Roten Kreuzes und der American Heart Association. Durchführende der Breitenausbildung sind einerseits die Rettungsdienste selbst, andererseits leisten sich viele Gemeinden eigenes Ausbildungspersonal für Erste Hilfe in Betrieben oder Schulen. Der Schwerpunkt der Breitenausbildung liegt sicherlich im Bereich der Herz-Lungen-Wiederbelebung.

Die Ausbildung der First Responder ist ebenfalls vom U.S. Department of Transportation (DOT) im Ausbildungskonzept "Emergency Medical Services: First Responder Training Course" alter Name: Crash Injury Management for Traffic Law Enforcement Officers) geregelt.

Der Kurs besteht aus 28 Unterrichtseinheiten in einer Dauer von mindestens 40 Stunden und beinhaltet Theorie und Praxis. Die Lehrinhalte und Ausbildungszeiten dieser 28 Unterrichtseinheiten sind im DOT Course Guide geregelt (U.S. DEPARTMENT OF TRANSPORTATION, 1979).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

4 STATUS QUO DES RETTUNGSWESENS IN ÖSTERREICH

4.1 LEGISTISCHE GRUNDLAGEN

4.1.1 BUNDESVERFASSUNG - KOMPETENZVERTEILUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Die Grundregeln für den Staatsverband, darunter auch die Kompetenzverteilung, sind im österreichischen Bundesverfassungsgesetz (B-VG) und anderen Verfassungsgesetzen geregelt. Die Baugesetze der österreichischen Bundesverfassung sind das demokratische - (Art. 1 B-VG), das republikanische - (ebenso Art. 1 B-VG), das bundesstaatliche - (Art. 2 Abs. 1 und 2 B-VG), das rechtsstaatliche (Art. 18 Abs. 1 und 2 B-VG/Legalitätsprinzip) und das gewaltentrennende (Art. 94 B-VG) Prinzip.

Dementsprechend ist Österreich ein Bundesstaat, bestehend aus dem Bund als Gesamtstaat und den neun Bundesländern als Teilstaaten. Somit gibt es Bundesverfassungsrecht und Landesverfassungsrecht.

Das Bundesverfassungsrecht ist mehrteilig: neben dem B-VG gibt es noch zahlreiche weitere Verfassungsgesetze oder auch in anderen Gesetzen enthaltene Verfassungsbestimmungen. Verfassungsrechtliche Regelungen sind als solche eindeutig zu bezeichnen ("Verfassungsgesetz", "Verfassungsbestimmung" - vgl. Art. 44 Abs. 1 B-VG, Art. 50 Abs. 3 B-VG) und können nur verfassungsrechtlich geändert werden. Zum Beschluß von Verfassungsrecht bedarf es der Anwesenheit von wenigstens der Hälfte der Mitglieder des Nationalrates ("Anwesenheits- oder Präsenzquorum") und der Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen ("Zustimmungs- oder Konsensquorum"). Als weitere Bestandsgarantie für das Verfassungsrecht sind die Volksabstimmungen des Bundesvolkes bei Gesamtänderung der Bundesverfassung (Art. 44 Abs. 2 B-VG) anzusehen, wobei jede Änderung der "Baugesetze" ebenfalls als eine derartige Gesamtänderung zu behandeln ist. Weiters darf Landesverfassungsrecht nicht gegen Verfassungsrecht des Bundes verstoßen (vgl. Art. 99 Abs. 1 B-VG); das bedeutet grundsätzliche Unterordnung des Landesverfassungsrechtes unter das Bundesverfassungsrecht.

Grundsätzlich sind alle an Art. 18 Abs. 1 und 2 B-VG, das Legalitätsprinzip, gebunden: Dieses Prinzip besagt, daß jedes staatliche Handeln nur entsprechend den Gesetzen und der Verfassung ausgeübt werden darf, und daß jede Verwaltungsbehörde aufgrund von Gesetzen innerhalb ihres Wirkungsbereiches Verordnungen erlassen darf. Die Normenkontrolle unterliegt dem Verfassungsgerichtshof.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Das Prinzip der Gewaltentrennung im österreichischen B-VG betrifft das Verhältnis Gesetzgebung-Vollziehung, wobei die Vollziehung noch in Verwaltung und Gerichtsbarkeit unterteilt wird.

Die Staatsfunktionen "Gesetzgebung - Gerichtsbarkeit - Verwaltung" werden durch verschiedene Organe ausgeübt. Das Verhältnis Bund - Länder ist durch die Kompetenzverteilung geregelt. Der Grundsatz der Kompetenztrennung soll Zuständigkeitskonkurrenzen zwischen Bund und Ländern vermeiden. Falls ein Sachverhalt mehrere kompetenzrechtliche Tatbestände erfüllt, spricht man vom Kumulationsprinzip. Lassen sich Aufgaben nicht eindeutig bestimmten Kompetenzbereichen zuordnen, da sie sowohl Kompetenztatbestände des Bundes und der Länder berühren, spricht man von Querschnittsmaterie. Die Lösung derartiger Aufgaben erfolgt im föderalistischen Sinn durch Bund und Länder gemeinsam durch Gliedstaatsverträge gemäß Art. 15a B-VG. Die Kompetenz-Kompetenz, also die Kompetenz zur Erlangung von Kompetenzvorschriften, liegt in Österreich beim Bund.

Die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern ist im wesentlichen in den Art. 10 bis 15 B-VG enthalten. In diesen Artikeln erfolgt eine Aufzählung der Bundeskompetenzen. Die dabei nicht ausdrücklich dem Bund zugeordneten Aufgaben fallen in die Kompetenz der Länder gemäß Art. 15 Abs. 1 B-VG, man spricht von der "Generalklausel" zugunsten der Länder. Da dem Bund jedoch die wichtigen Aufgaben zugewiesen sind, besteht auch in diesem Bereich ein Übergewicht des Bundes. Die Kompetenzverteilung im Bereich des Gesundheitswesens ist hauptsächlich durch die Art. 10, 12 und 15 des B-VG geregelt.

1) Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG:
   Das Gesundheitswesen ist in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache, mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und Rettungswesens. Weiters obliegt dem Bund die sanitäre Aufsicht hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortewesens und der natürlichen Heilvorkommen sowie das Ernährungswesen einschließlich der Nahrungsmittelkontrolle.

   Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung sind somit Bundessache in Gesetzgebung und Vollziehung; dazu zählen insbesondere Vorschriften über die Ausbildung und Ausübung der Sanitätsberufe, Bekämpfung von Krankheiten, Apothekenwesen, Schutz gegen Schäden von ionisierenden Strahlen, etc.

2) Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG:
   Bundessache ist die Gesetzgebung über die Grundsätze; Landessache ist die Erlassung von Ausführungsgesetzen sowie die Vollziehung in den Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten, die vom gesundheitlichen Standpunkt zu er-

stellenden Anforderungen an Kurorte sowie Kuranstalten und Kureinrichtungen; betreffend natürliche Heilvorkommen.

3) Art. 15 Abs. 1 B-VG - die "Generalklausel":
Soweit eine Angelegenheit nicht ausdrücklich durch die Bundesverfassung der Gesetzgebung oder auch der Vollziehung des Bundes übertragen ist, verbleibt sie im selbständigen Wirkungsbereich der Länder.

Gemäß "Generalklausel" fallen folgende Aufgaben in den selbständigen Wirkungsbereich der Länder: das Leichen- und Bestattungswesen; der Gemeindesanitätsdienst, das Rettungswesen; ferner Angelegenheiten der Kurorte, Kuranstalten und Kureinrichtungen, etc., soweit sie nicht die "sanitäre Aufsicht" gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG betreffen.

Für den Bereich Qualitätssicherung gilt folgender Kompetenztatbestand:

Der Kompetenztatbestand "Gesundheitswesen" umfaßt alle Angelegenheiten der Volksgesundheit, insbesondere die Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung. Dazu zählen alle Maßnahmen der Staatsgewalt, die der Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (= für die Volksgesundheit) dienen (gem. E d. VfGH VfSlg. 3650 und 4609).

Dementsprechend ist die Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle - als das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen - als Maßnahme zur Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand dem Kompetenztatbestand "Gesundheitswesen" zuzuordnen (gemäß Art. 10 B-VG). Weiters könnte die Qualitätssicherung im Aufgabengebiet "sanitäre Aufsicht" subsumiert werden, wodurch auch eine sanitäre Aufsicht des Bundes betreffend Heil- und Pflegeanstalten, sowie des Kurortewesens, etc. im Sinne einer umfassenden Qualitätskontrolle ermöglicht würde.

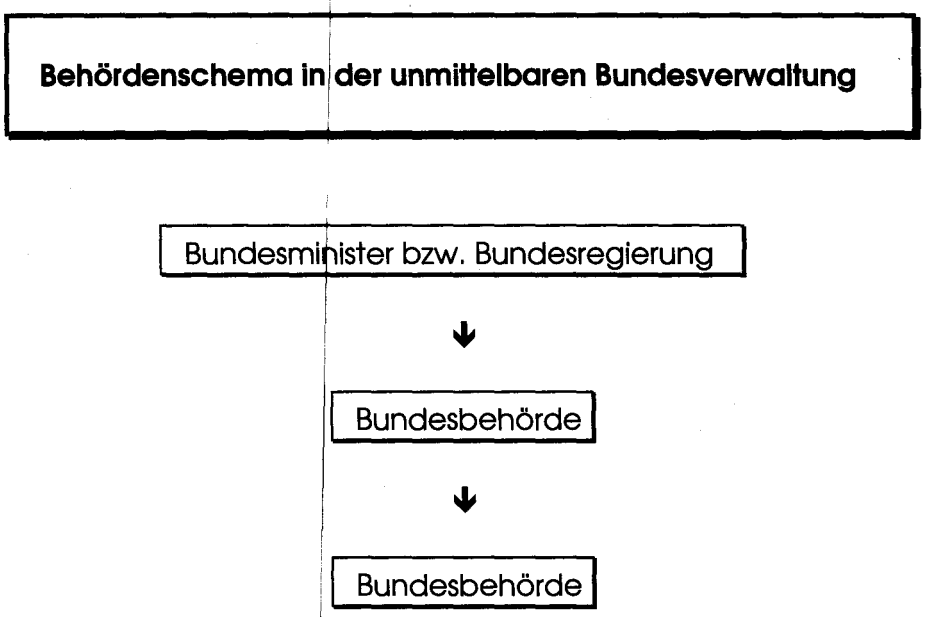
Verteilung und Wahrnehmung der Kompetenzen durch die staatlichen Organe gemäß B-VG:

A. Der Bund

Die Bundeskompetenzen werden gem. Art. 10, 11 und 12 B-VG vom Bund, also somit von der Bundesregierung als Kollegialorgan, wahrgenommen, wobei die Besorgung der einzelnen Aufgaben meistens von den einzelnen Ressortministern mit Unterstützung der administrativen Hilfsapparate, den Bundesministerien, erfolgt. Anzahl, Wirkungsbereich und innere Organisation der Bundesministerien werden durch einfaches Bundesgesetz, dem Bundesministeriengesetz, festgelegt.

Angelegenheiten der hoheitlichen Bundesverwaltung können unterhalb der Ministerialebene in unmittelbarer und mittelbarer Bundesverwaltung erledigt werden:

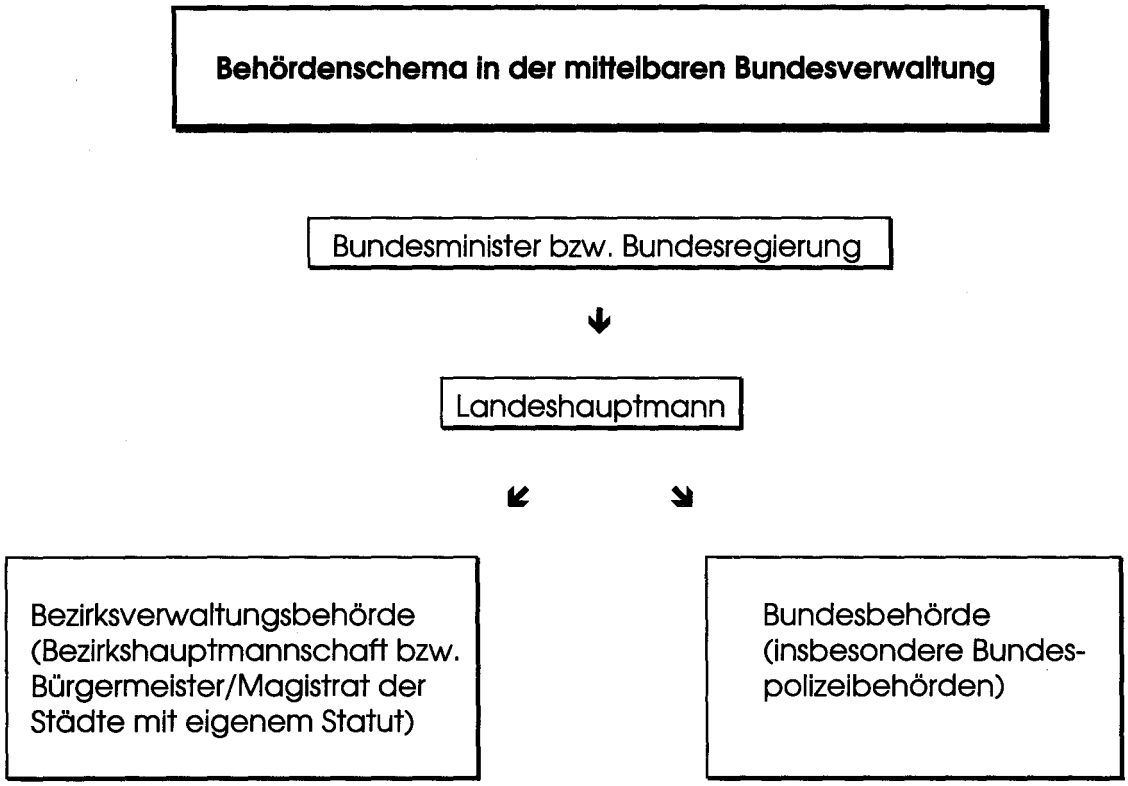
a) entweder Kompetenzen des Art. 10 B-VG durch eigene Bundesbehörden, dann spricht man von unmittelbarer Bundesverwaltung. Jene Angelegenheiten, die vom Bund durch eigene Bundesbehörden wahrgenommen werden können, sind in Art. 102 Abs. 2 B-VG genannt. Der Bund hat diese Möglichkeit zur Errichtung und Vollziehung durch eigene Bundesbehörden nur teilweise genützt. Daher werden teilweise auch Angelegenheiten in der mittelbaren Bundesverwaltung vollzogen, die durch eigene Bundesbehörden besorgt werden könnten.



b) oder durch die Landeshauptmänner und die ihnen unterstellten Behörden und Organe, dann handelt es sich um unmittelbare Bundesverwaltung. Landeshauptmänner sind zwar Organe der Länder, in den Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung sind sie aber an die Weisungen des zuständigen Bundesministers gebunden.

Die Verwaltungsführung unterhalb des Landeshauptmannes erfolgt in erster Instanz durch die Bezirksverwaltungsbehörden, das sind die Bezirkshauptmannschaften (BH) bzw. Bürgermeister der Städte mit eigenem Statut. Daneben können auch auf dieser untersten Ebene Bundesbehörden in Unterstellung unter den Landeshauptmann herangezogen werden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

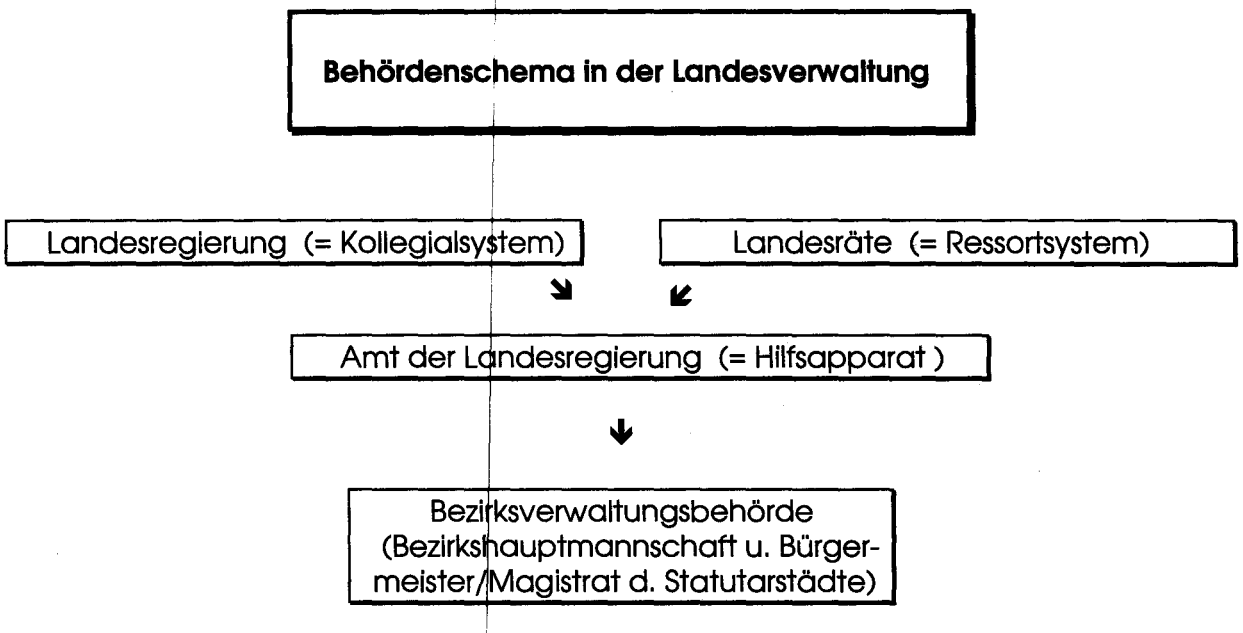


c) Grundsätzlich sind die Aufgaben des Bundes gemäß Art. 102 Abs. 1 B-VG in mittelbarer Bundesverwaltung zu führen. Durch eigene Bundesbehörden können nur die im Art. 102 Abs. 2 B-VG genannten Aufgaben wahrgenommen werden. Durch die mittelbare Bundesverwaltung besteht Einfluß der Länder auf die Führung der Bundesverwaltung, man spricht von einer föderalistischen Lösung. Aus den oben beschriebenen Rahmenbedingungen ergeben sich daher für den Bereich des Gesundheitswesens folgende Behördenschemata:
- Aufbau der obersten Sanitätsbehörde
- die Vollziehung in den Angelegenheiten des Gesundheitswesens

B. Das Land

Behörden und Organe der Länder besorgen hier die Aufgaben entsprechend den Kompetenzen der Art. 11, 12 und 15 B-VG. Oberste Verwaltungsorgane sind nach Art. 101 Abs. 1 B-VG die Landesregierung, bestehend aus dem Landeshauptmann, seinem Vertreter und den Landesräten. Die Landesregierung wird vom Landtag gewählt.

Der Landeshauptmann ist Mitglied der Landesregierung und kann auch mit der Leitung eines Landesressorts betreut werden. Er ist aber darüber hinaus auch Träger der Bundesverwaltung in Verantwortung und Weisungsgebundenheit gegenüber dem Bund. Bei Wahrnehmung der mittelbaren Bundesverwaltung sind alle anderen Landesorgane, und allenfalls auch Bundesorgane, soferne solche unter dem Landeshauptmann bestehen, an die Weisungen des Landeshauptmannes gebunden. Das Amt der Landesregierung ist entscheidungsvorbereitendes und ausführendes Hilfsorgan der Landesregierung und ihrer Mitglieder, vergleichbar einem Bundesministerium. Den Bezirkshauptmannschaften fällt als Landesbehörden mit monokratischer Organisationsform ein großer Zuständigkeitsbereich zu: Aufgaben der Landesvollziehung, Aufgaben der mittelbaren Bundesverwaltung und Aufgaben der Sicherheitsverwaltung des Bundes in Unterordnung unter die Sicherheitsdirektion. An der Spitze steht der Bezirkshauptmann, ein Landesbeamter, der durch die Landesregierung ernannt wird.



C). Die Gemeinde

Die Gemeinden haben ausführliche verfassungsrechtliche Regelungen hinsichtlich ihrer Selbstverwaltung. Darüber hinaus gibt es auch noch Selbstverwaltung bei den gesetzlichen beruflichen Interessensvertretungen, den Universitäten und den Trägern der Sozialversicherung. Die entsprechende Regelung der Gemeindeselbstverwaltung findet sich in der Art. 115 - 120 B-VG in der Fassung der Gemeindeverfassungsnovelle 1962 wieder.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Folgende Organe sind im Gemeindebereich tätig:

- der Gemeinderat als kontrollierendes und beschlußfassendes Gemeindeorgan. Er ist kein Gesetzgebungsorgan, da Gemeinden nur Verwaltungsträger sind. Der Gemeinderat wird von den Wahlberechtigten der Gemeinde gewählt;
- der Gemeindevorstand (bzw. "Stadtrat" / "Stadtsenat");
- der Bürgermeister als leitendes Exekutivorgan der Gemeinde; er wird vom Gemeinderat gewählt, und
- das Gemeindeamt als unterstützender Geschäftsapparat der Gemeinde (auch Stadtamt bzw. Magistrat je nach Status).

Die Aufgabenverteilung zwischen dem Gemeinderat, dem Gemeindevorstand und dem Bürgermeister erfolgt durch Landesgesetze. Alle Organe der Gemeinde sind dem Gemeinderat verantwortlich. Die Aufgaben der Gemeinden sind solche des eigenen oder des übertragenen Wirkungsbereiches. In den eigenen Wirkungsbereich der Gemeinde fallen auch alle Angelegenheiten, die nach der verfassungsrechtlich garantierten Gemeindeautonomie den Gemeinden zuzuordnen sind, gemäß Generalklausel des Art. 118 Abs. 2 B-VG: Alle Angelegenheiten, die im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse der Gemeinde liegen und durch die Gemeinschaft innerhalb der örtlichen Grenzen besorgt werden können. Als Maßstab gilt der "Grundsatz der abstrakten Einheitsgemeinde".

Im *Art. 118 Abs. 3 B-VG* werden eine Reihe von Aufgaben genannt, die jedenfalls von den Gemeinden im eigenen Wirkungsbereich zu besorgen sind. Aus dem Bereich des Gesundheitswesens ist die örtliche Gesundheitspolizei, insbesondere auf dem Gebiet des *Hilfs- und Rettungswesens* sowie des Leichen- und Bestattungswesens, genannt.

Auch auf Gemeindeebene gibt es Möglichkeiten des übertragenen Wirkungsbereiches. Darunter versteht man Angelegenheiten, die die Gemeinde nach Maßgabe von Bundes- und Landesgesetzen im Auftrag und nach den Weisungen der Organe des Bundes bzw. des Landes zu besorgen hat. In dieser Form der mittelbaren Verwaltung hat der Bürgermeister die Aufgaben gemäß Art. 119 Abs. 2 B-VG zu besorgen, wobei er funktionell als Bundes- bzw. Landesorgan tätig wird.

4.1.2 BUNDESGESETZGEBUNG IM BEREICH DES RETTUNGSWESENS

4.1.2.1 DAS REICHSSANITÄTSGESETZ - RSG

Das Gesetz betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes (Reichssanitätsgesetz) vom 30. 4. 1870, RGBl.Nr. 68/1870, regelt in § 13 lit. b den

selbständigen Wirkungskreis der Gemeinden. Demzufolge umfaßt die dem selbständigen Wirkungskreis der Gemeinden durch die Gemeindegesetze zugewiesene Gesundheitspolizei (über einen selbständigen, eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden siehe Art. 118 B-VG; zum übertragenen Wirkungsbereich der Gemeinden siehe Art. 119 B-VG; zum Aufsichtsrecht über die Gemeinden siehe Art. 119 a B-VG) in bezug auf das Rettungswesen folgendes: "Die Fürsorge für die Erreichbarkeit der nötigen Hilfe bei Erkrankungen und Entbindungen, sowie für Rettungsmittel bei plötzlichen Lebensgefahren" (vgl. hierzu Art. 118 Abs. 3 Z. 4, 6 und 7 B-VG). Das RSG ist stark überaltert und seine praktische Bedeutung ist derzeit gering, da die Bestimmungen über die Verteilung der Zuständigkeit zu den gesundheitspolizeilichen Aufgaben in den §§ 1 bis 4 durch die Kompetenzregelungen des B-VG (vgl. Kapitel 4.1.1.1) ersetzt wurden. Die in den §§ 1 bis 4 RSG aufgezählten Zweige des Sanitätsdienstes sind mittlerweile durch eine Reihe von besonderen Gesetzen (z.B. das Ärztegesetz, das Hebammengesetz, das Krankenpflegegesetz, das Krankenanstaltengesetz usw.) geregelt worden, sodaß auf den meisten Gebieten des Gesundheitswesen auf die Bestimmungen des RSG nicht mehr zurückgegriffen werden braucht (HEINL, LOEBENSTEIN und VEROSTA, 1948).

Einer Interpretation von E. CHLAN, Kammeramtsdirektor der Wiener Ärztekammer, folgend stehen wir vor folgender Rechtssituation: "Da das Reichssanitätsgesetz aus dem vorigen Jahrhundert stammt und in der Zwischenzeit die sich auf das Verfassungsrecht gründende Kompetenzlage einer tiefgreifenden Änderung unterzogen wurde, ist das genannte Gesetz im Licht der jetzigen Verfassungslage und der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes zu betrachten. Dies stellt sich folgendermaßen dar: Nur der Gemeindesanitätsdienst und das Rettungswesen kommen den Gemeinden im selbständigen Wirkungsbereich zu. Diese beiden Angelegenheiten können von der Gemeinde nur im Hinblick auf die organisatorischen Einrichtungen der betreffenden Verwaltungszweige durchgeführt werden (vgl. dazu: VfSlg. Nr. 2784/1955)."

4.1.2.2 KRANKENPFLEGEGESETZ

4.1.2.2.1 Krankenpflegefachdienst

Die gesetzliche Regelung der Krankenpflege, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste erfolgt im Bundesgesetz vom 22. März 1961, BGBl.Nr. 102/1961 i.d.F. von BGBl.Nr. 257/1967, BGBl.Nr. 95/1969, BGBl.Nr. 349/1970, BGBl.Nr. 197/1973, BGBl.Nr. 426/1975, BGBl.Nr. 78/1987, BGBl.Nr. 314/1987, BGBl.Nr. 747/1988, BGBl.Nr. 449/1990, BGBl.Nr. 45/1991 und BGBl.Nr. 872/1992.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Der Krankenpflegefachdienst umfaßt die Allgemeine Krankenpflege, die Kinderkranken- und Säuglingspflege und die Psychiatrische Krankenpflege. Gemäß § 5 KrpflG umfaßt :

- die Allgemeine Krankenpflege die Pflege bei Erkrankungen aller Art, die Wochenbettpflege sowie die Pflege und Ernährung von Neugeborenen;
- die Kinderkranken- und Säuglingspflege die Pflege bei Erkrankungen im Säuglingsalter sowie im Kindesalter bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, die Pflege und Ernährung von gesunden Neugeborenen und Säuglingen und die Wochenbettpflege;
- die Psychiatrische Krankenpflege die Betreuung, Beobachtung und Beschäftigung Nervenkranker und Geisteskranker sowie Rauschgiftsüchtiger und Drogensüchtiger.

Die oben angeführten Tätigkeiten schließen auch die Hilfeleistung bei ärztlichen Verrichtungen sowie die Ausführung ärztlicher Anordnungen bei der Heilbhandlung in den betreffenden Fachgebieten ein.

Gemäß § 6 KrpflG dauert die Ausbildung in der Allgemeinen Krankenpflege sowie in der Kinderkranken- und Säuglingspflege vier Jahre. Das erste Ausbildungsjahr dient der Vertiefung der Allgemeinbildung und der Vorbereitung auf die Ausbildung im Krankenpflegefachdienst und ist gemäß den einschlägigen schulrechtlichen Vorschriften am Sitz einer Krankenanstalt zu führen. Das zweite bis vierte Ausbildungsjahr dient der theoretischen und praktischen Ausbildung in der Allgemeinen Krankenpflege und in der Kinderkranken- und Säuglingspflege.

Gemäß § 7 KrpflG darf die Ausbildung im zweiten bis vierten Ausbildungsjahr in der Allgemeinen Krankenpflege nur an Allgemeinen Krankenpflegeschulen, die Ausbildung in der Kinderkranken- und Säuglingspflege nur an Kinderkrankenpflegeschulen erfolgen. Weiters sind die Krankenpflegeschulen, die Zulassungsvoraussetzungen, Dauer und Art der Ausbildung, Prüfungen, Zeugnisse und Diplom im KrpflG geregelt.

Die Ausbildung in der Psychiatrischen Krankenpflege dauert drei Jahre.

Im 4. Hauptstück § 23 KrpflG sind die Berufsbezeichnungen geregelt:

- diplomierte Krankenschwester/diplomierter Krankenpfleger (§ 5 Abs. 1)
- diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester und diplomierter Kinderkranken- und Säuglingspfleger (§ 5 Abs. 2)
- diplomierte psychiatrische Krankenschwester und diplomierter psychiatrischer Krankenpfleger (§ 5 Abs. 3).

Folgende Verordnungen regeln Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen im Sinne des Krankenpflegegesetzes:

- Erste Krankenpflegeverordnung
- Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 26. Oktober 1973, BGBl.Nr. 634/1973, i.d.g.F. betreffend die Ausbildung und Prüfung in der allgemeinen Krankenpflege und in der Kinderkranken- und Säuglingspflege im zweiten, dritten und vierten Ausbildungsjahr
- Zweite Krankenpflegeverordnung
- Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 29. November 1974, BGBl.Nr. 73/1975, i.d.g.F. betreffend die Ausbildung und Prüfung in der psychiatrischen Krankenpflege
- Verordnung betreffend die Ausbildung und Prüfung in den Sanitätshilfsdiensten (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Sanitätshilfsdienste), BGBl.Nr. 216/1961, i.d.g.F.
- Verordnung über Fort- und Sonderausbildung im Krankenpflegefachdienst und in den medizinisch-technischen Diensten, BGBl.Nr. 376/1969, i.d.g.F.
- Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von diplomierten Krankenpflegepersonen, BGBl.Nr. 53/1973, i.d.g.F.

KOMPETENZERWEITERUNG HINSICHTLICH MEDIZINISCHER TÄTIGKEITEN

Mit Bundesgesetzblatt BGBl.Nr. 426/1975 wurden die Angehörigen des Krankenpflegefachdienstes und einiger medizinisch-technischer Dienste zur Verabreichung von Injektionen und zur Blutabnahme ermächtigt. BGBl.Nr. 314/1987 regelt, daß über die Vornahme subcutaner und intramuskulärer Injektionen hinaus vom Arzt an besonders qualifiziertes Fachpersonal auch die Befugnis zur Vornahme intravenöser Injektionen und Infusionen delegiert werden kann, wobei jedoch ein zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigter Arzt ständig anwesend sein muß.

EG-PERSPEKTIVEN

Die das Krankenpflegepersonal betreffenden Richtlinien 77/452, 453/EWG sehen nach mindestens zehnjähriger allgemeiner Schulausbildung eine spezielle Vollzeitberufsausbildung von drei Jahren oder 4.600 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung vor. In qualitativer Hinsicht enthalten die Richtlinien detaillierte Bestimmungen über die einzelnen Pflichtfächer und das Niveau der Ausbildung. Zwischen einzelnen Sparten des Krankenpflegepersonals (allgemeine Krankenpflege und Sonderkrankenpflege) unterscheiden die Richtlinien nicht. Für Kinderkranken- und Säuglingspflege sowie für die Psychiatrische Krankenpflege gibt es in der EG

© copyright by ÖAGW, 1993.

keine eigenen Richtlinien, daher müssen solche Diplome im Aufnahmestaat einem Nostrifizierungsverfahren unterzogen werden (BUNDESKANZLERAMT, 1992)

4.1.2.2.2 Sanitätshilfsdienst

Das Bundesgesetz vom 22. März 1961, BGBl.Nr. 102/1962, betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste in der Fassung der Bundesgesetze BGBl.Nr. 257/1967, BGBl.Nr. 95/1969, BGBl.Nr. 349/1970, BGBl.Nr. 197/1973, BGBl.Nr. 426/1975, BGBl.Nr. 78/1987, BGBl.Nr. 314/1987, BGBl.Nr. 747/1988, BGBl.Nr. 449/1990 und BGBl.Nr. 872/1992, regelt im 2. Hauptstück - Sonstige Sanitätshilfsdienste § 44 lit. a die "Tätigkeiten, die der Leistung Erster Hilfe dienen" als Leistungen, die in das Gebiet der Sanitätshilfsdienste fallen.

§ 45 regelt die Ausbildungsmodalitäten, § 46 die Kurskosten, § 47 den Stundenumfang, §§ 48 bis 50 die Kursabschluß- und Prüfungsmodalitäten und § 51 die Berufsbezeichnungen (Sanitätsgehilfe/Sanitätsgehilfin). Zum Sanitätshilfsdienst zählen außer dem Sanitätsgehilfen noch der Stationsgehilfe, der Operationsgehilfe, der Laborgehilfe, der Prosekturgehilfe, der Ordinationsgehilfe, der Heilbadegehilfe, der Heilbademeister, der Beschäftigungs- und Arbeitstherapiegehilfe und der Desinfektionsgehilfe.

4.1.2.2.3 Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Sanitätshilfsdienste

Die Verordnung des Bundesministerium für Soziales vom 16. August 1961, BGBl.Nr. 216/61, betreffend die Ausbildung und Prüfung in den Sanitätshilfsdiensten (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Sanitätshilfsdienste), i.d.F. der Verordnung des Bundesministeriums für Soziales vom 24. Juli 1969, BGBl.Nr. 309/1969, und der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13. Juni 1975, BGBl.Nr. 407/1975, wurden aufgrund des Bundesgesetzes vom 22. März 1961, BGBl.Nr. 102/1961, betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Unterricht verordnet. Die Ausbildung in den Sanitätshilfsdiensten hat gemäß § 4 Abs. 1 der oben stehenden Verordnung darauf abzuzielen, die Kursteilnehmer(innen) durch theoretischen und praktischen Unterricht soweit in den im § 44 lit. a bis k des Bundesgesetzes vom 22. März 1961, BGBl.Nr. 102/1961, i.d.F. der Bundesgesetze BGBl.Nr. 257/1967, BGBl.Nr. 95/1969, BGBl.Nr. 349/1970, BGBl.Nr. 197/1973, BGBl.Nr. 426/1975, BGBl.Nr. 78/1987, BGBl.Nr. 314/1987, BGBl.Nr. 747/1988, BGBl.Nr. 449/1990 und 872/1992, umschriebenen Tätigkeiten und Hilfsdiensten zu unterweisen, daß

sie diese ordnungsgemäß verrichten können. Das Lehrziel in den einzelnen Unterrichtsfächern ist auf dieses Ausbildungsziel auszurichten.

Gemäß § 4 Abs. 2 ist der theoretischen und praktischen Ausbildung der Kursteilnehmer(innen) ein Lehrplan zugrunde zu legen. Die Ausbildung ist ohne Unterbrechung durchzuführen.

Gemäß § 4 Abs. 3 hat die Ausbildung die in den Anlagen 1 bis 10 angeführten Unterrichtsfächer zu enthalten. Die Zahl der Unterrichtsstunden darf die Stundenzahl nicht unterschreiten, die in den Anlagen 1 bis 10 bei den einzelnen Unterrichtsfächern angegeben ist. Die Ausbildung zum/zur Sanitätsgehilfen/Sanitätsgehilfin ist in Anlagen 1 zu § 4 Abs. 3 geregelt (siehe Kapitel 4.1.4.1.1).

In dieser Verordnung sind darüber hinaus noch folgende Bereiche geregelt:

- Kursleitung,
- Vortragende,
- Dauer und Inhalt des theoretischen und praktischen Unterrichts,
- Prüfungsmodalitäten (Teilprüfungen, Kursabschlußprüfung, Prüfungskommission, Prüfer, Prüfungsleitung, Protokoll. Wertung der Prüfungsergebnisse, Verhinderung des Prüflings, Wiederholungsmodalitäten) sowie
- Zeugnis und Benotung

Zur Erlangung der Berufsberechtigung gemäß § 6 Abs. 1 in den Sanitätshilfsdiensten sind Prüfungen durchzuführen.

Hinweis:

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Sanitätshilfsdienst enthält jedoch keinerlei Hinweise auf Art, Form und Umfang des in den §§ 4, 5 und 8 angeführten praktischen Unterrichts, weder hinsichtlich der praktischen Ausbildung oder der Vortragenden noch im Bereich der Prüfung.

4.1.2.3 LANDESGESETZGEBUNG - RETTUNGSGESETZE DER LÄNDER

Die Notfallversorgung durch Rettungsdienste basiert rechtlich auf § 3 lit. b des Reichssanitätsgesetzes, RGBl.Nr. 68/1870, wonach der Gemeindesanitätsdienst und das Rettungswesen den Gemeinden im selbständigen Wirkungsbereich zukommen. In fast allen Bundesländern wurden darauf aufbauend Rettungsgesetze verabschiedet. Danach hat die Gemeinde die Leistungen des allgemeinen Hilfs- und Rettungsdienstes gemäß § 2 Abs. 1 des oben erwähnten Gesetzes sicherzustellen. Die der Gemeinde zukommende Verpflichtung zur Sicherstellung des allgemeinen

Hilfs- und Rettungsdienstes wird durch vertragliche Vereinbarung mit einer anerkannten Rettungsorganisation gewährleistet.

Rettungsgesetze und Verordnungen der Länder:

Burgenland

- Gesetz, betreffend die Feuerpolizei und das Rettungswesen im Burgenland vom 3. Juli 1935, LGBl.Nr. 46/1935

Weiters befindet sich derzeit ein Entwurf zu einem neuen Rettungsdienstgesetz bei den zuständigen Behörden in Begutachtung.

Kärnten

- Gesetz vom 9. Juli 1992 über die Förderung anerkannter Rettungsorganisationen (Kärntner Rettungsdienst-Förderungsgesetz, LGBl.Nr. 96/1992

Niederösterreich

- Niederösterreichisches Gemeinde-Rettungsdienstgesetz 147/1974, Stammgesetz, Blatt 1 und 2, LGBl.Nr. 9430-0 vom 22. Juli 1974
- Niederösterreichisches Gemeinde-Rettungsdienstgesetz 156/1991, 1. Novelle, Blatt 1 und 2, LGBl.Nr. 9430-1 vom 30. Dezember 1991
- Niederösterreichische Rettungsdienstbeitragsverordnung 148/1992, Stammverordnung, Blatt 1, LGBL.Nr. 9430/1-0

Oberösterreich

- Gesetz vom 4. März 1988 über das Hilfs- und Rettungswesen im Land Oberösterreich (Oberösterreichisches Rettungsgesetz 1988), LGBl.Nr. 27/1988

Salzburg

- Gesetz vom 8. Juli 1981 über das örtliche Hilfs- und Rettungswesen im Lande Salzburg (Salzburger Rettungsgesetz), LGBl.Nr. 78/1981, i.d.F. LGBl.Nr. 26/1986, LGBl.Nr. 68/1988 und LGBl.Nr. 39/1991

Steiermark

- Gesetz vom 7. Dezember 1989 über die Rettungsdienste (Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz) LGBl.Nr. 20/1989

© copyright by ÖAGW, 1993.

Tirol

- Gesetz vom 25. Mai 1987 über das Rettungswesen (Tiroler Rettungsgesetz), LGBl.Nr. 40/1987
- 3. Verordnung der Landesregierung vom 12. Jänner 1988 über die Mindesterfordernisse für Rettungsmittel und Rettungspersonal (Tiroler Rettungsverordnung), LGBl.Nr. 3/1988
- 62. Verordnung der Landesregierung vom 1. Dezember 1992, mit der die Tiroler Rettungsverordnung geändert wird, LGBl.Nr. 62/1992

Vorarlberg

- Gesetz über das Rettungswesen (Vorarlberger Rettungsgesetz), LGBl.Nr. 46/1979, i.d.F. LGBl.Nr. 56/1990

Wien

- Gesetz betreffend das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen in Wien (Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz), LGBl.Nr. 22/1965, i.d.F. LGBl.Nr. 24/67, LGBl.Nr. 3/1971, LGBl.Nr. 36/1975 und LGBl.Nr. 47/1983
- Verordnung des Gemeinderates, mit dem eine Gebührenordnung für den Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien erlassen wird (Transportgebührenordnung 1985), Publikationsblätter: ABl.Nr. 17/1985, ABl.Nr. 49/1989, ABl.Nr. 52/1991
- Verordnung des Wiener Gemeinderates, betreffend die Festsetzung der Gebühren gemäß § 6 Abs. 4 Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz, Publikationsblatt ABl.Nr. 52/1991
- Beschluß des Gemeinderates, mit dem niedrigere Gebühren gemäß § 7 Abs. 3 des Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetzes festgesetzt wurden, Publikationsblatt ABl.Nr. 25/1976

4.1.2.4 WEITERE DAS RETTUNGSWESEN TANGIERENDE BERUFSGESETZE IM BEREICH DES GESUNDHEITSWESENS

4.1.2.4.1 Ärztegesetz

Das Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1984 - ÄrzteG), wiederverlautbart im BGBl.Nr. 373/1984 i.d.F. BGBl.Nr. 314/1987, BGBl.Nr. 138/1989, BGBl.Nr. 45/1991, BGBl.Nr. 461/1992 und BGBl.Nr. 851/1992 regelt die Voraussetzungen für die

ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines organisierten Notarztdienstes. Im Detail enthält der § 15a des ÄrzteG folgende Richtlinien:

Abs. 1: Praktische Ärzte und Fachärzte eines klinischen Sonderfaches, die beabsichtigen, eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Notarztdienste (Notarztwagen bzw. Notarzthubschrauber) auszuüben, haben einen Lehrgang gemäß Abs. 2 im Gesamtausmaß von 60 Stunden zu besuchen.

Abs. 2: Der Lehrgang hat in Ergänzung zur jeweiligen fachlichen Ausbildung eine theoretische und praktische Fortbildung auf folgenden Gebieten zu vermitteln:

1) Reanimation, Intubation und Schocktherapie sowie Therapie von Störungen des Säuren-, Basen-, Elektrolyt- und Wasserhaushaltes;
2) Intensivbehandlung;
3) Infusionstherapie;
4) Kenntnisse auf dem Gebiet der Chirurgie, der Unfallchirurgie einschließlich Hirn- und Rückenmarksverletzungen sowie Verletzungen der großen Körperhöhlen, der abdominellen Chirurgie, Thoraxchirurgie und Gefäßchirurgie;
5) Diagnose und Therapie von Frakturen und Verrenkungen und
6) Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin, insbesondere Kardiologie einschließlich EKG-Diagnostik.

Abs. 3: Zusätzlich ist mindestens alle zwei Jahre eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung zu besuchen.

Abs. 4: Für die Durchführung von Fortbildungslehrgängen gemäß Abs. 2 und Fortbildungsveranstaltungen gemäß Abs. 3 haben die Ärztekammern zu sorgen. Über den erfolgreichen Abschluß sind Bestätigungen auszustellen.

Abs. 5: Praktische Ärzte und Fachärzte eines klinischen Sonderfaches, die die Voraussetzungen der Abs. 2 und 3 erfüllen und eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Notarztdienste ausüben, dürfen zusätzlich die Bezeichnung "Notarzt" führen.

Für die Ausbildung der "Notärzte" wurden von der Ärztekammer (Univ. Prof. Dr. Heinz Weber et al) ein Ausbildungskatalog erstellt.

Zur Integration der erforderlichen Lehrinhalte in das Medizinstudium wurden, z.B. an der Universität Innsbruck, von Univ. Prof. Dr. Gunar Krösen (KRÖSEN, 1990) die entsprechenden Lehrinhalte erarbeitet.

© copyright by ÖAGW, 1993.

4.1.2.4.2 MTD-Gesetz

Das Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl.Nr. 460/1992, regelt die Ausbildung der ehemals im Krankenpflegegesetz verankerten medizinisch-technischen Dienste. Darunter fallen nunmehr der physiotherapeutische Dienst, der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst, der radiologisch-technische Dienst, der Diätdienst und der ernährungsmedizinische Beratungsdienst, der ergotherapeutische Dienst, der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst und der orthoptische Dienst.

Die Veränderungen im Gesundheitswesen und die neuen Anforderungen an die Gesundheitsberufe, hier im speziellen an die gehobenen medizinisch-technischen Dienste, haben den Gesetzgeber veranlaßt, ein eigenständiges Berufsgesetz zu erlassen. Das im Jahre 1992 verlautbarte Gesetz regelt unter anderem auch die Lehr- und Ausbildungsinhalte dieser Berufsgruppen. Jedoch kann erst mittelfristig mit einheitlichen Ausbildungscurricula für diese sieben Gesundheitsberufe gerechnet werden, die an den EG-Standard angepaßt werden sollen.

Die Ausbildungsdauer für die MTD-Berufe beträgt gemäß MTD-Gesetz drei Jahre und wird an medizinisch-technischen Akademien, den vormaligen Schulen für den jeweiligen Dienst, vermittelt. Neben den Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen regelt das MTD-Gesetz auch das Berufsbild, die Berufsberechtigung, die Nostrifikation ausländischer Urkunden, die Berufsausübung, den Berufssitz, die Fortbildung, die Berufsbezeichnung, die Berufspflichten sowie die Zurücknahme der Berufsberechtigung. Die dreijährige Ausbildung soll die Anerkennung dieser Berufsgruppen in den EG-Ländern gewährleisten.

Aufgrund des Stundenumfanges vergleichbarer Gesundheitsberufe der EG ist bei der Zieldefinition hinsichtlich Europastandard bei einem jährlichen Stundenumfang von 1600 Stunden in der EG mit einem Gesamtstundenvolumen hinsichtlich Theorie und Praxis von 4500 bis 4800 Stunden zu rechnen.

Gemäß § 5 des MTD-Gesetzes sind Personen, die zur Ausübung des medizinisch-technischen Laboratoriumsdienstes oder des radiologisch-technischen Dienstes berechtigt sind, befugt, nach ärztlicher Anordnung Blut aus der Vene abzunehmen, wenn sie der verantwortliche Arzt hiezu ermächtigt hat.

4.1.2.4.3 Pflegehelferverordnung - PflHV

Die Ausbildung zum/zur Pflegehelfer/in ist in der Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betreffend die Ausbildung und

Prüfung zum/zur Pflegehelfer/in (Pflegehelferverordnung - PflHV), BGBl.Nr. 175/1991, geregelt. Die Verordnung basiert auf dem Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, die medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl.Nr. 102/1961 in der geltenden Fassung.

Der Ausbildungslehrgang soll der Vermittlung grundlegender Kenntnisse in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen unter der Führung von diplomiertem Krankenpflegepersonal dienen.

Gemäß § 4 Abs. 1 hat die Ausbildung darauf abzuzielen, durch theoretischen und praktischen Unterricht die Lehrgangsteilnehmer/innen soweit in die Betreuung pflegebedürftiger Menschen unter besonderer Bedachtnahme auf gerontologische, geronto-psychologische und geronto-psychiatrische Belange auszubilden, daß sie jederzeit in der Lage sind, sowohl im stationären Akutbereich als auch im stationären Langzeitbereich von Krankenanstalten, in Pflegeheimen und Pflegestationen von Altenheimen sowie im Rahmen von Institutionen, die Hauskrankenpflege anbieten, ihren Berufsobliegenheiten als Pflegehelfer/in nachzukommen.

Der theoretische und praktische Unterricht ist so zu gestalten, daß unter Bedachtnahme auf die sachliche und personelle Ausstattung die fachgerechte Ausbildung der Lehrgangsteilnehmer/innen unter Anleitung und Aufsicht einer diplomierten Krankenpflegeperson gewährleistet ist.

Gemäß § 5 PflHV ist der theoretischen und praktischen Ausbildung der Lehrgangsteilnehmer/innen ein Lehrplan zugrundezulegen. Gemäß § 5 Abs. 2 hat die Ausbildung 1600 Stunden zu betragen, wobei jeweils die Hälfte auf die theoretische und praktische Ausbildung zu entfallen hat. Theorie und Praxis haben einander zeitlich und inhaltlich in geeigneter Weise zu ergänzen. Die regelmäßige Teilnahme ist obligat. Gemäß § 5 Abs. 3 enthält die Anlage 1 der PflHV die Unterrichtsfächer zur Ausbildung.

§ 6 Abs. 1 regelt die praktische Ausbildung: Die praktische Ausbildung hat 800 Stunden zu umfassen und ist in folgenden Bereichen abzuhalten:
1) im stationären Akutbereich von Krankenanstalten
2) im stationären Langzeitbereich von Krankenanstalten oder in Pflegeheimen und
3) extramural im Rahmen von Institutionen, die Hauskrankenpflege anbieten.

Die praktische Ausbildung (Abs. 2) hat in jedem der drei Bereiche mindestens 200 Stunden zu umfassen.

Gemäß § 6 Abs. 4 dürfen die Lehrgangsteilnehmer/innen bei der praktischen Ausbildung nur zu Tätigkeiten herangezogen werden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem zu erlernenden Beruf stehen und zur Erreichung des Ausbildungszieles notwendig sind.

Gemäß § 6 Abs. 5 hat die praktische Ausbildung jeweils unter der Aufsicht und Anleitung einer diplomierten Krankenpflegeperson zu erfolgen. Desweiteren regelt die PflHV die allgemeinen und besonderen Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen, die Übergangsregelungen, die Zusatzschulung Diabetes/Insulin, die Lehrinhalte für die theoretische Ausbildung zum/zur Pflegehelfer/in, die Ausbildungsstätten sowie die theoretischen Ergänzungsausbildungen für Mediziner, Stationsgehilf(inn)en sowie Stationsgehilf(inn)en mit mindestens fünfjähriger Berufserfahrung.

Bemerkenswert erscheint es, daß dieser Personengruppe gemäß § 25 Abs. 1 die Berechtigung zur Vornahme subkutaner Insulininjektionen nach ärztlicher Anordnung (jedoch nicht unter Aufsicht!) gestattet wird. Dies ist umso verwunderlicher, als diese Zusatzschulung nur ein Stundenausmaß von 20 Stunden umfaßt, und von diesen nur zwei Stunden auf den besonders heiklen Bereich "Gefahrensituationen (Interkurrente Infekte - beginnende Entgleisung)" entfällt und diese Tätigkeit in weiterer Folge ohne Aufsicht einer entsprechend qualifizierten Fachkraft oder einem Arzt durchgeführt werden darf. Der unbedingt erforderlichen Blutzuckerbestimmung wurde hier expressis verbis noch kein Stellenwert eingeräumt, sie ist somit höchstens in dem Bereich "Injektionstechnik/Praxis" zu subsumieren und kann aufgrund der anderen in diesem Abschnitt zu behandelnden Themata wohl kaum ausreichend behandelt werden.

Diese und einige andere Unklarheiten im Zusammenhang mit dem/der Pflegehelfer/in haben dazu geführt, daß bis heute die Compliance mit diesem neuen Gesundheitsberuf eher gering ist und sich viele Organisationen bzw. Institutionen statt dem Pflegehelfer ein zeitgemäßes Berufsbild als Nachfolge des früheren Stationsgehilfen wünschen. Aufgrund der allgemeinen Diskussion kann davon ausgegangen werden, daß hinsichtlich der Tätigkeiten der/des Pflegehelfer/in/s eine Neugestaltung bzw. Reformierung stattfinden muß.

4.1.2.4.4 Hebammengesetz

Derzeit wird die Berufsausbildung und -ausübung der Hebammen durch drei Rechtsnormen auf Bundesebene geregelt:

1) das Hebammengesetz BGBl.Nr. 214/1925, welches mit dem Hebammengesetz 1963, BGBl.Nr. 3/1964, wiederverlautbart wurde,

© copyright by ÖAGW, 1993.

2) die Hebammen-Dienstordnung, BGBl.Nr. 131/1970, und die
3) Verordnung betreffend die Errichtung und Führung von Bundeshebammenlehranstalten sowie Ausbildung und Fortbildung an diesen Anstalten (Hebammen-Ausbildungsordnung), BGBl.Nr. 443/1971.

Weiters gibt es landesrechtliche Vorschriften auf dem Gebiet des Hebammenwesens.

Derzeit umfaßt die Hebammenausbildung zwei Jahre und schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Für das diplomierte Krankenpflegepersonal dauert die Hebammenausbildung nur ein Jahr. Hebammen sind, ebenso wie Ärzte, zur regelmäßigen Fort- und Weiterbildung verpflichtet.

Gemäß § 1 umfaßt der Hebammenberuf die Beratung der Schwangeren, die Beistandsleistung bei der Geburt, die Pflege der Wöchnerin, des Neugeborenen und des Säuglings und die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge.

EG-PERSPEKTIVEN

Die den Beruf der Hebammen betreffenden Richtlinien 80/154, 155/EWG sehen qualitative und quantitative Ausbildungsnachweise vor. Dabei wird entweder eine dreijährige Fachausbildung bei zehnjähriger allgemeiner Schulausbildung oder eine zweijährige Praxis in Verbindung mit einem Krankenpflegediplom oder eine 18-monatige Hebammen-Fachausbildung und eine einjährige Praxis in Zusammenhang mit einem Krankenpflegediplom vorgeschrieben. Im Zusammenhang mit den Hebammen kann von einer echten Koordinierung gesprochen werden, weil die Richtlinie alle Tätigkeiten aufzählt, auf deren Ausübung die Begünstigten in allen Mitgliedsstaaten ein Recht besitzen. Die oben genannte dreijährige Ausbildung und die verkürzte Ausbildung, aufbauend auf einem allgemeinen Krankenpflegediplom, wird es künftig in Österreich geben. Ob Männer zum Hebammenberuf zugelassen werden, ist der nationalen Ausführungsgesetzgebung überlassen BUNDESKANZLERAMT, 1992).

PERSPEKTIVEN IN ÖSTERREICH

Die Ausbildung soll künftig drei Jahre dauern und beinhaltet theoretischen und praktischen Unterricht. Die Ausbildung soll an dafür eingerichteten Akademien in Zusammenhang mit Krankenanstalten erfolgen. Die Aufnahme in eine Hebammenakademie soll den Maturaabschluß an einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden höheren Schule oder einen gleichwertigen Abschluß im Ausland nach Nostrifikation in Österreich voraussetzen. Ebenso ist die Umstiegsmöglichkeit mit einem

Diplom im Krankenpflegefachdienst geplant. Das Begutachtungsverfahren zur Änderung des Hebammengesetzes ist zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Berichtes bereits abgeschlossen und soll noch 1993 per Bundesgesetz beschlossen werden. Aufgrund des Hebammengesetzes zu erlassende Verordnungen (Ausbildungs- und Prüfungsordnung und die Dienstordnung) müssen entsprechend den Änderungen im Bundesgesetz adaptiert werden.

4.2 BEGRIFFSBESTIMMUNG

Notfallmedizin bezeichnet die medizinische Versorgung im Notfall. Im konkreten läßt sich folgendes definieren:

> ***Notfallmedizin*** *bedeutet, daß unter eingeschränkten Bedingungen mit einer begrenzten Ausstattung an Geräten und Medikamenten, insbesondere eingeschränkten Möglichkeiten einer Diagnostik sowie einem geringen personellen Aufwand ein breites Spektrum von Notfällen an Traumen und Erkrankungen kurzfristig so zu analysieren und zu versorgen ist, daß ein Überleben gesichert werden kann. Die grundsätzliche Aufgabe der Notfallmedizin ist global gesehen der Beginn einer Intensivtherapie unter anderen Voraussetzungen und mit anderen Mitteln* (LIPPERT, WEISSAUER, 1984).
>
> *Der* ***Notfall*** *ist ein eine akute Elementargefährdung aufgrund schwerer Erkrankung oder Verletzung, bei der eine oder mehrere der für das Überleben notwendigen Körperfunktionen gefährdet sind bzw. der Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine wesentliche Verschlechterung befürchten läßt, wenn nicht unverzüglich medizinische Hilfe geleistet wird* (GERDELMANN, KORBMANN, KUTTER, 1993).
>
> *Der* ***Notarzt*** *ist ein Arzt, der im Rahmen des Rettungsdienstes bei Notfallpatienten am Notfallort Hilfe durch lebensrettende Sofortmaßnahmen leistet, die Transportfähigkeit sicherstellt und während des Transportes die Vitalfunktionen des Patienten aufrecht erhält. Ein im Rettungsdienst tätiger Arzt muß über eine besondere Qualifikation und Ausbildung verfügen, die gesetzlich näher definiert ist.*
>
> ***Nichtärztliches Sanitätspersonal*** *sind Personen, die entweder hauptamtlich, freiwillig oder als Zivildiener mit der jeweils entsprechenden Ausbildung im Rettungsdienst tätig sind.*

Früher wurden im Krankentransport und Rettungsdienst, ähnlich wie in der Laiensprache, eine Vielzahl unterschiedlicher Begriffe zur Kennzeichnung der Patienten verwendet. Je nach Ursache sprach man von Unfallverletzten, Verwundeten oder Kranken. Je nach Ausmaß der Lebensgefährdung waren die Begriffe Schwerverletzter, Verletzter, Erkrankter, Schwerkranker oder Scheintoter üblich. Aus vielfältigen Gründen empfiehlt es sich, für die Belange der präklinischen Versorgung bestimmte Erkrankte und Verletzte unter dem umfassenden Begriff ***"Notfallpatient"*** zusammenzufassen und folgendermaßen zu definieren:

> *Patienten, bei denen sich eine lebensbedrohliche Störung der Vitalfunktionen - Atmung und Kreislauf - anbahnt oder bereits vorliegt und Patienten, bei denen über schwerwiegende Störungen weiterer wichtiger Funktionskreise wie des Bewußtseins, des Wasser-Elektrolyt-Haushaltes, des Wärmehaushaltes, des Säure-Basen-Haushaltes und des Stoffwechsels lebensbedrohliche Einwirkungen auf die Vitalfunktionen erwartet werden müssen, kennzeichnet man unabhängig von der auslösenden Ursache als* ***Notfallpatienten*** *(GORGAß, AHNEFELD, 1989).*

Vitalfunktionen sind: Atemfunktion; Herz- und Kreislauffunktion; Regulation von Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt inkl. Nierenfunktion; Temperaturregulation und Stoffwechselregulation. Natürlich gibt es enge Zusammenhänge zwischen den einzelnen Vitalfunktionen und auch gegenseitige Beeinflussungen. Den Vitalfunktionen kommt nicht die gleiche Wertigkeit zu, sondern es besteht eine klare Hierarchie. Durch die geringeren Sauerstoffreserven der Zellen sind Sauerstoffaufnahme und -transport absolut vorrangig. Fehlende Sauerstoffzufuhr führt innerhalb weniger Minuten zu irreversibler Schädigung v.a. der Gehirnzellen und zum Tod. Störungen der Atem- und Herzkreislauffunktion müssen daher sofort erkannt und behandelt werden. Entgleisungen der anderen Vitalfunktionen führen demgegenüber nicht so rasch zu einer vitalen Bedrohung. Somit lassen sich die Vitalfunktionen wie folgt definieren (ENENKEL, 1989):

> *Als* ***Vitalfunktionen*** *werden jene Funktionen bezeichnet, die für die Aufrechterhaltung eines intakten Zellstoffwechsels unerläßlich sind, weil sie für die Versorgung mit Sauerstoff, normale Bedingungen im Milieuinterieur, reguläre Körpertemperatur, ausgeglichenen Wasser- und Elektrolythaushalt, Bereitstellung von Energie und Beseitigung von Stoffwechselprodukten sorgen.*

Störungen der Vitalfunktionen erfordern ein qualifiziertes Einschreiten und das Setzen entsprechender Maßnahmen:

© copyright by ÖAGW, 1993.

*Alle Maßnahmen, die zur sofortigen Bekämpfung der Vitalfunktionsstörungen durchgeführt werden, bezeichnet man als "**Sofortmaßnahmen**". Dieser Begriff hat die ältere Bezeichnung "Erste Hilfe" abgelöst* (ENENKEL, 1989).

***Sofortmaßnahmen** sind diejenigen Maßnahmen, die ohne Anwendung von Hilfsmitteln jederzeit und überall eingesetzt werden können und nach folgendem Stufenplan ablaufen (vgl. MAURITZ und WEBER, 1989):*

1. *Beurteilung der Bewußtseinslage,*
2. *Lagerung,*
3. *Position einnehmen,*
4. ***A**temwege freimachen - Kopf überstrecken,*
5. *Beurteilung der Spontanatmung,*
6. *Atemwege freimachen bei fehlender Spontanatmung,*
7. *Beurteilung der Spontanatmung,*
8. ***B**eatmung (Atemspende)*
9. *Äußere Herzmassage (**C**irculation): Feststellen des Kreislaufstillstandes, Festlegen des Massagepunktes, Herzmassage.*

Über diese Basisreanimation hinausgehende Maßnahmen zur Lebensrettung und Lebenserhaltung sind notfallmedizinisch geschultem Personal vorbehalten.

***Erweiterte Sofortmaßnahmen** sind diejenigen Maßnahmen, die aufgrund der vorhandenen Ausbildung und Erfahrung von medizinischem Personal und/oder dem Notarzt mit der entsprechenden Ausrüstung gesetzt werden können.*

Im folgenden werden Begriffe zur strukturellen und infrastrukturellen Notfallversorgung definiert:

*Unter **Rettungswesen** versteht man die Gesamtheit der Anforderungen an Personal, Ausstattung, Ausbildung, Organisation und Finanzierung des Krankentransportes und Rettungsdienstes.*

***Rettungsdienst** ist die strukturelle Einheit von Notfalltransport und qualifiziertem Krankentransport.*

*Die **Leitstelle** stellt das Schalt- und Kommunikationszentrum der Dienststellen des Rettungsdienstes dar. Sie ist zugleich Koordinationsstelle zu den anderen Einsatzkräften wie Polizei und Feuerwehr sowie zum Kata-*

strophenschutz und steht mit diesen in ständiger Funkverbindung. Sie nimmt weiters im Einsatzfall die Wahl des Transportmittels vor. Jenes Personal, welches in einer Leitstelle Dienst versieht, hat eine entsprechende Sonderausbildung zu absolvieren, die es qualifiziert, die Anrufe entgegen zu nehmen, die Art und Schwere der Erkrankung bzw. des Unfalls abzuschätzen und basierend darauf das geeignete Einsatzmittel mit der entsprechenden Besatzung festzulegen. Weiters soll dieses Personal fähig sein, den Anrufer durch telefonische Anleitung in die Lage zu versetzen, bis zum Eintreffen des qualifizierten Sanitätspersonals Basismaßnahmen der Ersten Hilfe zu setzen.

*Gegenstand der **Notfallrettung** ist es, das Leben von Notfallpatienten, soweit an Ort und Stelle möglich, zu erhalten, sie transportfähig zu machen und sie unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern.*

*Gegenstand des **Krankentransportes** ist es, Kranken, Verletzten oder Hilfsbedürftigen, die keine Notfallpatienten sind, sofern erforderlich Hilfe zu leisten, und sie unter fachgerechter Betreuung zu befördern* (GERDELMANN, KORBMANN, KUTTER, 1993).

*Unter einem **Primäreinsatz** versteht man eine Alarmfahrt eines bodengebundenen Rettungsmittels oder den Hinflug eines Luftrettungsmittels zum Notfallort, die Versorgung des Patienten, die Herstellung der Transportfähigkeit und gegebenenfalls den Transport in ein den Bedürfnissen des Notfallpatienten entsprechendes Zielkrankenhaus.*

*Unter einem **Sekundäreinsatz** versteht man einen Transport eines Patienten nach bereits erfolgter Aufnahme in einem Krankenhaus z.B. zur Weiterbehandlung, zur speziellen Diagnosestellung oder zur Verlegung in eine andere Einrichtung. Während des Transportes bedürfen die Patienten der Betreuung durch qualifiziertes Personal. Als **dringlichen Sekundäreinsatz** wird jene Beförderung von Patienten bezeichnet, bei der weiterhin - wie beim Primäreinsatz - (akute) Lebensgefahr für den Patienten besteht und dadurch die Einsatzabwicklung genauso schnell und qualifiziert ablaufen muß wie beim Primärtransport. Unter einem **nichtdringlichen Sekundärtransport** versteht man die Beförderung von Patienten, die sich nicht in Lebensgefahr befinden, in eine andere Versorgungseinrichtung bzw. zu einer Behandlung oder Therapie. Für einen nichtdringlichen Sekundäreinsatz sollten jene Rettungsmittel, die beim Primäreinsatz Verwendung finden, nicht in Anspruch genommen werden.*

© copyright by ÖAGW, 1993.

*Unter **sonstigen Einsätzen** versteht man Blut-, Organ-, Material- und Personentransporte (z.B. Transport spezieller Geräte, Spenderorgane, Blutkonserven oder qualifiziertem Personal an ein bestimmtes Zielkrankenhaus). Diese Transporte sind **stets dringlich**.*

*Unter **präklinischer Notfallversorgung** versteht man die Erstversorgung eines Patienten durch qualifiziertes ärztliches und/oder nichtärztliches Personal sowie durch Laien (Ersthelfer) durch das Setzen geeigneter Erste-Hilfe-Maßnahmen bzw. lebensrettender und lebenserhaltender Sofortmaßnahmen im Zeitraum zwischen dem Eintreten des Notfalls und:*

- *der Übergabe des Patienten durch den Laien an das ärztliche und/oder nichtärztliche Sanitätspersonals, und/oder*
- *der Übergabe durch das nichtärztliche Sanitätspersonal des Rettungsdienstes an den (Not-)Arzt eines NAW oder RTH bzw. des Zielkrankenhauses oder*
- *der Übergabe des ärztlichen Sanitätspersonals eines NAW oder RTH an den zuständigen Arzt des Zielkrankenhauses.*

Die präklinische Notfallversorgung endet mit der Übernahme des Patienten und Bestätigung des Übernahmeprotokolls durch den zuständigen Arzt des Zielkrankenhauses. Die Versorgungsqualität und der Versorgungsumfang im Bereich der präklinischen Notfallmedizin soll trotz erschwerter Bedingungen der/dem der klinischen Versorgung ebenbürtig sein.

*Unter der **Rettungskette** versteht man den Ablauf von verschiedenen Funktionsabläufen vom Eintritt des Geschehens bis hin zur Einlieferung in das Zielkrankenhaus. Die Rettungskette beinhaltet folgende Funktionsabläufe:*

1. *Bergen - Sofortmaßnahmen am Notfallort durch Laienhelfer*
2. *Verständigung mittels Notruf durch Laienhelfer*
3. ***Rettungsdienst**: Notärzte und/oder qualifiziertes Sanitätspersonal führen/führt weitere Erste-Hilfe-Maßnahmen durch und stellen/stellt die Transportfähigkeit her*
4. *Transport des Patienten - Transportfähigkeit erhalten*
5. *Notaufnahme/Intensiveinheit in der Klinik: Ärzte und Pflegepersonal*

Die Effizienz des gesamten Systems der Rettungskette hängt davon ab, daß jeder Bereich auf die Leistungsfähigkeit des nächsten abgestimmt ist und keine Versorgungslücke, kein Riß der Kette, entsteht.

Bei der Organisation von Notarztsystemen haben sich folgende Organisationsform herausgebildet:

*Bei einem **Stationssystem** befinden sich Notarzt, nichtärztliches Sanitätspersonal und Rettungswagen an einem gemeinsamen Standort. Bei der ersten Möglichkeit ist die Notarztwagenbesatzung mit ihrem Fahrzeug in einer Klinik oder im Spital stationiert. Der Notarzt ist jederzeit aus dem klinischen Betrieb abrufbereit, in den meisten Fällen ist er für diesen Dienst eigens eingeteilt. Im zweiten Fall befindet sich der Notarzt in der Rettungsstation und rückt gemeinsam mit der Mannschaft aus.*

*Bei einem **Rendez-vous-System** fahren Notarzt und qualifiziertes nichtärztliches Sanitätspersonal von verschiedenen Einsatzorten und mit verschiedenen Fahrzeugen zur Notfallstelle. Nach Erstversorgung des Notfallpatienten entscheidet der Notarzt, ob er den Patienten im Rettungswagen zum Krankenhaus begleitet. Gegebenenfalls folgt sein Einsatzfahrzeug dem Rettungswagen. In jedem Fall kehrt der Notarzt nach Beendigung seines Einsatzes mit dem Notarzteinsatzfahrzeug zu seiner Einsatzstelle zurück und ist wieder verfügbar. Der Notarzt ist ein Klinikarzt oder ein Praktiker mit Notarztausbildung. Dieses System ist nur dann zu vertreten, wenn relativ wenig Einsätze in dieser Region zu erwarten sind.*

*Für das **Luftrettungssystem** und für den Einsatz des Rettungshubschraubers und seiner Besatzung mit einem Notarzt gelten die gleichen Voraussetzungen. Für einen gut funktionierenden Flutrettungsdienst wird jedoch immer ein gut funktionierender bodengebundener Rettungsdienst Voraussetzung sein* (KAFF, 1989).

Die Sanitätsfahrzeuge (syn.: Sanitätskraftfahrzeuge - SANKRA, Krankenkraftwagen) werden wie folgt definiert:

*Unter einem **Notarztwagen (NAW)** versteht man ein Sanitätsfahrzeug, das zur primären Erstversorgung und zum Transport eines Notfallpatienten fährt und immer mit einem Notarzt besetzt ist, der - aufgrund einer entsprechenden Ausrüstung im Rettungswagen - erweiterte lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführten kann. Die medizinische Ausrüstung beinhaltet einen Notarztkoffer, Intubationsbesteck, Sauerstoffversorgung, Beatmungsmöglichkeiten, Defibrillator, Schrittmacher, Absaugevorrichtung, Infusionshalterung, Notfallmedikamente, Verbands- und Schienenmaterial* (KAFF, 1989).

© copyright by ÖAGW, 1993.

*Unter einem **Rettungswagen (RTW)** versteht man ein Sanitätsfahrzeug, das zur primären Versorgung von Patienten ohne Arzt eingesetzt wird. Der Rettungswagen hat von der Ausrüstung her alle Maßnahmen im Rahmen der erweiterten Ersten Hilfe mitzuführen* (KAFF, 1989).

*Unter einem **Krankentransportwagen (KTW)** versteht man ein Sanitätsfahrzeug, das für den Transport nicht gehfähiger Patienten vorgesehen ist, wo keine medizinischen Maßnahmen während des Transportes erforderlich und nicht zu erwarten sind* (KAFF, 1989).

*Unter einem **Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)** versteht man ein Spezialfahrzeug zum Antransport des Notarztes an den Notfallort mit medizinisch-technischer Möglichkeit einer Primärversorgung von Notfallpatienten und entsprechender Ausstattung. Der NEF ist entweder mit einem qualifizierten Vertreter des nichtärztlichen Sanitätspersonals als Assistenz und Fahrer oder dem Arzt als Selbstfahrer besetzt.*

***Mehrzweckfahrzeuge (MZF)** sind Fahrzeuge, die sowohl die Voraussetzungen eines RTW als auch eines KTW erfüllen und dadurch gleichermaßen für Notfälle und Krankentransporte einsetzbar sind. Dadurch ist immer ein gleich hohes Qualitätsniveau im Einsatz gewährleistet, die häufig notwendige Vorabalarmierung weniger qualifizierter Rettungsmittel entfällt. Die Vielseitigkeit der Mehrzweckfahrzeuge führt in Verbindung mit ergänzenden organisatorischen Vorkehrungen in vielen Fällen zu einem reduzierten Kapazitätsbedarf. Eine generelle Empfehlung für Mehrzweckfahrzeuge kann jedoch nicht gegeben werden, da deren Einsatz von den regionalen Voraussetzungen und Gegebenheiten abhängig ist.*

4.3. RESSOURCEN

4.3.1 ORGANISATION UND STRUKTUR

4.3.1.1 DIE AUFGABEN DES RETTUNGSDIENSTES

Gemäß Art. 118 Abs. 3 Ziff. 7 des Bundes-Verfassungsgesetzes ist den Gemeinden unter anderem die Besorgung des Hilfs- und Rettungswesens im eigenen Wirkungsbereich übertragen. Diese Aufgabe hat u.a. das Österreichische Rote Kreuz (ÖRK) mit seinen Landesverbänden gemäß § 3 Abs. 2 seiner Satzungen im Rahmen der freiwilligen Hilfeleistung auf allen Gebieten der Wohlfahrts- und Gesundheitspflege übernommen.

Zur Durchführung des Rettungs- und Krankentransportdienstes (RKT) bedarf es klarer und für das gesamte Gebiet, in der diese wichtige Aufgabe von ÖRK durchgeführt wird, auch einheitlicher Grundsätze.

Die Aufgaben des RKT - aus der Sicht des ÖRK - sind:
- ständige Einsatzbereitschaft
- Leistung Erster Hilfe
- Transport Kranker oder Verletzter sowie sanitätsdienstliche bzw. notärztliche Versorgung während desselben.

Diese Aufgaben beziehen sich auf alle Situationen, die sich aus Erkrankungen, bei Geburten und Unfällen oder durch Katastrophen ergeben. Dabei wird das oberste Ziel jedes Einsatzes die Herstellung zumindest der Transportfähigkeit durch Maßnahmen der Ersten Hilfe bzw. der Notfallmedizin und der möglichst rasche Transport zur ärztlichen Behandlung sein.

4.3.1.2 EINRICHTUNGEN DES RETTUNGSDIENSTES

Die Organisation des Rettungsdienstes erfolgt je nach Organisation bzw. Institution in unterschiedlichen Organisationseinheiten, die zumeist auf der Ebene politischer Bezirksgliederungen aufgebaut sind. So ist z.B. das ***Österreichische Rote Kreuz*** in neun Landesverbände gegliedert, wobei die einzelnen Rettungseinheiten für die Versorgung als Bezirksstellen bzw. nachgeordnete Ortsstellen strukturiert sind.

Beim ***Arbeiter-Samariter-Bund*** werden die Organisationseinheiten als Rettungsstellen bezeichnet. Der ***Städtische Krankenbeförderungs- und Rettungsdienst in Wien, MA 70,*** verfügt über eine zentrale Leitstelle, Rettungsstationen und über nachgeordnete Sanitätsstationen.

Weitere Institutionen des Rettungsdienstes sind der Malteser Hospital-Dienst und die Johanniter-Unfallhilfe. Einige Städte, wie z.B. Innsbruck, verfügen ebenfalls über regional angesiedelte zum Teil öffentliche, zum Teil private Rettungsdienstorganisationen.

Die politisch bzw. historisch bedingten Grenzen behindern in vielen Regionen eine optimale Durchführung von Notfalleinsätzen sowie eine wirtschaftliche Betriebsführung. Die geographische und raumordnungsmäßige Verteilung der Einsatzmittel sowie der Bezirksleitstellen und Rettungsstationen entspricht sehr oft nur dem Zufall und orientiert sich nicht an einsatztaktischen Parametern.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Die Qualifikationsmerkmale für das Leitstellenpersonal sind nicht gesetzlich definiert und entsprechen nicht den tatsächlichen Anforderungen. Teilweise werden Leitstellen mit Personal besetzt, das aus Gesundheits- oder Altersgründen nicht mehr im Rettungsdienst eingesetzt werden kann. Insbesondere fehlen Kenntnisse und Fähigkeiten, die angesichts der Führungsaufgabe einer Leitstelle dringend erforderlich sind. Unzureichende praktische Einsatzerfahrung tragen zu einsatztaktischen Fehlentscheidungen mit bei. Zu fordern wäre hier jedenfalls eine Besetzung der Leitstelle mit mindestens zwei Personen mit langjähriger praktischer Berufserfahrung sowie einer speziellen Zusatzausbildung. Darüber hinaus ist zu fordern, daß die Funktion der Leitstellen im Rahmen des Katastrophenschutzes und insbesondere auch bei Großschadensereignissen ausreichend definiert wird.

Rettungsleitstellen, Bezirksleitstellen und Rettungsstationen müssen ein adäquates Einsatzaufkommen haben, um effektiv und kostengünstig arbeiten zu können. Das wünschenswerte Optimum eines Einzugsbereiches für Rettungsleitstellen liegt zwischen 500.000 und 1,6 Mio. Einwohner. Dies ist jedoch nur in Ballungsregionen erreichbar. In dünner besiedelten Gebieten sollten diese Rettungsdienstbereiche mindestens einen Versorgungsbereich von 200.000 Einwohner sicherstellen (AHNEFELD, 1992).

Eine Überprüfung und Neufestlegung der Einsatzbereiche der einzelnen Rettungsdienststellen entsprechend den notfallmedizinischen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten ist unbedingt erforderlich. In diesem Zusammenhang sollte auch überlegt werden, die Leitstellen von Feuerwehren und Rettungsorganisationen zusammenzulegen, um leistungsfähigere Leistungseinheiten zu schaffen.

Ziel eines jeden Patiententransportes ist es, den Patienten ohne wesentliche Störungen der Körperfunktionen an seinen Zielort zu bringen. Dies ist erfahrungsgemäß nicht immer einfach. Das Probleme des Transportes hängt ab von (ZANDER, 1991):

- der Art der Erkrankung / des Traumas des Patienten
- der Schwere der Erkrankung / des Traumas
- die Stabilität des augenblicklichen Zustandes
- der Dauer des Transportes
- dem gewählten Transportmittel
- der Erfahrung der Transportbegleiter

Der Bereich der Flugrettung stützt sich auf zwei Systeme. Das erste ist ein Netz von Rettungshubschraubern verschiedener Institutionen mit folgenden Stützpunkten:

- o Christophorus 1: Flughafen Innsbruck
- o Christophorus 2: Krankenhaus Krems
- o Christophorus 3: Flugplatz Ost, Wr.Neustadt

© copyright by ÖAGW, 1993.

- o Christophorus 4: Krankenhaus Kitzbühel bzw. St.Johann
- o Christophorus 5: Pontlatzkaserne in Landeck
- o NAH des Bundesheeres: "Christoph" in Aigen im Ennstal
- o NAH des Bundesministeriums für Inneres
  - * Hohenems
  - * Salzburg (1. NAH Österreichs, Modellversuch "MARTIN")
  - * Linz
  - * Graz
  - * Klagenfurt
  - * Lienz
  - * Wien

Die Hubschrauber Christophorus 1 bis 5 sind eigentlich Einsatzmittel der Tyrolean Air Ambulance. Sie werden in einem Gemeinschaftsprojekt zwischen der Tyrolean Air Ambulance, dem ÖAMTC, dem Roten Kreuz und der Bergrettung eingesetzt (TYROLEAN AIR AMBULANCE, 1992). Hubschrauber folgender Typen werden in Österreich eingesetzt: Notarzthubschrauber Twin Ecureuil, Hochalpin-Notarzthubschrauber Ecureuil AS 350 B2 sowie AS 355 F bzw. 355 F2, Rettungshubschrauber Agusta 109 A Mark II, Agusta Bell 47 J 3B1, Exekutiv-Hubschrauber Agusta Bell 206 Jet Ranger und Long Ranger, etc. (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES, 1988; AUVA, 1987; BUNDESREGIERUNG 1987/88; TYROLEAN AIR AMBULANCE, 1992; ÖAMTC, 1993).

Das zweite Flugrettungssystem stellen die Flugrettungsdienste "Tyrolean Air Ambulance", die "Österreichische Ärzteflugambulanz - Austrian Air Ambulance" und der "Internationale Flug-Rettungsdienst Austria (IFRA) dar. Die Einsatzmittel sind primär Jets (Ambulanzjets Citation V und Citation I, Interkontinental-Jet Falcon 900, Fliegende Intensivstation Falcon 10, Ambulanzlinie mit Dash 8, etc.).

4.3.2 DAS NICHTÄRZTLICHE PERSONAL IM RETTUNGSDIENST

Das nichtärztliche Personal ist zuständig für die SANITÄTSHILFE. Unter Sanitätshilfe versteht man die ***eigenverantwortliche Tätigkeit des Sanitätspersonals am und für den Patienten, um Gefahren für Leib und Leben abzuwenden*** (ÖRK, 1991).

Sie beinhalten:

- ***lebensrettende Sanitätshilfemaßnahmen*** *(erweiterte Sofortmaßnahmen);*
- *Sanitätshilfemaßnahmen zur* ***fachgerechten Versorgung des Patienten*** *sowie zur* ***Herstellung der Transportfähigkeit;***

- ***Überwachung*** *(Krankenbeobachtung)* ***und Betreuung während des Transportes:***
- *fachgerechte, schonende Durchführung des Transportes:*
- *Übergabe des Patienten im Krankenhaus:*
- ***Mithilfe bei notärztlichen Maßnahmen:***
- *spezielle Maßnahmen (Spezialtransport, Katastropheneinsatz, Hygiene, usw.).*

Das im Rettungsdienst tätige ***nichtärztliche Sanitätspersonal*** rekrutiert sich aus hauptsächlich drei Personengruppen: den *hauptamtlich* und den *freiwillig Tätigen* sowie den *Zivildienern*.

Die ***hauptamtlichen Mitarbeiter sind Sanitätsgehilfen***, deren ***Ausbildung gesetzlich geregelt*** ist (siehe Kapitel 4.1.2.2.2). *Die abgeschlossene Ausbildung berechtigt nur zur* ***Ausübung des bezeichneten Sanitätshilfsdienstes*** *im Dienste einer unter ärztlicher Leitung bzw. Aufsicht stehenden Einrichtung* und darf freiberuflich nicht ausgeübt werden. Die Anordnungen des verantwortlichen Arztes sind genau zu beachten und jede eigenmächtige Vornahme von ärztlichen Handlungen ist untersagt. Hauptamtliche Sanitäter im Rettungs- und Krankentransportdienst des ÖRK müssen die Absolvierung eines Sanitätsgehilfenkurses innerhalb von *zwei Jahren nach Berufsantritt* nachweisen.

Ehrenamtliche Mitarbeiter sind jene Personen, die sich *freiwillig am Rettungsdienst beteiligen* und diese Tätigkeit überwiegend unentgeltlich ausüben. *Aktive Freiwillige* gemäß ÖRK sind solche Personen, die *mindestens zwei Dienste pro Monat* leisten; nur sie sind zur Sanitätshilfe berechtigt. Ihre ***Ausbildung ist nicht gesetzlich geregelt*** außer in Statuten oder Ausbildungsordnungen der im Rettungsdienst tätigen Vereine. Sie werden z.B. beim Roten Kreuz nach Absolvierung einer Ersten-Hilfe- sowie einer Sanitätshilfe-Ausbildung und Ablegung einer Prüfung als Sanitätshelfer bezeichnet. Beim ÖRK müssen Sanitätseinsatzfahrer neben ihrer Sanitätsausbildung eine Lenkerberechtigung, also einen Führerschein für die entsprechenden Klassen, eine mindestens zweijährige Fahrpraxis, eine Unterweisung zum Sanitätseinsatzfahrer und einen Eignungstest vorweisen können.

Zivildiener können gemäß ***Zivildienstgesetz*** in Österreich den Zivildienst unter anderem auch beim Roten Kreuz oder einer anderen Hilfsorganisation oder Sozialeinrichtung ableisten (§ 4 Zivildienstgesetz - ZDG, BGBl.Nr. 679/1986 i.d.g.F.). Zivildiener gelten in Ausübung ihres Zivildienstes beim ÖRK nicht als ausübende Mitglieder (z.B. gemäß § 6 Abs. 1 der Satzungen des ÖRK - LV f. NÖ, 1990) und unterstehen dem Landesverband. Der unmittelbare Vorgesetzte ist der Bezirksstellenleiter.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Die Grundausbildung eines jeden Zivildienstleistenden beträgt gemäß der Verordnung des Bundesministers für Inneres vom 16. Juni 1989 über Art, Umfang und Dauer des Grundlehrganges für Zivildienstleistende, BGBl.Nr. 352/1989 i.d.g.F., drei Wochen und ist in folgende Blöcke gegliedert:

1. Block:	Einführung in den Grundlehrgang	4	UE
2. Block:	Pflichten und Rechte des Zivildienstleistenden	4	UE
3. Block:	Politische Bildung und Konfliktlösungsmöglichkeiten	28	UE
4. Block:	Grundzüge des Zivilschutzes als eines umfassenden Katastrophenschutzes	10	UE
5. Block:	Dienste im Rettungswesen und in anderen sozialen Bereichen	40	UE
	Erweiterungslehrstoff	20	UE
6. Block:	Technische Hilfeleistung	30	UE

Die Dauer einer Unterrichtseinheit (UE) ist mit 45 Minuten angesetzt, die genannten Lehrblöcke haben neben dem theoretischen Unterricht ausreichend praktische Übungen und Exkursionen zu umfassen, die der Darbietung des Lehrstoffes in unmittelbarer Anschauung und der Auseinandersetzung mit den Erfordernissen der Praxis dienen.

Lehrinhalte des 4. Blockes (Zivil- und Katastrophenschutz) sind:

- Grundsätze des österreichischen Zivilschutzkonzeptes, insbesondere rechtliche und organisatorische Grundlagen
- internationale Zusammenarbeit, Zivilschutz im europäischen Vergleich
- Vorkehrungen der Behörden, insbesondere Einsatzvorsorgen, Strahlenschutz, behördliche Warnsysteme, bauliche Schutzmaßnahmen, Hubschrauberrettungsdienst, Information der Bevölkerung
- Grundsätzliches über die Vorkehrungen der Einsatzorganisationen
- Vorkehrungen im Privatbereich, insbesondere Vorsorgemaßnahmen im Bereich der Familie, Verhalten in bestimmten Notsituationen (Selbstschutz)

Lehrinhalt des 5. Blockes (Rettungswesen und andere soziale Bereiche) sind:

- Grundlehrstoff: Erste Hilfe, die Rettungskette, der Notfall

  - o lebensrettende Sofortmaßnahmen, Bewußtlosigkeit, Atemstillstand, Atemstörungen, Kreislaufstillstand, Kreislaufstörungen, starke Blutung, Schock,
  - o Wunden, stumpfe Verletzungen, Knochenbrüche, innere Verletzungen,
  - o akut auftretende Erkrankungen, Vergiftungen,
  - o Verbandlehre,

© copyright by ÖAGW, 1993.

- o Kranken- und Altenhilfe,
- o Sozialarbeit,
- o Behindertenbetreuung,
- o Infektionskrankheiten,
- o Gesundheits- und Ernährungslehre

- Erweiterungslehrstoff

  - o für Grundlehrgänge mit überwiegend dem Rettungswesen zugewiesenen Teilnehmern
    - Erweiterung und Vertiefung der oben stehenden Lehrinhalte
    - rechtliche Grundlagen
    - Versorgung vital gefährdeter Personen
    - Funktionen der Einsatzleitstelle
    - Hygiene
    - Geburtshilfe und gynäkologische Notfälle
    - psychiatrischer Notfall
    - Verhalten gegenüber dem Patienten
    - Sanitätseinsatz im Katastrophenfall
    - Gerätekunde

  - o für Grundlehrgänge mit überwiegend den anderen sozialen Bereichen zugewiesenen Teilnehmern
    - Erweiterung und Vertiefung der oben stehenden Lehrinhalte (Anmerkung: des Grundlehrstoffes) im Hinblick auf die praktische Sozialarbeit
    - spezifische Krankenbetreuung
    - pädagogische, psychologische und physiologische Grundlagen
    - Integrationsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen
    - Ethik der Sozialarbeit
    - Sterbebegleitung
    - Resozialisierung von Haftentlassenen
    - Betreuung von Drogen- und Alkoholkranken
    - Flüchtlingsbetreuung
    - Trägerorganisationen der Sozialdienste
    - rechtliche Grundlagen

In einigen Bundesländern, z.B. Tirol und Niederösterreich, ist es im Rahmen der Zivildienstausbildung möglich, einen vollwertigen Sanitätshilfekurs zu absolvieren, welcher mit einer Sanitätshilfeprüfung abschließt.

© copyright by ÖAGW, 1993.

4.3.3 NORMUNG UND STANDARDS BEI EINSATZMITTEL UND AUSSTATTUNG

4.3.3.1 ÖSTERREICHISCHES NORMUNGSINSTITUT - AUSTRIAN STANDARDS INSTITUTE (ON)

Das ***Österreichische Normungsinstitut*** ist ein nicht auf Gewinn ausgerichteter Verein, dessen Tätigkeit im wesentlichen auf folgenden Prinzipien beruht:

- ***Alle interessierten Kreise*** (Behörden, Wissenschaft, Erzeuger, Verbraucher) können und ***sollen an der Normungsarbeit mitwirken.***
- ***ÖNORMEN bedürfen des Konsenses im zuständigen Fachnormenausschuß***; d.h. eine Gegenstimme kann grundsätzlich das Entstehen einer ÖNORM verhindern.
- ***Normenentwürfe*** unterliegen einem ***öffentlichen Einspruchsverfahren.***

Das Österreichische Normungsinstitut schafft die notwendigen infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen, insbesondere das Informationsmanagement für eine effektive Normungsarbeit. Die Ausarbeitung der ÖNORMEN erfolgt in den sog. ***"Fachnormenausschüssen", in denen Experten*** aus Behörden, Wissenschaft, Unternehmen und Verbraucherverbänden ***ehrenamtlich die eigentliche Normungsarbeit leisten.***

Die ***Funktion der Normung*** besteht darin, einheitliche und von allen Beteiligten anerkannte technische Spezifikationen für Produkte, Verfahren oder Dienstleistungen festzulegen, die den ***Stand der Technik (Anm.: und der Wissenschaft) widerspiegeln.***

Normen werden unter der Leitung von unabhängigen Normungsorganisationen erarbeitet und stellen nur ***Empfehlungen*** dar, deren ***Anwendung grundsätzlich freiwillig*** erfolgt. Durch Bezugnahme auf bestimmte an sich unverbindliche Normen in privatrechtlichen Verträgen, insbesondere aber auch dadurch, daß ***in Gesetzen auf Normen verwiesen wird bzw. diese für verbindlich erklärt werden, erhalten Normen häufig rechtsverbindliche Bedeutung***. Untrennbar mit der Frage der Normung ist der Bereich der Konformitätsbewertung verknüpft, d.h. die Feststellung der Übereinstimmung eines Erzeugnisses mit bestimmten technischen Spezifikationen (BUNDESWIRTSCHAFTSKAMMER, 1993).

Österreich ist im CEN, dem Europäischen Komitee für Normung (European Committee for Standardization - Comité Européen de Normalisation) als ***Gründungsmitglied seit 1961*** durch das Österreichische Normungsinstitut vertreten.

4.3.3.2 ÖSTERREICH AUF DEM WEG ZU INTERNATIONALEN STANDARDS

Das ***ÖSTERREICHISCHE NORMUNGSINSTITUT - AUSTRIAN STANDARDS INSTITUTE (ON)*** ist, wie bereits in *Kapitel 3.2.10* ausführlich behandelt, ***Mitglied des Europäischen Komitees für Normung - CEN*** (European Committee for Standardization - Comité Européen de Normalisation - CEN), in welchem ***Normen und Standards hinsichtlich Krankenkraftwagen und deren Ausstattung sowie Krankentransportwagen; Krankentragen und Notfallausrüstung*** in den drei Arbeitsgruppen des ***Technischen Komitees / TC 239*** der Europäischen Normungsbehörde CEN erstellt werden.

Europäische Normen (EN) werden ***in Technischen Komitees (TCs) erarbeitet***. Diese setzen sich aus Vertretern der entsprechenden, sachlich zuständigen nationalen Fachnormenausschüssen zusammen, die in diesen Gremien die jeweiligen nationalen Standpunkte einbringen. Wurde in einem Technischen Komitee über ein Normungsdokument Konsens erzielt, folgt ein Verfahren, das die Akzeptanz der vorgeschlagenen Norm sicherstellen soll (***offizielles Einspruchsverfahren***). Für die endgültige Annahme einer Europäischen Norm bedarf es jedoch zudem der formellen Abstimmung aller Mitglieder von CEN auf Grundlage einer ***Mehrheitsentscheidung mit Stimmgewichtung*** (BUNDESWIRTSCHAFTSKAMMER, 1993).

Sobald eine Normungsarbeit auf europäischer Ebene aufgenommen wurde, dürfen die Mitglieder von CEN keine neue oder überarbeitete nationale Norm zum selben Thema veröffentlichen (***Stillhalteverpflichtung***).

Wurde eine Europäische Norm (EN) formell als solche angenommen, muß diese ohne jegliche Änderung als nationale Norm (im Falle Österreichs geschieht die als ***ÖNORM EN***) unter Zurücknahme entgegenstehender nationaler Normen übernommen werden (***Übernahme- und Zurückziehungsverpflichtung***).

Die "Vereinheitlichung" bzw. "Harmonisierung" nationaler Normen auf "übernationaler" Ebene setzt sich in der Hierarchie nach den nationale Normen (z.B.: ÖNORMEN) und den Europäischen Normen (CEN-Normen) auf internationaler Ebene im Rahmen der ISO - International Organization for Standardization (ISO-Normen) fort.

4.3.3.3 AUSSTATTUNG UND NORMUNG BODENGEBUNDENER EINSATZMITTEL IN ÖSTERREICH

Da in Österreich lediglich hinsichtlich der fahrzeugtechnischen Ausstattung bodengebundener Einsatzmittel eine überholte ÖNORM, und zwar die ÖNORM V 5601

"Krankenkraftwagen und deren fahrzeugtechnische Ausstattung", existiert und der Normenvorschlag vom 1. Dezember 1982 K 2101 *"Rettungstechnische Ausstattung von Krankentransportwagen"* am mangelnden Qualitätsbewußtsein und fehlender Bereitschaft zur Aufgabe "hausinterner Normen" einiger Rettungsdienstorganisationen scheiterte, gibt es ***bis heute hinsichtlich der rettungstechnischen Ausstattung sowie hinsichtlich der Krankentragen und der Notfallausrüstung*** bestenfalls Richtlinien und Empfehlung der einzelnen Trägerorganisationen, jedoch ***keinerlei rechtsverbindlichen Standards oder Normen in Österreich***. In einigen Bundesländern (z.B. in Tirol und Vorarlberg) gibt es ***Rechtsgrundlagen in den Landesrettungsgesetzen und Verordnungen***. Seit dem Zeitpunkt, seit dem die Angelegenheiten durch die Arbeitsgruppen der CEN behandelt werden, ist es für Österreich sowie für jedes andere Mitglied der CEN untersagt, nationale Normen zu erarbeiten oder zu ändern. Daher bleibt als einziger Ausweg die Hoffnung auf einen raschen Abschluß der Verhandlungen, Standardisierung und Normung durch die CEN. Auch künftig wir es jedoch öffentlichen und privaten Trägern des Rettungsdienstes sowie der Exekutive und Legislative möglich sein "eigene Normen", die über die künftigen "Mindeststandards" der CEN-Normen hinausgehen, festzulegen. Die Einhaltung der CEN-Normen muß dabei jedoch uneingeschränkt gewährleistet sein.

Folgende Fahrzeuge des Rettungs- und Krankentransportdienstes werden nach dem derzeitigen Arbeitsfortschritt in den Arbeitsgruppen unterschieden:

Ambulance:	=	Sanitätskraftwagen (SANKRA) Mindestbesatzung: zwei angemessen medizinisch ausgebildete Personen
Mobile Intensive Care Unit (MICU)	=	Intensivpflegewagen
Emergency Ambulance	=	Notarztwagen (NAW)
Patient Transport Ambulance		
Type C1	=	Rettungstransportwagen (RTW)
Type C2	=	Krankentransportwagen (KTW)

Aufgrund dieser Sachlage erübrigt sich eine detaillierte Darstellung der erheblich divergierenden Ausstattungsrichtlinien der Einsatzmittel der einzelnen Trägerorganisationen des Rettungs- und Krankentransportdienstes in den einzelnen Bundesländern, da sie ohnehin bald Bestandteil der Rettungsgeschichte sein werden. Um jedoch die positiven Bemühungen und Ansätze einzelner Bundesländer, die ausstehende Normierung zu überbrücken, sei hier folgendes Beispiel angeführt.

So besagt das Vorarlberger Rettungsgesetz, LGBL.Nr. 46/1979 i.d.g.F. LGBl.Nr. 56/1990, im § 4 betreffend "Ausstattung" folgendes:

© copyright by ÖAGW, 1993.

"Abs. 1:Die Landesregierung kann durch Verordnung den Mindestpersonalstand, die fachliche Voraussetzung der Mitglieder, die sachliche Mindestausstattung und den Mindeststandard an organisatorischen Vorkehrungen des Rettungsdienstes oder der anerkannten Rettungsorganisationen unter Berücksichtigung der voraussehbaren Gefahren festlegen. Hiebei kann auch bestimmt werden, daß einheitliche Geräte zu verwenden sind. Vor Erlassung der Verordnung ist das erweiterte Kuratorium anzuhören.

Abs. 2: Die Landesregierung hat stichprobenweise zu überprüfen, ob die gemäß Abs. 1 erlassenen Bestimmungen eingehalten werden. Hiebei sind auch die im Rahmen des Rettungsdienstes oder der beauftragten Rettungsorganisationen eingesetzten medizinischen und technischen Einrichtungen auf ihre Einsatzfähigkeit zu überprüfen."

Folgende ***bodengebundene Einsatzmittel*** kommen im Rettungs- und Krankentransportdienst in Österreich zur Anwendung:

- Notarztwagen (NAW)
- Rettungswagen (RTW)
- Krankentransportwagen (KTW)
- Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)
- Mehrzweckfahrzeuge (MZF)
- Ärztenotdienstwagen
- Rettungsmotorräder
- Sonstige Sondereinsatzmittel

Vor einigen Jahren wurde bereits der Versuch einer Normung im Bereich der Krankenkraftwagen angestrebt. Der Entwurf dieser Norm "V 5601" erreichte jedoch keine Gültigkeit. Dadurch gibt es bis heute für den Bereich der bodengebundenen Rettungsmittel keinerlei geltende ÖNORM. Zum heutigen Tag wäre es auch rechtlich nimmt mehr möglich, eine eigene österreichische Norm zu etablieren, da durch die Mitgliedschaft Österreichs im CEN-Normenausschuß ein Alleingang in diesem Bereich nicht mehr möglich ist, da seitens der CEN bereits an einer entsprechenden europäischen Norm für die Rettungsmittel gearbeitet wird. Mit einem Inkrafttreten dieser CEN-Norm ist nach Aussage von Experten und Mitgliedern des Normenausschusses in ca. eineinhalb bis drei Jahren zu rechnen.

Mangels einer geltenden Norm für Krankenkraftwagen für Österreich wird vielerorts die deutsche DIN-Norm als verbindlich und dem derzeitigen Stand der Wissenschaft entsprechend angesehen. Sie hat jedoch in Österreich keinen rechtsverbindlichen Charakter.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Unter Heranziehung der DIN-Norm gilt für die bodengebundenen Rettungsmittel folgendes:

- Rettungswagen (RTW) dienen dazu, die Transportfähigkeit von Notfallpatienten vor und während der Beförderung herzustellen und aufrecht zu erhalten. Sie sind in der DIN-Norm 75080 Teil 1 und 3, Krankenkraftwagen, geregelt.
- Rettungswagen, die mit einem Notarzt besetzt sind, werden Notarztwagen (NAW) genannt.
- Krankentransportwagen (KTW) sind grundsätzlich für die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten bestimmt. Sie sind in der DIN-Norm 75080, Teil 1 und 2, Krankenkraftwagen, geregelt.
- Mehrzweckfahrzeuge (MZF) erfüllen sowohl die DIN-Normen für RTW als auch für KTW (DIN-Norm 75080, Teil 2 und 3) und sind dadurch - eine entsprechend qualifizierte Besatzung vorausgesetzt - für Notfälle und Krankentransporte gleichermaßen einsetzbar.

4.3.3.4 AUSSTATTUNG UND NORMUNG DER EINSATZMITTEL IN DER ÖSTERREICHISCHEN FLUGRETTUNG

Die ***Normen hinsichtlich Hubschrauber-Rettungsflüge und -Verlegungsflüge*** sind in der ***ÖNORM S 4130*** (ON, 1984) geregelt und enthält folgende Richtlinien:

- *Anwendungsbereich und Zweck*

- *Begriffsbestimmungen*
  - Rettungsflug (Primäreinsatz)
  - Verlegungsflug (Sekundäreinsatz)
  - Notfallpatient
  - Gefährdete Person
  - Hubschrauber für fallweise Rettungsflüge oder Verlegungsflüge
  - Rettungshubschrauber
  - Besatzung

- *Anforderungen an das Einsatzpersonal (Besatzung)*
  - Hubschrauberpilot
  - Flugrettungsarzt
  - Flugrettungssanitäter
  - Spezialist

- *Einsatzanforderungen an den Hubschrauber*
  - Hubschrauber für fallweise Rettungsflüge
  - Rettungshubschrauber

© copyright by ÖAGW, 1993.

- *Medizinische Ausrüstung*
  - Medizinische Minimalausrüstung im Hubschrauber für fallweise Rettungsflüge
  - Medizinische Ausrüstung im Rettungshubschrauber

- *Rettungstechnische Ausstattung*
  - Rettungstechnische Minimalausrüstung im Hubschrauber für fallweise Rettungsflüge
  - Rettungstechnische Ausrüstung im Rettungshubschrauber

- *Zusätzliche medizinische und rettungstechnische Ausrüstung für Spezialeinsätze*
  - Zusätzliche Ausrüstung für einen Hubschrauber für fallweise Rettungsflüge
  - Zusätzliche Ausrüstung für einen Rettungshubschrauber

- *Hinweise auf andere Normen*
  ÖNORM S 4105: Anseilgeschirre für den alpinen Gebrauch; Anforderungen, Prüfung, Normkennzeichnung.

  ÖNORM S 4107: Bergsteigerkarabiner; sicherheitstechnische Anforderungen, Prüfung, Normkennzeichnung.

  ÖNORM S 4111: Bergseile, Energieseile; Begriffsbestimmungen, Anforderungen und Prüfung von Einfach- und Halbseilen

Für den Bereich Flugrettung gibt es noch folgende weiterführende ÖNORMEN:

- ***ÖNORM S 4132: "Ambulanzflüge" (ON, 1984)***

  Die ÖNORM S 4132 stellt ***Mindestanforderungen*** bezüglich Ambulanzflügen auf. Diese Mindestanforderungen dienen dazu, unfachgemäße und den Patienten eventuell schädigende Transporte zu verhindern. Diese ÖNORM enthält Begriffe, Anforderungen und Bestimmungen zur Durchführung von Ambulanzflügen. Prinzipiell sollen diese Flugeinsätze im In- und Ausland als Ergänzung zu anderen Transportmitteln, wie Ambulanzwagen und Hubschrauber, dienen, wobei die Indikation zu diesen Flügen über eine Einsatzzentrale nur durch einen Arzt aufgrund medizinischer und humanitärer Gründe gestellt werden darf.

  Nach dieser ÖNORM sind ***Ambulanzflüge*** mittels Flugzeugen durchgeführte Lufttransporte von erkrankten oder verletzten Personen sowie von Notfallpatienten zur Weiterbehandlung in einer Krankenanstalt.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Erkrankte oder verletzte Personen sind Personen, die entsprechend ihrer Erkrankung oder Verletzung in NACA-Schweregrade (National Advisory Committee for Aeronautics) eingeordnet werden kann, wobei der Schweregrad und die Indikationsstellung zum Flugtransport immer im Zusammenhang mit der örtlichen medizinischen Versorgung und der psychosozialen Belastung des Patienten zu sehen sind. Ein ***Notfallpatient*** ist jeder Patient, bei dem sich eine Störung der vitalen Funktionen ausbildet oder diese nur zu befürchten oder nicht sicher auszuschließen ist. ***Flugzeuge für Ambulanzflüge*** sind Flugzeuge, die aufgrund einer speziellen Ausrüstung und Ausstattung zur Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und zum schonenden Lufttransport von erkrankten oder verletzten Personen oder Notfallpatienten geeignet sind, wobei die Möglichkeit zur Reanimation sowie zur Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen und zur Therapie und Pflege dieser Personen garantiert sein muß. Als ***Besatzung*** im Sinne dieser ÖNORM wird die Mannschaft eines Ambulanzflugzeuges, bestehend aus der Flugbesatzung (mindestens zwei Berufspiloten) und dem medizinischen Personal (mindestens ein Flugrettungsarzt und ein Flugrettungssanitäter) bezeichnet.

Der ***Flugsanitäter*** als notfall- und flugmedizinisch ausgebildeter Helfer (Angehöriger des Krankenpflegefachdienstes oder des Sanitätshifsdienstes) des Rettungsarztes muß während des Fluges die erforderlichen pflegerischen Maßnahmen und medizinischen Tätigkeiten nach Anordnung des Flugrettungsarztes ausführen, lebensbedrohliche Situationen erkennen und lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführen können. Er muß die medizinischen Geräte bedienen können, weiters muß er flugmedizinische und transportmedizinische Grundkenntnisse besitzen sowie über die wichtigsten Verhaltensregeln im Flugzeug und auf Flugplätzen (Flughäfen) Bescheid wissen. Der Flugrettungsarzt hat die genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Der ***Flugrettungsarzt*** als notfallmedizinisch und flugmedizinisch ausgebildeter Arzt, der nach den Bestimmungen des Ärztegesetzes zur selbständigen Berufsausübung berechtigt und der in der Lage ist, alle am Patienten notwendigen Eingriffe durchzuführen und die an Bord befindlichen medizinischen Geräte sachgerecht und eigenverantwortlich anzuwenden, muß weitgehende transportmedizinische Kenntnisse besitzen sowie über die wichtigsten Verhaltensregeln im Flugzeug und auf Flugplätzen Bescheid wissen. Die notfall- und flugmedizinische Ausbildung hat nach den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer zu erfolgen.

Die ÖNORM regelt weiters die Einsatzanforderungen an das Flugzeug hinsichtlich allgemeiner Anforderungen, Druckkabine, medizinisch-technische Anforderungen an die Kabine, Beleuchtung, Heizung und Belüftung sowie Steckdosen.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Im Rahmen der ***medizinischen Ausstattungen*** müssen folgende Geräte vorhanden sein: Beatmungsbeutel, Intubationsbesteck, Sauerstoffgerät, Absaugeeinrichtung, EKG-Sicht- und -Schreibgerät, Defibrillator, Blutdruckmeßgerät und Stethoskop, Vakuummatratze, Fixations- und Schienungsmaterial, Verbandsmaterial, Infusionslösungen in Plastikbehältern und Infusionsmaterial, Infusionshaken in der Kabine oberhalb des Patienten, Punktionsmaterial, chirurgisches Taschenbesteck, Infusions-Druckmanschette oder automatisches Infusionsgerät, Harnkatheter, Magensonden, Darmrohr, Notfallprotokolle und Schreibzeug. Weiters sind noch Zusatzausrüstungen für spezielle Transporte (externer Herzschrittmacher mit Sonde, Inkubator, automatisches Beatmungsgerät, etc.), notfallmedizinische Standardmedikamente und im Hinblick auf die Art und Schwere der Erkrankung bzw. Verletzung des Transportierten ausgesuchte Arzneimittel, Pflegeutensilien, etc. vorgesehen.

Im Rahmen der Sicherheitsbestimmungen muß ein ***regelmäßiges Emergency-Training der Besatzung*** durchgeführt werden (mindestens einmal jährlich) (ÖSTERREICHISCHES NORMUNGSINSTITUT - ON, 1984).

- ***Beiblatt 1 zur ÖNORM S 4132:*** *"Beurteilung von Erkrankten und Verletzten am Einsatzort" (ON, 1984)*

Das Beiblatt zur ÖNORM S 4132 (ON, 1984) regelt die Beurteilung von Erkrankungen und Verletzungen am Einsatzort nach dem "Mod. NACA-Index". Dabei werden folgende Schwergrade unterschieden:

Schweregrad 0: Unverletzt, Evakuierung
Schweregrad I: Verletzungen und Erkrankungen geringfügiger Art, die keiner akuten ärztlicher Therapie bedürfen
Schweregrad II: Verletzungen und Erkrankungen, die zwar einer weiteren Abklärung bzw. Therapie aber in der Regel keines stationären Krankenhausaufenthaltes bedürfen.
Schweregrad III: Verletzungen und Erkrankungen, die in der Regel einer stationären Abklärung bzw. Therapie bedürfen, bei denen jedoch akut keine Vitalgefährdung zu erwarten ist.
Schweregrad IV: Verletzungen und Erkrankungen ohne akute Lebensgefahr, die aber eine kurzfristige Entwicklung einer Vitalgefährdung nicht ausschließen.
Schweregrad V: Erkrankungen und Verletzungen mit akuter Vitalgefährdung, die ohne baldige Therapie wahrscheinlich letal enden, Transport in Reanimationsbereitschaft.
Schweregrad VI: Erkrankungen und Verletzungen, bei denen nach Wiederherstellung der Vitalfunktionen oder erfolgreicher Reanimation die Patienten in ein Krankenhaus eingeliefert werden.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Schweregrad VII: Tödliche Verletzungen und Erkrankungen mit oder ohne Reanimationsversuch, auch wenn die Reanimation auf dem Transport erfolglos weitergeführt wurde.

- ***Beiblatt 2 zur ÖNORM S 4132:*** *"Optimierung von Ambulanzflügen" (ON, 1984)*

Um Ambulanzflüge zu optimieren, d.h. um die Versorgung des Patienten mit den bestmöglichen Voraussetzungen zu garantieren, sind folgende zusätzliche Maßnahmen anzustreben:

- Etablierung einer Profitruppe, einer berufsmäßigen medizinischen Crew mit Flugrettungsärzten und Flugsanitätern mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen;

- entsprechende Einsatzzentralen, die ständig (24 Stunden) erreichbar und mit Fachkräften besetzt sind und in der alle Kommunikationsmöglichkeiten ausgeschöpft werden. Diese Einsatzzentralen sollen mit einer großen Zahl von medizinischen Fachkräften für eventuell notwendige Rückfragen verbunden sein;

- Ambulanzflugzeuge, welche ständig für den vorgesehenen Zweck adaptiert und eingerichtet sind und die bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

4.4 AUSBILDUNG DES NICHTÄRZTLICHEN SANITÄTSPERSONALS

4.4.1 DERZEITIGER AUSBILDUNGSSTAND IN ÖSTERREICH

4.4.1.1 DIE GESETZLICHEN AUSBILDUNGSINHALTE

Derzeit wird das hauptamtliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Sanitätshilfsdienste (siehe Kapitel 4.1.2.2.3) geschult und geprüft. Die Ausbildung zum/zur Sanitätsgehilfen/Sanitätsgehilfin ist in Anlage 1 zu § 4 Abs. 3 geregelt.

In dieser Verordnung sind darüber hinaus noch folgende Bereiche geregelt:

- Kursleitung,
- Vortragende,

- Dauer und Inhalt des theoretischen und praktischen Unterrichts,
- Prüfungsmodalitäten (Teilprüfungen, Kursabschlußprüfung, Prüfungskommission, Prüfer, Prüfungsleitung, Protokoll. Wertung der Prüfungsergebnisse, Verhinderung des Prüflings, Wiederholungsmodalitäten) sowie
- Zeugnis und Benotung

Zu Erlangung der Berufsberechtigung gemäß § 6 Abs. 1 in den Sanitätshilfsdiensten sind Prüfungen durchzuführen.

Theoretische und praktische Ausbildung zum Sanitätsgehilfen und zur Sanitätsgehilfin:

Unterrichtsfach	**Mindeststunden**
1. Grundzüge der Hygiene und Infektionslehre einschließlich Entwesung, Desinfektion und Sterilisation	20
2. Grundzüge des Katastropheneinsatzes und Strahlenschutzes	20
3. Erste Hilfe und Verbandslehre einschließlich Erste-Hilfe-Leistung bei Geburten	60
4. Einfache Instrumenten- und Gerätelehre	20
5. Grundzüge des Sanitäts-, Arbeits- und Sozialversicherungsrechtes	15
Gesamtstundenanzahl	**135**

Hinweis:

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Sanitätshilfsdienst enthält jedoch keinerlei Hinweise auf Art, Form und Umfang des in den §§ 4, 5 und 8 angeführten praktischen Unterrichts, weder hinsichtlich Ausbildung, Vortragende noch für den Bereich der Prüfung.

© copyright by ÖAGW, 1993.

4.4.1.2 AUSBILDUNGSVORSCHRIFTEN UND AUSBILDUNGSINHALTE DER TRÄGERORGANISATIONEN

4.4.1.2.1 Das Österreichische Rote Kreuz - ÖRK

"Für den Sanitätsdienst im Roten Kreuz ist die physische und psychische Eignung erforderlich. Erforderlichenfalls ist eine medizinische Untersuchung zwecks gesundheitlicher Eignung durchzuführen und/oder ein Leumundszeugnis beizubringen. Die Menschlichkeit und ihre Verwirklichung in der Dienstausübung ist oberster Grundsatz jedes Angehörigen des Rettungs- und Krankentransportdienstes. Ziel der mindestens einjährigen Probezeit (= Probehelferin/Probehelfer) ist das Kennenlernen der neuen Mitarbeiter. Die fachliche Eignung wird durch die entsprechende Ausbildung erreicht (SPECTRUM EXTRA, ÖRK, Landesverband für Niederösterreich)."

Folgende Ausbildungsstufen können erreicht werden:

1) Sanitätshelfer/Sanitätshelferin

Ausbildungserfordernisse:
- 16 Stunden Erste-Hilfe-Grundkurs
- 40 Stunden Sanitätshilfe, Teil I
- 20 Stunden Sanitätshilfe, Teil II
- 100 Stunden Praxis
- Teilweise werden weitere Anforderungen gestellt:
  z.B. Landesverband Salzburg: * 1 Tag Transportverrechnung
  * 1 Tag Funkkurs

Vor dem September 1990 aufgenommene Mitarbeiter haben zu ihrer damaligen 30-stündigen Sanitätshilfe-Ausbildung den 20-stündigen Teil II der Sanitätshilfe nachzuholen.

Derzeitige Lehrinhalte der Sanitätshilfe I und II

Die Sanitätshilfe I und II werden in 20 (Sanitätshilfe I) und 10 (Sanitätshilfe II) Doppelstunden (DStd.) vermittelt (ÖRK, 1991).

Inhalte der Sanitätshilfe I:

1. DStd.: Begriff Sanitätshilfe; Hilfs- und Rettungswesen; das Rote Kreuz; rechtliche Grundlagen; Transportnachweis

2. DStd.: Rettungskette; Einsatzleitstelle; Einsatzarten, Funkordnung
3. DStd.: Transportrichtlinien; Übergabe des Patienten im Krankenhaus; Einsatzfahrzeuge; Umgang mit Trage und Tragsessel; Führen und Tragen von Patienten
4. DStd.: Lebensrettende Sanitätshilfemaßnahmen; Gefahrenbereich (Absicherung, Bergung, Gefahrenbelehrung); Umgang mit Feuerlöscher, Schaufeltrage, Bergetuch; Bergegriffe
5. DStd: Medizinischer Notfall; Lebensfunktionen; Anatomie; Kontrolle und Beurteilung der Bewußtseinslage, der Atmung, des Kreislaufes
6. DStd: Regloser Notfallpatient - Bewußtlosigkeit; Seitenlagerung
7. DStd.: Regloser Notfallpatient - Atemstillstand; Atemspende; Gerätebeamtung
8. DStd.: Regloser Notfallpatient - Kreislaufstillstand; Herzmassage
9. DStd: Akute Gefährdung des Kreislaufs; bedrohliche Blutung; Blutstillung
10. DStd.: Akute Gefährdung des Kreislaufs; Schock; Lagerungsarten; Schockbekämpfung
11. DStd.: Akute Störung der Atmung; Absaugen; O_2-Inhalation; assistierte Beatmung
12. DStd.: Traumatologische Notfälle (Anatomie; Schädel-Hirn-Trauma; Wirbelsäulentrauma); Sturzhelmabnahme; Stabilisierung der Halswirbelsäule; Vakuummatratze
13. DStd.: Traumatologische Notfälle (Anatomie; Brustkorbverletzungen, Bauchverletzungen)
14. DStd.: Verletzungen an den Gliedmaßen (Anatomie); Ruhigstellung
15. DStd.: Wunden; Anatomie; Hitzeschäden; Unterkühlung; Wundversorgung
16. DStd.: Internistische Notfälle (Akut auftretende Blutungen; Komaformen; Krampfanfälle); Krankenbeobachtung; Pflegemaßnahmen
17. DStd.: Internistische Notfälle (pulmonale, cardiale Notfälle, akutes Abdomen, akuter Gefäßverschluß); verschiedene Hilfeleistungen
18. DStd.: Verhalten bei Infektionskrankheiten; Desinfektion; Umgang mit Schutzausrüstung
19. DStd.: Toxikologische Notfälle (Vergiftungen)
20. DStd.: Gynäkologische Notfälle; Anatomie; Schwangerschaftskomplikationen; Geburt; Geburtenkoffer; Beatmung und Herzmassage bei Neugeborenen; Transportinkubator

Inhalte der Sanitätshilfe II:

1. DStd.: Unfallmechanik, Polytrauma
2. DStd.: Regloser Notfallpatient; Kontrolle der Lebensfunktionen; Umgang mit Beatmungsgeräten
3. DStd.: Mithilfe bei notärztlichen Maßnahmen; Blutdruck; Freihalten der Atemwege

© copyright by ÖAGW, 1993.

4. DStd.: Vorbereitung zur Venenpunktion, Injektion, Infusion; Entsorgung von Spritzen und Nadeln
5. DStd.: Diabetes; Harnverhalten; Dialyse-Patient; Kanülenträger; Krampfanfälle; Herzschrittmacher; EKG-Überwachung; Defibrillation
6. DStd.: Grundzüge der Hygiene; Sterilisator; Infektionskrankheiten; Entsorgung von infektiösem Material; Verhalten bei der Versorgung infektiöser Patienten
7. DStd.: Psychiatrische Notfälle; Augennotfälle, Kindernotfälle; Ertrinkungsunfall; Tauchunfall; Strahlenunfall
8. DStd.: Katastropheneinsatz; Einsatzkarten; Kennzeichnung von Verletzten
9. DStd.: Triage; Alarm- und Einsatzpläne; Ausrüstung für den Katastropheneinsatz
10. DStd.: Medikamentenlehre; Terminologie; Arztkoffer; Notarztkoffer

2) Sanitätsgehilfe/Sanitätsgehilfin (vgl. hiezu auch Kapitel 4.1.2.2.3)

Alle hauptamtlichen Mitarbeiter im Sanitätsdienst des RKT sind verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren nach Aufnahme des Dienstverhältnisses die im Krankenpflegegesetz vorgeschriebene Ausbildung zum Sanitätsgehilfen zu absolvieren. Eine Ausbildung zum Sanitätsgehilfen kann derzeit z.B. im Rahmen des Kaiser Franz-Josef-Spitals der Stadt Wien (disloziert an der Zentralschule des ÖRK abgehalten) oder beim Städtischen Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst absolviert werden. Hiebei ist anzumerken, daß die Ausbildung im Rahmen der Wr. Rettung für alle Wiener Organisationen möglich ist und daß Teilnehmer aus den Bundesländern überwiegend bei der Zentralschule des ÖRK die Ausbildung absolvieren. Die Ausbildung zum Sanitätsgehilfen entspricht den Voraussetzungen des Krankenpflegegesetzes, BGBl.Nr. 102/1961, i.d.j.g.F. Die Ausbildungsdauer beträgt ein Monat mit insgesamt 135 Stunden. Bei einigen Landesverbänden (z.B. Salzburg) ist die Zulassungsvoraussetzung ein bereits absolvierter Sanitätshelferkurs. Für den Fall, daß das Sanitätsgehilfenpersonal als Notfallsanitäter eingesetzt wird, ist zusätzlich die vorgeschriebene 100-stündige Ausbildung zum Notfallsanitäter sowie das Praktikum zu absolvieren.

Die ***Sanitätshelfer und Sanitätsgehilfen***, die die vom ÖRK empfohlene Ausbildung, das sind 60 Stunden Theorie beim Sanitätshelfer und 135 Stunden Theorie beim Sanitätsgehilfen, besucht haben, ***sollen entsprechend den "Vorschriften für den Rettungs- und Krankentransportdienst" zu folgenden Tätigkeiten und Aufgaben befähigt sein:***

- Leistung Erster Hilfe zu Herstellung der Transportfähigkeit eines Patienten
- Betreuung des Patienten von der Übernahme bis zur Übergabe

© copyright by ÖAGW, 1993.

- ***Beobachtung, Lagerung, Aufrechterhaltung von Atmung und Kreislauf sowie weitere Maßnahmen im Rahmen der Ersten Hilfe während des Transportes***
- Psychische Betreuung des Patienten im Rahmen der Ersten Hilfe
- Mithilfe bei ärztlichen Verrichtungen
- Mithilfe zur Aufrechterhaltung der ständigen Einsatzbereitschaft des Sanitätseinsatzwagens in hygienischer und vorratsmäßiger Hinsicht.

3) Notfallsanitäter (NFS)

Der Notfallsanitäter wird hauptsächlich zur Unterstützung des Notarztes eingesetzt. Diese neue Ausbildungsebene wurde gemäß dem Beschluß der Landeschefärzte seit September 1991 bundesweit verbindlich als Qualifikationsgang für alle Rot-Kreuz-Mitarbeiter, welche in einem Notarztsystem eingesetzt werden, definiert (ÖRK, LANDESVERBAND TIROL). Demgemäß wird in 60 Stunden Theorie und 40 Stunden Praxis das *Grundwissen für eine Assistenzleistung für den Notarzt* vermittelt. Unter Notarztsystemen sind sowohl die NAW- und die NAH-Systeme zu verstehen, als auch das notärztliche Rendez-vous-System, welches insbesondere in Tirol Anwendung findet.

Ausbildungserfordernisse:
- Ausbildung zum Sanitätshelfer/Sanitätshelferin
- 60 Stunden Notfallsanitäter-Ausbildung, Theorie
- 40 Stunden Notfallsanitäter-Ausbildung, Praxis
- mindestens 10 "Einschulungsdienste" im NAW

Die Gesamteinschulungsdauer für den Einsatz als Notfallsanitäter umfaßt somit 276 Stunden und beinhaltet die Sanitätshelfer-Ausbildung mit 176 Stunden sowie die Notfallsanitäterausbildung mit 100 Stunden. Die 40-stündige praktische Einschulung im Rahmen der Notfallsanitäterausbildung beinhaltet Ausfahrten im Notarzt-Rettungswagen und ein Praktikum an einer Intensivstation.

Als offizielle Lernunterlage wurde das Buch "Gorgaß - Ahnefeld: Rettungsassistent und Rettungssanitäter" (GORGAß, AHNEFELD, 1989) ausgewählt, wobei hier die österreichische Rechtslage zu beachten ist.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Beispiele für regionale Ausbildungskonzepte

1.) Ausbildung zum Notfallsanitäter und Notfallhelfer in Salzburg

Ausbildung zum Notfallsanitäter in Salzburg (Teil A)

Diese Ausbildung (ÖRK, LANDESVERBAND SALZBURG) kann angestelltes, also hauptamtliches, nichtärztliches Sanitätspersonal absolvieren.

Die ***Voraussetzungen*** hiezu sind:

a) Absolvierung des Erste-Hilfe-Kurses und des Sanitätsgehilfenkurses.
b) Ablegung der staatlichen Sanitätsgehilfenprüfung.
c) Erfolgreiche Absolvierung eines Kurses für "Lehrbeauftragte" (dieser kann binnen 24 Monaten nachgemacht werden).
d) Fünfjährige Praxis im Rettungsdienst.
e) Ablegung einer schriftlichen Qualifikationsprüfung über den Stoff der Ersten Hilfe, der erweiterten Ersten Hilfe sowie der Sanitätsgehilfenausbildung.
f) Freiwillige Meldung und durch Unterschrift bekundeter Wunsch zum Notfallsanitäter ausgebildet zu werden und damit Übernahme der Verpflichtung, sich den Ausbildungsbedingungen zu unterziehen.
g) Höchstalter zu Ausbildungsbeginn: 40 Jahre.
h) die Zustimmung des Bezirkskommandanten ist planstellenabhängig.

Die ***Ausbildungsbedingungen*** zum Notfallsanitäter sind:

a) Theoretische Ausbildung in Notfallmedizin im Ausmaß von 42 Stunden lt. Ausbildungsplan.
b) Ausbildung durch die am Landesverband in Notfalldienst tätigen Ärzte.
c) Die Zahl der Schulungsteilnehmer darf 15 Personen nicht überschreiten.
d) Als Ausbildungsgrundlage dient der Stoff aus dem Buch "Der Rettungssanitäter" von Gorgaß und Ahnefeld (GORGAß, AHNEFELD, 1989).
e) Die praktische Ausbildung in Notfallmedizin soll sechs Wochen dauern und möglichst an Intensivstationen und Ambulanzen der Krankenhäuser und Unfallabteilungen durchgeführt werden (5 Wochen in der Stadt Salzburg und eine 1 Woche in einem Bezirkskrankenhaus). Weiters sind 30 Einsätze auf einem NAW als zusätzlicher Sanitäter, Fehleinsätze nicht miteingerechnet, zu absolvieren.
f) Nach Absolvierung der praktischen Ausbildungszeit und entsprechender Vorbereitung erfolgt die kommissionelle Prüfung durch den leitenden Notarzt des Landesverbandes und der bei der Ausbildung unterrichtenden Notärzte.
g) Die Prüfung erfolgt im theoretischen Teil mündlich, im praktischen Teil mündlich und an den Übungsgeräten.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Ausbildung zum Notfallhelfer in Salzburg (Teil B)

Diese Ausbildung (ÖRK, LANDESVERBAND SALZBURG) kann freiwilliges Sanitätspersonal absolvieren.

Die *Voraussetzungen* hiezu sind:

a) Absolvierung des Erste-Hilfe-Kurses und des Sanitätshelferkurses.
b) Dreijährige Praxis im Rettungsdienst.
c) Erfolgreiche Absolvierung eines Kurses für "Lehrbeauftragte".
d) Ablegung einer schriftlichen Qualifikationsprüfung über den Stoff der Ersten Hilfe und der erweiterten Ersten Hilfe.
e) Freiwillige Meldung und durch Unterschrift bekundeter Wunsch, zum Notfallhelfer ausgebildet zu werden und damit Übernahme der Verpflichtung, sich den Ausbildungsbedingungen zu unterziehen.
f) Zustimmung des Bezirkskommandanten.
g) Bedarfsabhängig.

Die *Ausbildungsbedingungen* zum Notfallhelfer sind bis auf Punkt e) ident mit derer des Notfallsanitäters.

e) Die praktische Ausbildung in Notfallmedizin soll drei Wochen dauern und möglichst an Intensivstationen und Ambulanzen der umliegenden Krankenhäuser und Unfallabteilungen durchgeführt werden. Weiters sind 15 Einsätze auf einem NAW als zusätzlicher Sanitäter, Fehleinsätze nicht mit eingerechnet, zu absolvieren.
h) Erfüllt ein freiwilliger Sanitätsdienstgrad alle Voraussetzungen und Ausbildungsbedingungen wie unter Teil A, wird dieser zum Notfallsanitäter ausgebildet.

Die *Aufgaben des "Notfallhelfers" im Rettungs- und Krankentransportdienst* sind:

a) Im NAW als dritter Mann zur Unterstützung des Arztes und des Notfallsanitäters. Seine Handlungen dienen der Vorbereitung und nicht der Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen.
b) Bei Rettungs- und Krankentransporten im KTW bzw. RTW soll der ausgebildete Notfallhelfer als Transportführer eingesetzt werden, der in Eigenverantwortung die ***Maßnahmen der erweiterten Ersten Hilfe*** bestimmt und einen sachgerechten Transport überwacht und durchführt.

© copyright by ÖAGW, 1993.

Zusatz:

Praktikanten aus den Dienststellen des Bundeslandes können bei bestehender Möglichkeit eine Woche der praktischen Ausbildung (Unfallchirurgie) am örtlichen Krankenhaus gegen Vorlage einer entsprechenden Bestätigung absolvieren.

Mitarbeiter, welche ein Krankenpflegediplom vorweisen können, brauchen den Grundausbildungskurs nicht besuchen. Nach dreiwöchiger Praxis kann die Prüfung abgelegt werden.

Inhalte der Ausbildung zum Notfallsanitäter und Notfallhelfer:

I. Theoretische notfallmedizinische Ausbildung in 42 Einheiten:

Anatomie und Physiologie der Atmung; der Atemweg; Pathologie der Atmung; Intubation; Tracheotomie; Koniotomie; der Lufttransport, Änderungen im anatomisch-physiologischen Bereich, Änderung im medizinischen Bereich; Das Sauerstoffgerät; Das Absauggerät; Ambu-Beutel in Verbindung mit oraler und orotrachealer Intubation; Anatomie und Physiologie des Kreislaufes; Pathologie des Kreislaufes; Das EKG; Das pathologische EKG; Der Defibrillator; Das normale EKG; EKG-Formen, Extrasystolie, Vorhofflimmern, Kammerflimmern.

Anatomie und Physiologie des Zentralnervensystems und des peripheren Nervensystems. Die traumatischen Schädelverletzungen, Früherkennung, die Pupille. Reaktion auf Licht und Konvergenz usw., Der Schock, Infusion, Transfusion, Infusionstechnik. Die Injektion, im, subc, iv, ic; Vorbereiten der Infusion und Medikamente; Punktion großer Hohlvenen, Subclaviakatheter (Erklärung dieser Maßnahme und ihrer Durchführung). Venae sectio (Erklärung); der Wasser- und Elektrolythaushalt und Maßnahmen zur Behandlung derselben. Medikamente zur präklinischen Versorgung von Notfallpatienten. Der Stromunfall; Ertrinken; das Polytrauma; der gynäkologische Notfall; Verbrennungen, Erfrierungen.

II. **Klinikpraktikum** für sechs (Notfallsanitäter) bzw. drei (Notfallhelfer) Wochen:
a) **Praktisches Üben der orotrachealen Intubation**
b) **Infundieren**
c) **Verabreichung von Medikamenten (iv, im)**
d) **Blutabnahme**
e) **Auswertung von notfallmedizinischen EKGs**
f) Schulung an vorhandenen EKG-Streifen
g) **Defibrillation**
h) Absaugen nasal, oral und endotracheal
i) **Beatmung mit Respiratoren**

© copyright by ÖAGW, 1993.

j) **Überwachung Narkotisierter**
k) Unsteriler Beidienst im OP
l) Allgemeine Pflegetätigkeit

2.) Ausbildung zum Notfallsanitäter für Mitarbeiter am NAW und RTH in Linz

Die Ausbildung zum Notfallsanitäter wird in Linz folgendermaßen durchgeführt: Voraussetzungen sind Erfahrung im Rettungs- und Krankentransportdienst und der Sanitätsgehilfen-Kurs. Anschließend muß ein 480-stündiges Anästhesie-Praktikum sowie 1 Jahr OP-Intensiv-Praktikum besucht und dann die Prüfung zum Notfallsanitäter abgelegt werden. Will der Notfallsanitäter sein Tätigkeitsspektrum erweitern, kann er nach zweijähriger Tätigkeit auf einem NAW die Rettungshubschrauber-Einschulung sowie den Flugbegleiter-Kurs des Bundesministeriums für Inneres absolvieren. Nach erfolgreichem Abschluß dieser Ausbildung durch eine Prüfung kann der Sanitäter im RTH-Dienst tätig werden.

Im folgenden seien hier kurz die wesentlichsten Ausbildungsinhalte des Anästhesie- und Intensivpraktikums dargestellt.

Das 480-stündige Anästhesie-Praktikum wird im OP-Bereich absolviert und die zukünftigen Notfallsanitäter von Fachärzten für Anästhesiologie unterrichtet. Die Lehrinhalte sind:

- **300 Venenpunktionen selbständig**
- praeoperative Patientenvorbereitung
- Assistenz bei der Intubation durch den Arzt
- **150 Intubationen selbständig**
- intraoperative Patientenüberwachung
- Assistenz bei der Punktion zentraler Venen
- Assistenz bei der Durchführung von Spinalnarkosen
- Assistenz bei der Protokollierung
- Assistenz bei der Übergabe des Patienten an den AWR (= Aufwachraum)
- Assistenz bei der postoperativen Patientenüberwachung

Das Intensivpraktikum dauert ein Jahr (mit dzt. 48 Wochenstunden) und wird auf einer chirurgischen Intensivstation absolviert. Das Ausbildungsteam setzt sich aus diplomiertem Krankenpflegepersonal und Fachärzten für Anästhesie zusammen. Die Lehrinhalte sind:

- Grundpflege des Patienten
- Assistent bei der Durchführung pflegerischer Maßnahmen

© copyright by ÖAGW, 1993.

- **Durchführung von Blutgasanalysen und Blutzuckerbestimmung**
- Vorbereitung von Infusionslösungen
- Vorbereitung von Perfusorspritzen
- Assistenz bei der Punktion zentraler Venen
- Assistenz beim Legen von Epiduralkathetern
- Assistenz beim Legen von arteriellen Kanülen
- Assistenz bei Liquorpunktionen
- Assistenz bei Intercostalblockaden
- Assistenz bei der Mobilisierung von Patienten
- Abholung von postoperativen Herzpatienten vom Herz-OP
- Assistenz bei der Verlegung von Patienten auf Stationen

Weiters erhalten sie Kenntnisse über die Reinigung und Aufrüstung von Respiratoren (Ohio, Bird, IMV, CPU, Evita) sowie der Aufrüstung von Vakuumsaugern. An weiteren Ausbildungen müssen der Führerschein der Gruppe "C" und ein EDV-Kurs absolviert werden, ebenso ein Anästhesie- und intensivmedizinisches Praktikum für Säuglinge und Kleinkinder im Ausmaß von einer Woche an der Landeskinderklinik Linz und ein Geburtshilfe-Praktikum an der Landesfrauenklinik Linz.

Fortbildungsveranstaltungen finden viermal jährlich mit aktuellen Themen aus dem medizinischen Bereich statt und müssen verpflichtend besucht werden. Externe Fortbildungsveranstaltungen werden jeweils nach Themen belegt, die auf den NAW-Dienst zugeschnitten bzw. im Interesse des Personals sind. Zur einheitlichen Erfassung aller Aus- und Fortbildungen jedes Mitarbeiters wird ein Fortbildungsnachweis geführt, den der ärztliche Leiter oder dessen Stellvertreter in seiner Richtigkeit bestätigt.

3) Journaldienst

Der Journaldienst stellt die Drehscheibe des Informationsaustausches dar und ist als Disponent für den optimalen Einsatz der Mittel tätig.

Ausbildungserfordernisse:
- 16 Stunden Erste-Hilfe-Grundkurs
- 40 Stunden Sanitätshilfe, Teil I
- 16 Stunden Journaldienst-Kurs

4) Weitere Ausbildungsbestimmungen

- Promovierten Medizinern ist das Medizinstudium bei der Sanitätshilfe- und Notfallsanitäterausbildung im theoretischen Teil anzurechnen. Diese Regelung gilt

auch für beruflich aktives diplomiertes Krankenpflegepersonal. Die universitäre Bescheinigung über den Besuch der Ersten Hilfe ersetzt den 16-stündigen Erste-Hilfe-Grundkurs.

- Hauptamtliche im Sanitätsdienst (Sanitäter), Journaldienst und Sanitätseinsatzfahrer haben innerhalb von zwei Jahren nach Maßgabe der angebotenen Plätze den Sanitätsgehilfenkurs zu besuchen. Für den Einsatz als Notfallsanitäter ist die vorgeschriebene 100-stündige Ausbildung sowie das Praktikum zu absolvieren. Die laufende Fort- und Weiterbildung ist verpflichtend. Für Hauptamtliche in der Verwaltung ist der Besuch des Erste-Hilfe-Grundkurses verpflichtend, der Sanitätshilfekurs wird empfohlen.

- Der Besuch des Sanitätsgehilfenkurses ersetzt den Teil I und den Teil II der Rot-Kreuz-Sanitätshilfeausbildung. Die Stationsgehilfen- und die OP-Gehilfenausbildung ersetzen ebenso Teil I und Teil II der Sanitätshilfe, erforderlichenfalls sind Themenbereiche nachzuschulen.

- Die Sanitäterausbildung der freiwilligen Feuerwehren und ähnliche Ausbildungen ersetzen den Erste-Hilfe-Grundkurs. Im Einzelfall entscheidet der Chefarzt nach Prüfung der Sachlage.

- Die Sanitäterausbildung beim Österreichischen Bundesheer ersetzt die vergleichbare Ausbildung des ÖRK, die Praktika sind jedoch zu absolvieren. Einzelne Themenbereiche sind erforderlichenfalls nachzuschulen. Die Offiziersausbildung beim Österreichischen Bundesheer ersetzt den Offizierskurs des Roten Kreuzes, die Sanitäterausbildung ist selbstverständlich erforderlich.

- Personen, die den Zivildienst beim ÖRK abgeleistet haben, kann die Dauer der Dienstverrichtung an der Bezirksstelle in die Probezeit miteingerechnet werden.

5) Weitere Ausbildungen

- Sanitätsfahrer, z.B. nach dem Landesverbandes Salzburg

  Voraussetzungen: Sanitätshelfer, Führerschein der Klasse "B", zwei Jahre Fahrpraxis, Zustimmung des Abteilungskommandanten

Ausbildungsdauer:	praktische Ausbildung am Fahrzeug	6 Stunden
		Fahrerausbildung
		1 Tag

Kursinhalte: Fahrzeugtypen, praktische Überprüfung der Fahrkenntnisse, Gesetzeskunde, Kartenkunde, theoretische und praktische Geräteeinschulung, Fahrtechniktraining, Überprüfung der Ortskenntnisse.

AKTUELLE TRENDS

In Anbetracht des bevorstehenden Beitritts Österreichs zum Europäischen Wirtschaftsraum und dem vermutlich alsbaldigen Beitritt zur Europäischen Gemeinschaft (EG) und nicht zuletzt aufgrund intensiver Aktivitäten außerhalb des ÖRK hat sich dieses veranlaßt gefühlt, die Ausbildung im ÖRK neu zu überdenken und zu definierten. Der vorliegende Ausbildungsentwurf der internen Arbeitsgruppe des ÖRK für die Ausbildung hauptamtlicher und ehrenamtlicher Mitarbeiter des ÖRK entspricht jedoch hinsichtlich der praktischen und theoretischen Lehrinhalte weder der Ausbildung vergleichbarer Gesundheitsberufe im Inland, noch den tatsächlichen Anforderungen hinsichtlich eines Berufsbildes in Österreich, noch europäischen oder gar internationalen Standards. Der Vorwand von Machbarkeit und Finanzierbarkeit darf nicht einer optimalen präklinischen notfallmedizinischen Versorgung mit entsprechend hochqualifiziertem ärztlichen und nichtärztlichen Sanitätspersonal entgegenstehen. Dies umso mehr, als das Argument der Unfinanzierbarkeit im Hinblick auf die Rettung von Menschenleben weder medizinisch noch gesundheitspolitisch oder ethisch-moralisch zu rechtfertigen ist, und ausschließlich sekundäre Bedeutung haben darf sowie darüber hinaus aus volkswirtschaftlicher Betrachtungsweise im Rahmen einer ganzheitlichen Sichtweise nicht haltbar ist. Bei diesem Ausbildungskonzept sieht das ÖRK für hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter im Rettungs- und Krankentransportdienst sowie in notärztlichen Systemen folgenden Ausbildungsumfang vor:

- ehrenamtliche Sanitätshelfer im RKT-Dienst ..... 500 Stunden
- hauptamtliche Sanitätsgehilfen im RKT-Dienst ..... 680 Stunden
- ehrenamtliche Notfallsanitäter ..... 1020 Stunden
- hauptamtliche Notfallsanitäter ..... 1200 Stunden

Das vorliegende Konzept basiert auf den praktischen Erfahrungen des Landesverbandes Steiermark hinsichtlich der Ausbildung zum Notfallsanitäter. Die Ausbildung zum ehrenamtlichen Notfallsanitäter sieht jedoch keine einschneidenden Änderungen hinsichtlich des Ausbildungsumfanges vor, da es sich nach wie vor hinsichtlich der theoretischen Ausbildung mit insgesamt 136 Stunden lediglich aus den 16 Stunden Erste-Hilfe-Grundkurs, den 60 Stunden Sanitätshilfe I und II und 60 Stunden Theorie im Rahmen des 100-stündigen Notfallsanitäterkurses zusammensetzt. Die restlichen 884 Stunden setzen sich aus drei Praxisblöcken mit insgesamt 424 Stunden sowie einer Praxis "NFS" mit 420 Stunden sowie 40 Stunden

© copyright by ÖAGW, 1993.

praktische Unterweisung im Rahmen des 100-stündigen Notfallsanitäterkurses zusammen.

Bei den hauptamtlichen Sanitätsgehilfen im RKT-Dienst bzw. hauptamtlichen Notfallsanitätern ist der theoretische Lehrstoff im Vergleich zu den ehrenamtlichen Sanitätshelfer im RKT-Dienst sowie den ehrenamtlichen Notfallsanitätern um 180 Stunden erweitert, wodurch sich eine von den hauptamtlichen Notfallsanitätern (120 Stunden) abweichende Gesamtstundenzahl von 1200 Stunden ergibt. Die theoretische Ausbildung zum Sanitätsgehilfen umfaßt in diesem Entwurf 240 Stunden anstatt der im Krankenpflegegesetz bis dato geforderten 135 Stunden. Unverständlich bleibt die Differenzierung hinsichtlich Ausbildungsumfang und Ausbildungsqualität zwischen hauptamtlichem und freiwilligem Personal. *Bei gleicher Kompetenz und Verantwortung ist es jedoch durchaus legitim, die Grundprämisse nach qualitativ und quantitativ gleicher Ausbildung zu erheben.* Darüber hinaus besteht im Vergleich zu den Ausbildungsplänen anderer Gesundheitsberufe eine überdurchschnittliche Praktikumslastigkeit. So stehen beim ehrenamtlichen Notfallsanitäter 136 Stunden Theorie 884 Stunden Praktikum gegenüber; dies entspricht einer Theorie-Praxis-Relation von 13,3 zu 86,7.

4.4.1.2.2 Städtischer Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst, MA 70

Praxisbezogene Ausbildung aus der Sicht von Dr. Alfred Kaff, Chefarzt des Städtischen Rettungs- und Krankenbeförderungsdienstes, MA 70 (KAFF, 1990):

"Der Begriff "Notfallpatient" bezeichnet nach Ahnefeld den Patienten, bei dem im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas lebensbedrohliche Störungen der vitalen Funktionen eingetreten sind, einzutreten drohen oder nicht sicher auszuschließen sind. Davon ist in Notsituation abzugrenzen, worunter man eine akute Erkrankung oder einen Unfall versteht, der zwar nicht mit lebensbedrohlichen Vitalfunktionsstörungen einhergeht, bei dem aber gravierende Organfunktionsstörungen und Schmerzen bestehen.

Ein Übergang in den Notfall kann daher jederzeit auftreten, wenn eine ausreichende Therapie nicht rechtzeitig einsetzt oder ein zusätzlicher Faktor den Zustand akut bedrohlich macht. Als Vitalfunktionen werden jene Funktionen bezeichnet, die für die Aufrechterhaltung eines intakten Zellstoffwechsels unerläßlich sind, weil sie für die Versorgung mit Sauerstoff normale Bedingungen im Milieu interieur, reguläre Körpertemperatur, ausgeglichenen Wasser- und Elektrolythaushalt, Bereitstellung von Energie und Beseitigung von Sauerstoffwechselprodukten sorgen. Vitalfunktionen sind demnach: Atemfunktion; Herz- und Kreislauffunktion; Regulation von Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basenhaushalt inkl. Nierenfunktion; Temperaturregulation, Stoffwechselregulation. Alle *Maßnahmen, die zur sofortigen Bekämpfung*

der Vitalfunktionsstörungen durchgeführt werden, bezeichnet man als *"Sofortmaßnahmen"*; dieser Begriff hat die ältere Bezeichnung "Erste Hilfe" abgelöst.

Der Notarzt benötigt sehr häufig einen qualifizierten Helfer, den meist im Notarztwagen mitfahrenden Rettungssanitäter.

Die *Funktion des Rettungssanitäters beschränkt sich nicht nur auf die Assistenz des Arztes*, immer wichtiger wird seine *selbständige Tätigkeit.* Das *gilt vor allem dann, wenn kein Arzt im Wagen mitfährt*, aber auch, wenn mehrere Patienten zu versorgen sind. Die Schlagworte "Laienreanimation" und "Frühdefibrillation", also sowohl *Reanimation als auch Defibrillation durch Rettungspersonal*, gewinnen aufgrund der bisherigen praktischen Erfahrungen zunehmend an Bedeutung. Freilich muß man *strikt fordern, daß Rettungssanitäter selbständige Tätigkeiten nur dann ausüben dürfen, wenn sie nachweislich dafür qualifiziert sind.*"

Zum Bereich Kompetenzverteilung führt Chefarzt Dr. Alfred Kaff folgendes aus: "... Der auf sich allein gestellte Rettungssanitäter übernimmt in der für die Überlebenschance des Notfallpatienten so entscheidenden Phase der Erstversorgung gleichwohl auch spezifisch ärztliche Aufgaben.

Unterkofler hat in einer prospektiven Fragebogenstudie die tatsächliche Tätigkeit des Rettungssanitäters untersucht, demnach führen die Rettungssanitäter aus einer Zwangs- und Notlage heraus ärztliche Maßnahmen wie Intubation, Infusion und Medikamentengabe durch, wenn der Notarzt verspätet am Notfallort eintrifft oder keine Möglichkeit besteht, diesen zu rufen. ... Immerhin hat sich auch SEFRIN zur Frage der Notkompetenz des Rettungssanitäters dahingehend ausgesprochen, daß dieser jene Rettungsmaßnahmen selbständig und eigenverantwortlich durchführen darf, ja muß, die er beherrscht, auch wenn er damit auf ein Gebiet vorrückt, das sonst dem Arzt vorbehalten ist.

Die Übernahme spezifisch ärztlicher Aufgaben durch den Sanitäter hängt vor allem von der Dringlichkeit des Falles ab."

Die zweistufige Ausbildung beim Städtischen Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst, MA 70, gestaltet sich folgendermaßen:

1) Ausbildung zum Sanitäter:

Dies beinhaltet den Besuch und Abschluß des Sanitätsgehilfenkurses gemäß Krankenpflegegesetz, BGBl.Nr 102/19961 i.d.g.F. oder den Nachweis einer abgeschlossenen Sanitätsgehilfenprüfung beim Militärdienst oder einer anderen zugelassenen Rettungsorganisation in Österreich und setzt weiters eine abgeschlossene Berufsausbildung voraus.

2) Ausbildung zum Rettungssanitäter:

Da bis heute kein Berufsstand für den Sanitäter geschaffen worden ist, hat die Gemeinde Wien für den Bereich des Städtischen Rettungs- und Krankenbeförderungsdienstes neben dem Sanitätsgehilfen einen zweiten Ausbildungsweg zum Rettungssanitäter geschaffen. Der erste derartige Kurs begann im Oktober 1990. Besonderes Gewicht bei dieser Ausbildung wird auf die praxisbezogene Spitalserfahrung des Sanitäters gelegt. Chefarzt Dr. Alfred Kaff definiert die Tätigkeitsbereiche von Sanitäter und Arzt wie folgt (KAFF, 1990): *"Wir Ärzte dürfen aber in unseren Sanitätern keine Konkurrenz sehen, sie nicht verschrecken, indem wir ihnen mitteilen, daß sie eigentlich nichts am Patienten machen dürfen. Sondern wir Ärzte sollen hinter jenen Sanitätern stehen, die wir selbst ausgebildet haben, von denen wir überzeugt sind, daß sie medizinisch richtig gehandelt haben, gerade wenn anders keine Möglichkeit bestanden hat, Tod oder die Bedrohung des Lebens abzuwenden."*

Voraussetzung sind eine abgeschlossene Sanitätsgehilfenausbildung und eine mindestens zweijährige Praxis als Sanitätsgehilfe. Folgende Inhalte werden in dem 100-stündigen theoretischen Kurs zum Rettungssanitäter vermittelt:

o Rechtsmedizinische Aspekte	2	Stunden
o Geräte und Medikamente in der Notfallmedizin (Grundsätze der Ausstattung)	2	Stunden
o Untersuchung und Dokumentation	2	Stunden
o Rettung, Sichtung (Triage), Lagerung, Transport	2	Stunden
o Anästhesie, Infusionstechniken	10	Stunden
o Kardiologie und Reanimation	10	Stunden
o Traumatologie	10	Stunden
o Chirurgie mit speziellen Verletzungsarten	10	Stunden
o Vergiftungen	2	Stunden
o Augen	2	Stunden
o HNO	2	Stunden
o Kinder	2	Stunden
o Strahlenkunde	2	Stunden
o Urologie	2	Stunden
o Gynäkologie	2	Stunden
o Praktische Übungen am Phantom	20	Stunden
o Psychiatrie und Neurologie	2	Stunden
o Hygiene	2	Stunden
o Wiederholung Anatomie	14	Stunden
o psychologischer Kurs	16	Stunden
Summe	116	Stunden

© copyright by ÖAGW, 1993.

Weiters muß ein Praktikum in einem Spital in folgendem Ausmaß absolviert werden:

a)	Unfallchirurgie im Ausmaß von	160 Stunden (4 Wochen)
b)	Interne Intensiv im Ausmaß von	160 Stunden (4 Wochen)
		320 Stunden (8 Wochen)

Darstellung der Ausbildung zum Rettungssanitäter nach dem Städtischen Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst, MA 70

Theorie:

1.)Sanitätsgehilfenprüfung		135 Stunden	
2.)Theoretischer Rettungssanitäterkurs		116 Stunden	
	Summe:	251 Stunden	251 Stunden

Krankenhauspraktikum:

1.)Unfallchirurgie		160 Stunden	
2.)Interne Intensiv		160 Stunden	
	Summe:	320 Stunden	320 Stunden
	Summe:		*571 Stunden*

Praxiserfahrung:
2 Jahre Praxis als Sanitätsgehilfe, welche jedoch nicht bewertet werden kann, da keine kontinuierliche Praxisbetreuung durch ausbildendes Lehrpersonal vorgenommen wird.

Bei der theoretischen und praktischen Ausbildung zum Rettungssanitäter bei der Wiener Rettung ergibt sich somit ein Gesamtstundenpotential von 571 Stunden, wobei 3280 Stunden Praxiserfahrung, basierend auf 1640 Dienststunden pro Jahr und Person, nicht mitgerechnet werden.

Quelle: Kaff, MA 70

4.4.1.2.3 Arbeitersamariterbund Österreich - ASB

Der ASB hat die Ausbildung ähnlich wie das Österreichische Rote Kreuz strukturiert:

- Sanitätshelfer/Sanitätshelferin: 16 Stunden Erste Hilfe und 60 Stunden Grundausbildung (entsprechen Sanitätshilfe I und II des ÖRK), es werden hier die gleichen Lehr- und Lernbehelfe samt Foliensatz des ÖRK verwendet. Diese Ausbildung wird von Freiwilligen besucht.

- NAW-Sanitäter/NAW-Sanitäterin: die Ausbildung zum Sanitätshelfer/Sanitätshelferin ist Voraussetzung. Beim ASB Wien dauert die Ausbildung ca. 3 Monate mit einem Stundenumfang von ca. 100 Stunden und findet ausschließlich am Wochenende statt.

- Journaldienst

- Sanitätsgehilfen: Die Sanitätsgehilfen sind hauptamtliche Sanitäter und benötigen die im Krankenpflegegesetz vorgeschriebene Sanitätsgehilfenausbildung im Ausmaß von 135 Stunden. Die Ausbildung ist innerhalb von zwei Jahren ab Dienstantritt zu absolvieren.

4.4.1.2.4 Die Johanniter-Unfall-Hilfe

Die Johanniter-Unfall-Hilfe bietet keine staatlich anerkannte Ausbildung an, sie unterrichtet nur vereinsintern. Bei der Ausbildung zum Rettungshelfer muß der 16-stündige Erste-Hilfe-Kurs und der einsemestrige Grundeinschulungskurs, welcher einmal pro Woche in Einheiten zu 1,5 Stunden abgehalten wird, absolviert werden. Nach einer Einschulungszeit auf dem Rettungswagen ist man berechtigt, selbständig Einsätze zu fahren.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe bietet Einsatzmöglichkeiten in Behindertenarbeit, im Rettungsdienst, im Ambulanzdienst, im Katastrophenzug und hält desweiteren Erste-Hilfe-Kurse, z.B. in Fahrschulen, ab.

4.4.1.2.5 Hospitaldienst des Souveränen Malteser-Ritter-Ordens

Der Malteser Hospitaldienst bietet für freiwillig Tätige die Ausbildung zum Sanitätsgehilfen an, welcher eine 120-stündige theoretische Ausbildung sowie ein 120-stündiges Praktikum umfaßt. Die Inhalte der theoretischen Ausbildung umfassen Kenntnisse in Erster Hilfe, Krankenpflege, Sanitätstechnik, etc. Die praktische Ausbildung ist mit dem Ausmaß von 120 Dienststunden festgesetzt. Die Ausbildung schließt mit einer schriftlichen und mündliche Prüfung. Weiterführende Ausbildungen, so z.B. für den Rettungssanitäter, werden nicht angeboten.

© copyright by ÖAGW, 1993.

4.4.1.2.6 Österreichisches Bundesheer

Die Ausbildung zum Sanitätshilfsdienst beim Österreichischen Bundesheer erfolgt in der Heeressanitätsschule und in den 7 Ausbildungsstätten des Heeres in Österreich. Die Basis für die Ausbildung zum Sanitätsgehilfen bildet die gesetzliche Regelung gemäß Krankenpflegegesetz. Jährlich werden ca. 1000 Personen ausgebildet.

Im Rahmen des WGA/San können Grundwehr-Sanitätssoldaten derzeit die Ausbildung zum Sanitätshilfsdienst, geregelt im Krankenpflegegesetz, BGBl.Nr. 102/1961 i.d.g.F., absolvieren. Bei erfolgreichem Bestehen der Prüfung erhalten sie das staatsgültige Zeugnis eines Sanitätsgehilfen, bei negativem Prüfungserfolg bleiben sie im Statuts des Verwundetenträgers (REINDL, 1985).

Landwehr- und bereitschaftstruppenbeorderbare Sanitätsgehilfen können sich in der "Waffeneigenen Ausbildung" zum Operations-, Ordinations- und Stationsgehilfen weiterspezialisieren.

Weiters kann von Berufssoldaten, welche sich für fünf oder mehr Jahre dienstverpflichten, der zweijährige Unteroffizierskurs belegt werden. Im ersten Jahr dieses Unteroffizierskurses wird der 2. Jahrgang der Krankenpflegeausbildung, im zweiten Jahr der 3. Jahrgang unterrichtet. Die beiden Teile des Unteroffizierskurses werden an den sieben Heeressanitätsanstalten und der Heeressanitätsschule in Stammersdorf mit Ausnahme der Fächer Kinderheilkunde und Gynäkologie und Geburtshilfe abgehalten. Der 4. Jahrgang der Krankenpflegefachausbildung kann der Sanitätsunteroffizier an einer zivilen Krankenpflegeschule absolvieren und dort auch die beiden fehlenden Fächer nachmachen. Bei der zuständigen Landessanitätsbehörde kann abschließend die kommissionelle Prüfung abgelegt und das Diplom der Krankenpflegefachausbildung erworben werden. Für diesen 4. Jahrgang werden die Sanitätsunteroffiziere karenziert.

4.4.1.3 WEITERFÜHRENDE ZUSATZAUSBILDUNGEN BZW. FORT- UND WEITERBILDUNGSMÖGLICHKEITEN

Die unten angeführte Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; vielmehr werden von Landesstelle zu Landesstelle verschieden weitere Sonderseminare angeboten, wie z.B. das Sonderseminar "Hilfe für den Sterbenden - seine Angehörigen - seine Helfer" des Landesverbandes für Wien. Die Bezirks- und Ortsstellen bieten ebenfalls weitere aktuelle Seminare und Veranstaltungen an, die in der Grobübersicht nicht angeführt sind. Derzeit werden beim Österreichischen Roten Kreuz folgende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen bzw. Zusatzausbildungen angeboten:

© copyright by ÖAGW, 1993.

ZUSATZ-, FORT- UND WEITERBILDUNGSMÖGLICHKEITEN DES ÖRK

Kurs	Dauer	Ort	Teilnehmer
Breitenausbilder in Erster Hilfe	7 Tage	ÖRK/LV	F/H
Fortbildungskurs Breitenausbilder in Erster Hilfe	3 Tage	ÖRK	F/H
Ausbilderkurs "Sanitätshilfe"	10 Tage	ÖRK/LV	F/H
Fortbildungskurs für Ausbilder in "Sanitätshilfe"	5 Tage	ÖRK/LV	F/H
Sanitätsgehilfenkurs	5 Wo.	ÖRK/LV	H
Ausbilderkurs für Krankenhilfe	6 Tage	ÖRK	F/H
Ausbilderkurs für Altenhilfe	6 Tage	ÖRK	F/H
Fortbildung für Ausbilder in Kranken- und Altenhilfe	3 Tage	ÖRK	F/H
Ausbilderkurs "Hilfe für den Helfer"	6 Tage	ÖRK	F/H
Fortbildungskurs "Hilfe für den Helfer"	3 Tage	ÖRK	F/H
Übungsleiter "Bewegung bis ins Alter"	2 Wo.	ÖRK	F/H
Seminar "Sozialmanagement in non-profit-Organisationen"	4 Wo.	ÖRK	H
Sonderseminar "Strahlenschutz"	3 Tage	BMfI	F/H
K-Seminar	6 Tage	BMfI	F
Seminar für RK-Offiziere: "Lagerleitung"	3 Tage	ÖRK	F
Seminar für RK-Offiziere: "Stabsdienst"	11 Tage	ÖRK	F
Seminar für RK-Offiziere: "Transport-organisation"	2 Tage	ÖRK	F
K-Seminar für RK-Offiziere	8 Tage	ÖRK	F
Kurs "Strahlenspüren"	4 Tage	BMfI	F
Suchdienst im Katastrophenfall	3 Tage	ÖRK	F
Sanitätshilfekurs	60 Std.	LV/Dienststelle	F
Geprüfter Sanitätseinsatzfahrer	2 Tage	LV	F/H
Zugsführerkurs	2 Tage	LV	F
Sanitätsmeisterkurs	2 Tage	LV	F
Offizierskurs	5 Tage	LV	F
Fortbildungstage für hauptamtlich Beschäftigte	10 Std./J.	LV	H
Rettungstechnisches Praktikum (für NAW und RTH)	1 Tag	LV	F
Krankenhilfekurs	2 Tage	LV	F
Altenhilfekurs	2 Tage	LV	F
Hilfe für den Helfer	2 Tage	LV	F
16 Stunden Erste Hilfe	16 Std.	Dienststelle	H/F
Notfallsanitäter	60 Std.	Dienststelle	H/F

Quelle: ÖRK, 1993

Legende: LV = Landesverband H = Hauptamtlicher
BMfI = Bundesministerium für Inneres F = Freiwilliger

© copyright by ÖAGW, 1993.

5 ERGEBNISSE DER BERUFSFELDSTUDIE

5.1 UNTERSUCHUNGSMETHODE UND AUSWAHLVERFAHREN

Die Ergebnisse der Berufsfeldstudie beruhen auf der Auswertung von 362 Interviews. Insgesamt umfaßt das Untersuchungsinstrumentarium drei Teile: den Fragebogen, das Tätigkeitsprofil und den Wissenstest. Der Fragebogen beinhaltete 49 geschlossene Fragen, d.h., es wurde den Interviewten Antwortparameter vorgegeben. Fragen mit Mehrfachnennungen wurden sowohl auf Basis der Gesamtheit der Nennungen als auch auf Basis der einzelnen Nennungen ausgewertet. Das Tätigkeitsspektrum beinhaltete 133 Nennungen. Weiters konnte das befragte Sanitätspersonal weitere Nennungen im Bereich "sonstiges" anführen und ebenso wie die anderen Nennungen bewerten. Der Wissenstest wurde in Form eines Multiple-choice-Testes gestellt und beinhaltete insgesamt 15 Fragen. Die Ergebnisse des Fragebogens, des Tätigkeitsspektrums und des Wissenstestes wurden einem Signifikanztest unterzogen.

Der eigentlichen Feldarbeit vorangestellt waren drei Pre-Tests, in denen das gesamte Untersuchungsinstrumentarium (also Fragebogen, Tätigkeitsprofil und Wissenstest) auf die Kriterien der Validität und Reliabilität überprüft wurde. Das Untersuchungsinstrumentarium selbst wurde im Rahmen mehrerer Projektgruppendiskussionen vom Projektteam systematisch entwickelt, formuliert und modifiziert sowie von den projektbegleitenden Expertengremien kritisch überarbeitet.

In der ersten Erhebungsphase wurden von den ersten 103 Interviews 40 Interviews in Form von mündlichen Einzelgesprächen und 54 Interviews in Form von schriftlichen Einzelbefragungen durchgeführt. Um mögliche Einflüsse der Erhebungsform auf die Befragungsergebnisse feststellen zu können, wurden beide Interviewgruppen systematisch (d.h. Frage für Frage) einem statistischen Vergleich unterzogen. Das Ergebnis des Signifikantestes zeigt auf einem sehr hohen Sicherheitsniveau (p = über 98 %), daß die Antworten nicht von der Befragungsform abhängig waren.

Auf die beiden Erhebungsformen - mündliche oder schriftliche Einzelbefragung - unterteilte sich die Gesamtzahl der Interviews folgendermaßen: 53,6 %, das sind 194 Interviews, wurden mündlich, und 46,4 %, das sind 168 Interviews, schriftlich durchgeführt.

Die ***Auswahl der zu befragenden Personen*** erfolgte in Abhängigkeit von vier Parametern:

1) der Zugehörigkeit zur Gruppe der "hauptamtlichen" oder "freiwilligen" Sanitäter,
2) der gewählten Erhebungsform (schriftliche oder mündliche Befragung),

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3) der Institutionszugehörigkeit (Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, etc.) und
4) dem Bundesland und der Größe der jeweiligen Dienststelle.

Das *Auswahlverfahren für die mündliche Befragung* stellt eine Kombination aus echter Zufalls- und Klumpenstichprobe dar. Grundgesamtheit der Klumpenziehung war dabei das vollständige Verzeichnis der einschlägigen Dienststellen in Österreich (KUX, 1991). Innerhalb der (zufällig gezogenen) Dienststellen wurde in Abhängigkeit von der Größe der jeweiligen Dienststelle (mehr oder weniger als zehn Hauptamtliche) entweder eine Totalerhebung oder eine echte Zufallsauswahl vorgenommen. Das *Auswahlverfahren für die schriftliche Befragung* stellt eine geschichtete Zufallsstichprobe dar. Grundlage für die schriftlichen Interviews war die freiwillige Teilnahme der hauptamtlichen Sanitäter an der Aktion "Ich mach' mit!", an der ein (vom Bundesland zu Bundesland unterschiedlich) hoher Anteil der hauptamtlichen Sanitäter in Österreich mitwirkte. Je nach dem quantitativen Anteil der hauptamtlichen Sanitäter in Österreich pro Bundesland wurde nach dem Prinzip der Zufallsstichprobe ein entsprechend großes Kontingent aus dem jeweiligen Bundesland ermittelt und in die schriftliche Befragung miteinbezogen. Die Rücklaufquote (der ersten Aussendung) betrug 64 %. Dies läßt auf eine überaus hohe Akzeptanz des Untersuchungsziels sowie des Untersuchungsinstrumentariums schließen.

Die Feldarbeit selbst wurde von einem speziell eingeschulten achtköpfigen Interviewer-Team vom August bis Oktober 1992 durchgeführt. Rund 15 % der durchgeführten Interviews wurden in Stichprobenform einer primären Qualitätskontrolle unterzogen, eine sekundäre Qualitätskontrolle im Umfang von 7 % der Gesamtzahl der Interviews wurde nach dem definitiven Abschluß der Feldarbeit durchgeführt.

Aufgrund der gewählten Stichprobenform sowie des -umfanges sind die Befragungsergebnisse:

- für die Gruppe der "Hauptamtlichen" österreich-repräsentativ auf dem Signifikanzniveau von 95,5 %. Die maximale Schwankungsbreite der Ergebnisse beträgt maximal +/- 2,5 %.
- für die Gruppe der "(aktiven) Freiwilligen" österreichweit-repräsentativ nach dem Signifikanzniveau von 95,5 %. Die maximale Schwankungsbreite der Ergebnisse beträgt +/- 5,5 %.

Die Ergebnisse der Linearauswertung der Berufsfeldstudie gliedern sich in vier Hauptabschnitte:

1) die Struktur der Stichprobe,
2) die Ergebnisse der eigentlichen Befragung,
3) die Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse und
4) die Ergebnisse des Wissenstestes.

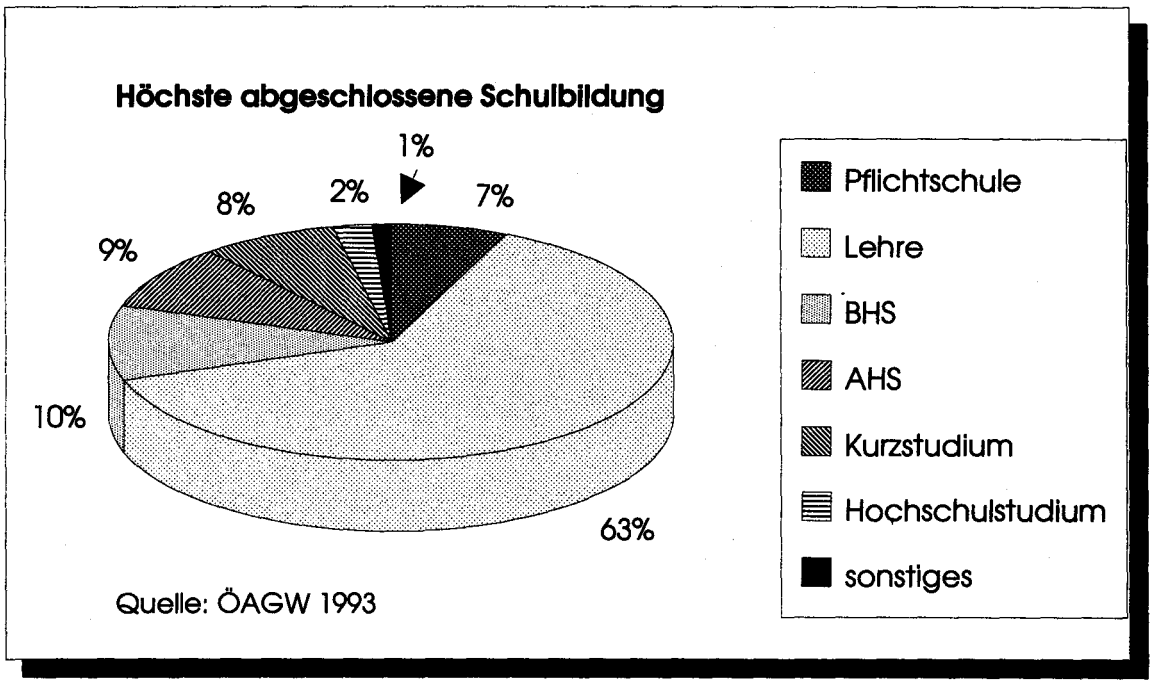
5.2 STRUKTUR DER STICHPROBE

Es wurden insgesamt 362 Personen befragt, davon waren 91,72 % (332) männlichen und 8,29 % (30) weiblichen Geschlechts.

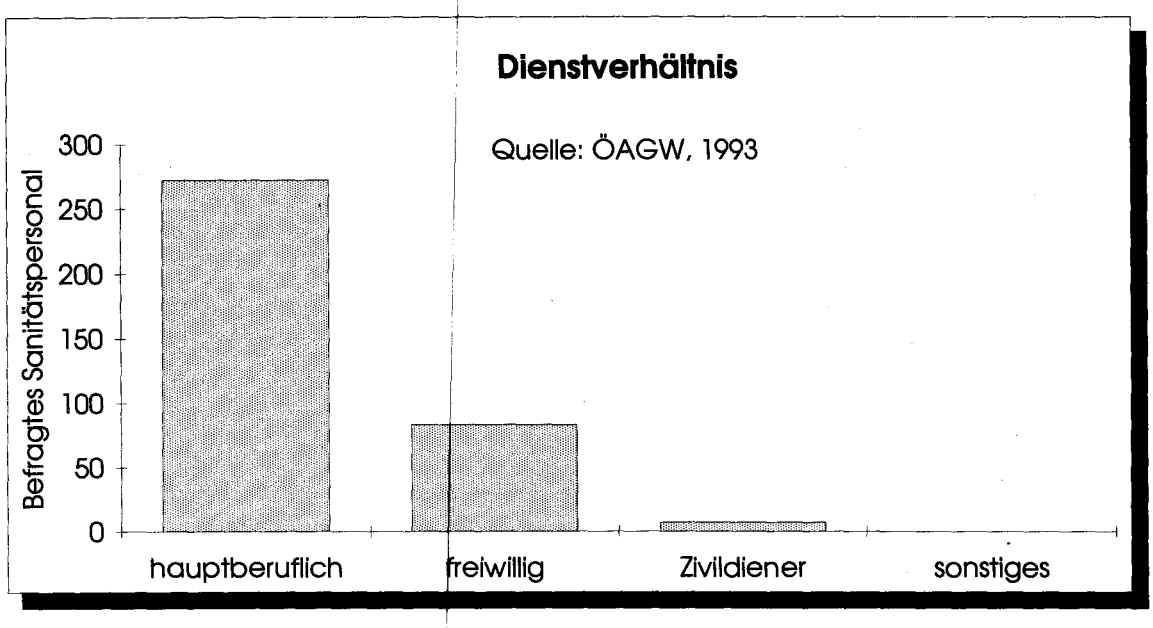
Hinsichtlich der Altersstruktur der Befragten ist festzuhalten, daß das Mindestalter 15 Jahre, das durchschnittliche Alter 33,91 Jahre und das Höchstalter 64 Jahre betrug. 160 Befragte waren zwischen 25 und 34 Jahre alt, 120 Personen zwischen 35 und 50 Jahre.

Über die höchste abgeschlossene Schulbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst ergibt sich bei den Befragten folgende Struktur: 25 Personen besuchten die Pflichtschule (6,925 %), 227 Personen absolvierten eine Lehre (62,881 %), 37 Personen besuchten eine berufsbildende höhere Schule (10,249 %), 32 Personen gingen auf eine Allgemeinbildende Höhere Schule (8,863 %), 28 Personen absolvierten ein Kurzstudium (7,756 %) und 8 Personen ein Hochschulstudium (2,216 %). 4 Personen gaben "sonstige Schulbildung" an (1,108 %).

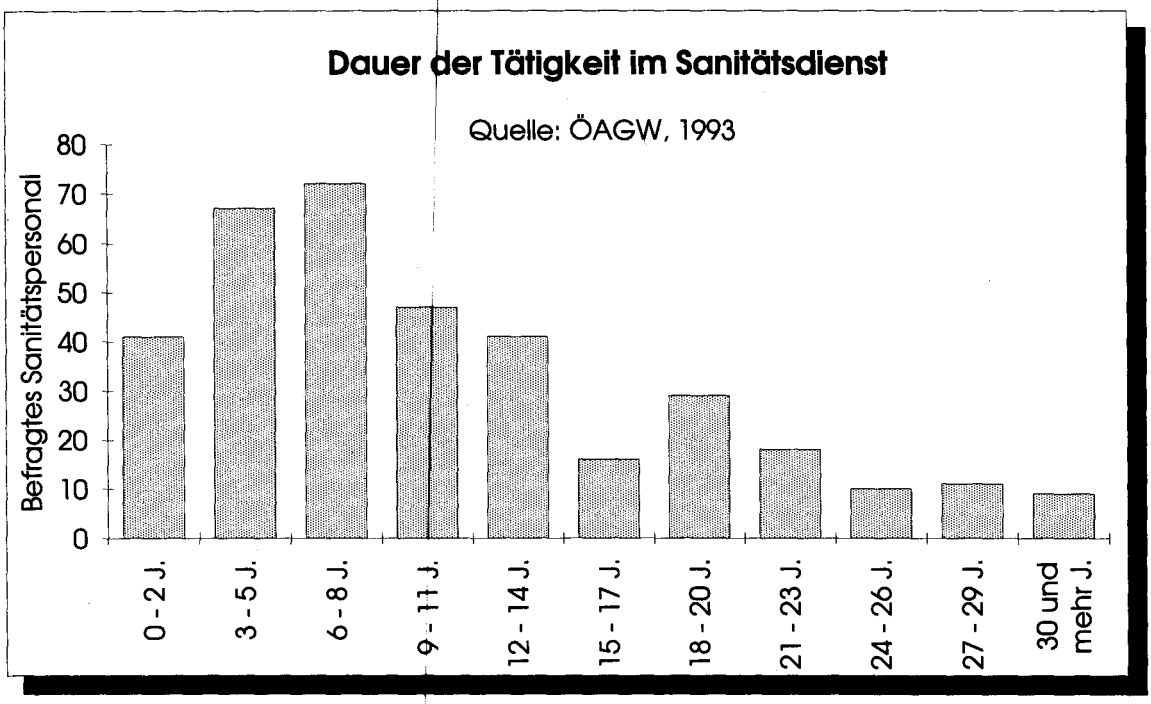
In der nachfolgenden Grafik, die die Verteilung der höchsten abgeschlossenen Schulbildung anschaulich darstellt, wurden die Prozentangaben auf ganze Zahlen gerundet.



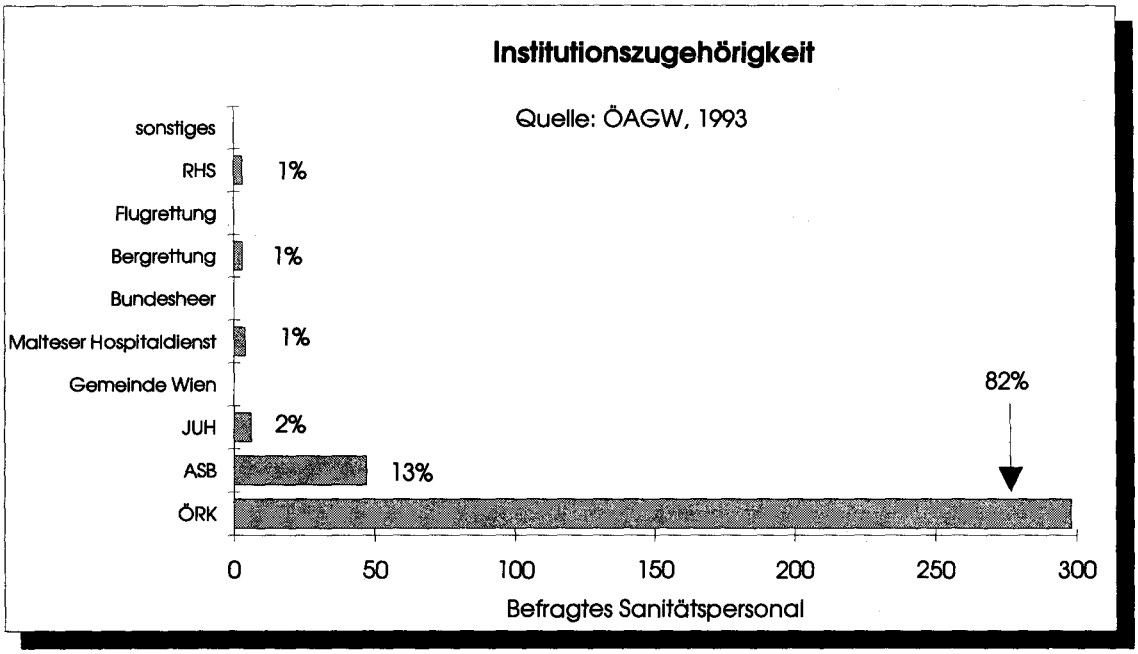
Die Proportionen zum Parameter "Dienstverhältnis" gestalteten sich folgendermaßen: Von den 362 befragten Personen waren 272 hauptberuflich (75,138 %), 83 Personen freiwillig (22,928 %) und sieben im Rahmen ihres Zivildienstes (1,934 %) tätig.



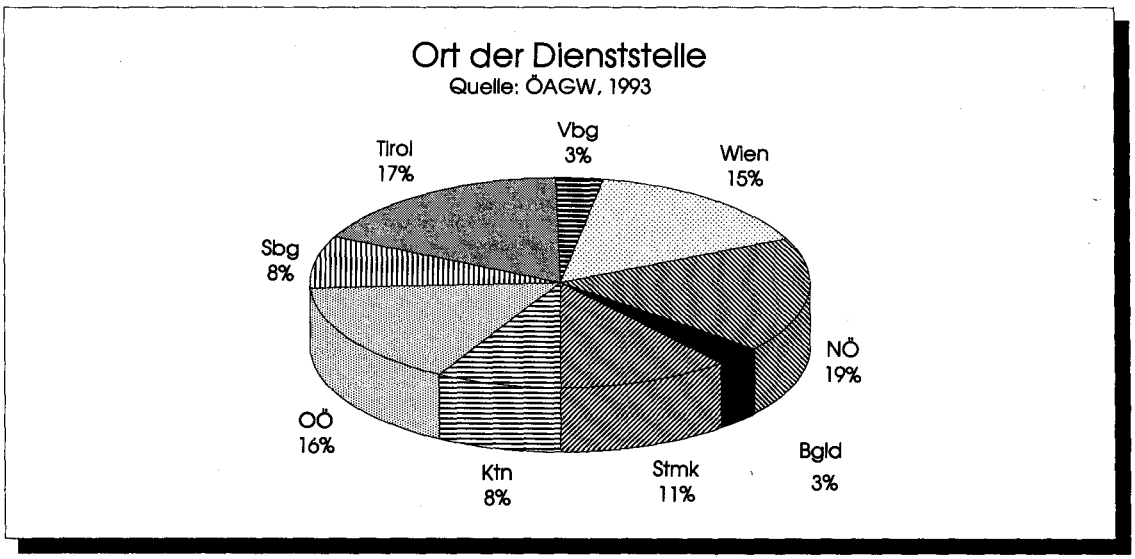
Zur Dauer des Dienstverhältnisses wurde zum Befragungsklientel (bestehend aus 361 Personen) folgendes ausgewertet: Die durchschnittliche Dauer des Sanitätsdienstes liegt bei 10,76 Dienstjahren, das Maximum bei 34 Jahren.



Das Befragungsklientel gliederte sich hinsichtlich der Zugehörigkeit zum Dienstnehmer wie folgt:



Die Aufteilung der befragten Personen auf die Bundesländer Österreichs gestaltete sich folgendermaßen:



Das Projektteam stellte die weiteren Fragen zur Evaluierung des Ist- bzw. Soll-Zustandes ***nach speziellen projektrelevanten Themenbereichen*** zusammen. Die

Fragen zu einigen dieser Abschnitte wurden nicht immer blockweise gestellt, sondern aus Kontrollgründen zur Richtigkeit der Antworten über den ganzen Fragebogen verteilt. Dies betrifft vor allem die Bereiche "Anforderungen an eine neu strukturierte Ausbildung'" und "Absolvierte Ausbildung inklusive Zusatzausbildung und Fort- und Weiterbildung" sowie Angaben zum "Personal", der "Zufriedenheit mit der Tätigkeit, Motivation zur Tätigkeit und Gründe der Tätigkeit im Sanitätsdienst" und den "Einsatzfahrzeugen und deren Ausstattung". Es wurde besonderer Wert darauf gelegt, die Fragen klar und verständlich zu formulieren, um erstens die Befragten aufgrund der vielen Fragen nicht zu überfordern und zweitens trotz dieser Vielfalt und Menge an Fragestellungen den größtmöglichen Informationsgewinn zu erzielen.

Im folgenden sind die Themenbereiche inklusive der dazugehörigen Fragennummern aufgelistet. Der verwendete Fragebogen ist am Ende des Kapitels beigefügt.

1) Anforderungen an eine neu strukturierte Ausbildung:
   Fragen: 9, 10, 14, 15, 16, 17, 21, 22

2) Absolvierte Ausbildung inklusive Zusatzausbildung und Fort- und Weiterbildung:
   Fragen: 11, 12, 13, 18, 19, 20

3) Dienstzeiten und Tätigkeitsbereich:
   Fragen 27, 28, 29, 30, 31,

4) Allgemeine Hygiene und Prävention:
   Fragen 32, 33, 34

5) Zufriedenheit mit, Motivation zur und Gründe der Tätigkeit im Sanitätsdienst:
   Fragen: 8, 35, 36, 37

6) Image des Sanitätsdienstes:
   Fragen 38, 39, 40, 41

7) Organisation des Rettungsdienstes:
   Frage 26

8) Personal:
   Fragen: 23, 24, 42, 43, 44, 45, 46, 47

9) Einsatzfahrzeuge und deren Ausstattung:
   Fragen: 48, 49, 25

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Bei der Befragung zur Berufsfeldstudie wurde nachstehender Fragebogen sowohl bei der mündlichen als auch bei der schriftlichen Befragung verwendet:

FRAGEBOGEN

1) Geschlecht: o männlich o weiblich

2) Alter: ..... Jahre

3) Abgeschlossene Schulbildung:

o Pflichtschule
o Lehre
o berufsbildende höhere Schule
o allgemeinbildende höhere Schule
o Kurzstudium, Lehrgang, etc.
o Hochschulstudium

4) In welcher Form sind Sie im Sanitätsdienst tätig?

o hauptberuflicho freiwillig o Zivildiener o Präsenzdiener
o Sonstiges, nämlich: .....

5) Seit wann sind Sie im Sanitätsdienst tätig?

Seit ..... Jahren.

6) Bei welcher Institution sind Sie tätig?

o ÖRK o ASB o JUH o Gemeinde Wien
o Malteser o Flugrettung o Bergrettung o Bundesheer
o Rettungshubschrauber o Sonstiges, nämlich: .....

7) Ort der Dienststelle: ..... Bundesland: .....

8) Welche Gründe waren für Sie ausschlaggebend dafür, in den Sanitätsdienst zu treten? (Bitte kreuzen Sie nicht mehr als 3 Antworten an!)

o der Wunsch, helfen zu können
o "Vorbelastung" durch Familienmitglieder, Freunde, etc. in diesem Beruf
o die Art und Dauer der Ausbildung
o hat sich eher zufällig so ergeben

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- o die Arbeitszeiten/Dienstzeiten
- o die Entlohnung
- o die interessante Tätigkeit
- o der Wunsch, mit Menschen arbeiten zu wollen
- o das Interesse an medizinischen Berufen
- o soziales Engagement
- o der Einstieg durch Ableistung des Zivildienstes in diesem Bereich
- o der Wunsch nach beruflicher Absicherung
- o die Aufstiegsmöglichkeiten
- o andere, nämlich: .....

9) Sind Sie für oder gegen die Einführung von österreichweit einheitlichen Eignungstests bei der Bewerbung zum Sanitätsdienst?

o dafür o dagegen o weiß nicht

10) Welche Kriterien sollte so ein Eignungstest Ihrer Meinung nach besonders berücksichtigen? (Bitte kreuzen Sie nicht mehr als 3 Antworten an!)

- o Alter
- o Schulbildung
- o psychische Eignung
- o Allgemeinwissen
- o Lernbereitschaft, Aufnahmefähigkeit
- o soziale Einstellung, Motivation
- o Fahrtechnik
- o körperl. und psychische Belastbarkeit
- o Geschlecht
- o körperliche Eignung
- o Intelligenz
- o Fachwissen
- o Geschicklichkeit
- o technisches Verständnis
- o Persönlichkeit, Charakter
- o Krisen- und Konfliktbewältigung
- o anderes, nämlich: .....

11) Wieviele Stunden hat Ihre Grundausbildung insgesamt umfaßt?

..... Stunden

12) Waren Sie mit der Qualität Ihrer Grundausbildung zufrieden? Bitte beurteilen Sie nach dem Schulnotensystem!

1 2 3 4 5

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

13) Von den inhaltlichen Schwerpunkten Ihrer Grundausbildung her gesehen, was war Ihrer Meinung nach für die spätere Praxis am wichtigsten?

- o Erste Hilfe
- o Verbandslehre
- o Prakt. Übungen inkl. Reanimation
- o Geburtshilfe
- o Hygiene u. Infektionslehre
- o Strahlenschutz, Strahlenkunde
- o Medizinische Grundlagen
- o Einsatztaktik
- o sonstiges: .....
- o Rechtl. Grundlagen
- o Instrumentenkunde
- o Rettungstechnische Grundlagen

14) Wieviele Stunden sollte Ihrer Meinung nach die Grundausbildung im Idealfall umfassen?

..... Stunden insgesamt

15) Wieviel Prozent der Grundausbildung sollte Ihrer Meinung nach für Theorie, wieviel Prozent für Praxis aufgewendet werden?

..... Prozent Theorie ..... Prozent Praxis

16) Welche der unten angeführten Fächer sind Ihrer Meinung nach am wichtigsten für die Grundausbildung? (Bitte kreuzen Sie nicht mehr als 3 Antworten an!)

- o Anatomie, Physiologie
- o Naturwissenschaftliche Grundlagen
- o Krankheitslehre
- o Arzneimittellehre, Fachchemie
- o Kranken- und Verletztenpflege
- o Spezielle Notfallmedizin
- o Rettungsdienst - Organisation
- o Kommunikation, Psychologie
- o Rettungsdienst - Führungsaufgaben
- o Gefahrenlehre
- o Berufs-, Gesetzes-, Staatsbürgerkunde
- o richtiges Verhalten am Unfallort
- o Notfall-Management
- o Praktische Ausbildung, Übungen
- o Sonstiges, nämlich: .....

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

17) Was sollte Ihrer Meinung nach am bestehenden System der Grundausbildung verändert werden?

einheitliche Lehrinhalte	o dafür	o dagegen
einheitliche Aufnahmebedingungen	o dafür	o dagegen
einheitliche Prüfungsform	o dafür	o dagegen
besser qualifizierte Vortragende	o dafür	o dagegen
mehr Praxis als bisher	o dafür	o dagegen
mehr Theorie als bisher	o dafür	o dagegen
mehr Stunden als bisher	o dafür	o dagegen
weniger Stunden als bisher	o dafür	o dagegen
andere Inhalte als bisher	o dafür	o dagegen

18) Wann haben Sie zum letzten Mal eine Veranstaltung zur Zusatz- oder Weiterbildung besucht?

o heuer o vor einem Jahr o vor drei Jahren
o vor mehr als drei Jahren

19) War dies verpflichtend oder freiwillig?

o verpflichtend o freiwillig

20) Fand dies an Ihrer Dienststelle, innerhalb Ihrer Organisation oder außerhalb statt?

o an der Dienststelle o innerhalb d. Organisation o außerhalb

21) Sind Sie für oder gegen die Einführung eines österreichweit einheitlich vorgeschriebenen "Fort- und Weiterbildungs-Passes"?

bei Hauptberuflichen:	o dafür	o dagegen	o weiß nicht
bei freiwillig Tätigen:	o dafür	o dagegen	o weiß nicht

22) Sind Sie für oder gegen die österreichweite Einführung von einheitlichen Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien im Rahmen der Sanitäteraus- und -weiterbildung?

o dafür o dagegen o weiß nicht

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

23) Steht Ihrer Dienststelle ausreichend Personal zur Verfügung?

o ja o nein o weiß nicht

24) Ist dieses Personal Ihrer Meinung nach ausreichend qualifiziert?

o ja o nein o weiß nicht

25) Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Einsatzfahrzeuge mit Geräten und dergleichen?

o ausreichend o eher ausreichend o eher nicht ausreichend
o nicht ausreichend o weiß nicht

26) Wie beurteilen Sie die Organisation Ihrer Dienststelle? Bitte beurteilen Sie nach dem Schulnotensystem

1 2 3 4 5

27) Wieviele Dienste versehen Sie pro Monat?

..... Dienste

28) Wie lange dauert durchschnittlich eine Diensteinheit (in Stunden)?

..... Stunden

29) Wieviele Einsätze fahren Sie durchschnittlich pro Diensteinheit?

..... Einsätze/Dienst

30) Mit welchem Einsatzmittel sind Sie hauptsächlich unterwegs?

o NAW o RTW o KTW o PKW
o NAH o ÄFD o Ambulanz o Sonstiges:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

31) Wieviele "echte Notfälle" (z.B. Verletzte, akut Erkrankte, Geburten, usw.) haben Sie durchschnittlich pro Monat?

..... Notfälle/Monat

32) Vor welchen Krankheiten sind Sie durch eine Schutzimpfung geschützt?

o Hepatitis A
o Hepatitis B
o Tetanus
o Tollwut
o FSME
o Kinderlähmung
o sonstige

33) Welche Maßnahmen werden (an Ihrer Dienststelle) zur Begegnung der Infektionsgefahr getroffen?

o Einmalhandschuhe
o Beatmungsmaske bzw. Ambu-Beutel
o spezielle geschlossene Systeme zur Blutentnahme
o Desinfektionsmaßnahmen
o anderes, nämlich: .....

34) Durch welche der folgenden Möglichkeiten kann Aids übertragen werden? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

o Speichel
o Blut
o Sekret
o Harn
o Stuhl
o Sperma
o Hautkontakt
o Geschlechtsverkehr
o Tröpfcheninfektion
o Schmierinfektion
o Sozialkontakte

35) Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Tätigkeit im Sanitätsdienst?

o sehr zufrieden
o zufrieden
o eher zufrieden
o eher nicht zufrieden
o nicht zufrieden
o weiß nicht

36) Mit welchen Aspekten sind Sie am ehesten zufrieden?

o Dienstplan
o Bezahlung
o Ansehen
o Aufstiegsmöglichkeiten
o Teamarbeit, Kollegen
o Arbeit an sich
o darüber hinaus: .....

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

37) Mit welchen Aspekten sind Sie am wenigsten zufrieden?

- o Dienstplan
- o Bezahlung
- o Ansehen
- o Aufstiegsmöglichkeiten
- o Teamarbeit, Kollegen
- o Vorgesetzte
- o Vorschriften
- o Arbeit an sich
- o darüber hinaus: .....

38) Jede Berufsgruppe hat ein Image bei der Bevölkerung, also ein mehr oder weniger ausgeprägtes Ansehen in der Öffentlichkeit. Wenn Sie an das Image des Sanitäters im Rettungsdienst denken, ist dieses Image

- o sehr positiv
- o positiv
- o neutral
- o negativ
- o sehr negativ
- o weiß nicht

39) Welche Aspekte werden Ihrer Meinung nach in der Öffentlichkeit besonders positiv bewertet?

- o soziale Einstellung
- o Qualifikation, Fachwissen
- o Einsatz, Fleiß
- o Fertigkeit, Geschicklichkeit
- o Professionalität
- o Freundlichkeit
- o Schnelligkeit
- o Risikobereitschaft
- o darüber hinaus: .....

40) Welche Aspekte werden Ihrer Meinung nach in der Öffentlichkeit besonders negativ bewertet?

- o mangelnde soziale Einstellung
- o mangelnde Qualifikation bzw. mangelndes Fachwissen
- o mangelnder Einsatz, mangelnder Fleiß
- o mangelnde Fertigkeit, mangelnde Geschicklichkeit
- o mangelnde Professionalität
- o mangelnde Freundlichkeit
- o mangelnde Schnelligkeit
- o mangelnde Risikobereitschaft
- o darüber hinaus: .....

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

41) Was sollte Ihrer Meinung nach konkret unternommen werden, um das Image des Sanitäters im Rettungsdienst in der Öffentlichkeit zu verbessern?

- o Regelung des Berufszuganges und Auslese
- o umfangreichere Ausbildung
- o qualitative Verbesserung der Grundausbildung
- o umfangreichere Fort- und Weiterbildung
- o qualitative Verbesserung der Fort- und Weiterbildung
- o umfangreichere Zusatzausbildung
- o qualitative Verbesserung der Zusatzausbildung
- o einheitliche Prüfungs- und Testverfahren
- o regelmäßige Überprüfung des Wissensstandes
- o Aufstockung des Personalstandes
- o Verbesserung der technischen Ausstattung der Einsatzfahrzeuge
- o Verbesserung der rechtlichen Situation
- o Start einer österreichweiten Werbekampagne
- o Verbesserung der Information und Öffentlichkeitsarbeit
- o darüber hinaus: .....

42) Wieviel Prozent der Hauptberuflichen sind Ihrer Schätzung nach jeder Situation und jedem Einsatz gewachsen?

- o weniger als 10 %
- o bis 25 %
- o bis 50 %
- o bis 75 %
- o bis 90 %
- o mehr als 90 %

43) Und wieviele Prozent der Freiwilligen?

- o weniger als 10 %
- o bis 25 %
- o bis 50 %
- o bis 75 %
- o bis 90 %
- o mehr als 90 %

44) Was halten Sie persönlich für die wirkungsvollste Maßnahme, um die fachliche Kompetenz der Sanitäter im Rettungsdienst zu erhöhen? (Bitte nicht mehr als 3 Antworten ankreuzen!)

- o Regelung des Berufszuganges durch Ausleseverfahren
- o unabhängige Prüfungsbehörde
- o eigene Ausbildungsordnung
- o eigene gesetzliche Rahmenbedingungen
- o eigene Berufsbezeichnung
- o klare Kompetenzregelung zu anderen Berufsgruppen
- o stärkerer Praxisbezug in der Ausbildung
- o stärkerer Theoriebezug in der Ausbildung
- o einheitlicher Standard bei Arbeitsmittel, Geräten und dergleichen
- o umfangreichere Grundausbildung

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- o mehr Fort- und Weiterbildung
- o mehr Zusatzausbildung
- o bessere Entlohnung
- o Schaffung eines klaren Berufsbildes
- o anderes, nämlich: .....

45) Wieviele Hauptberufliche sind an Ihrer Dienstelle im RKT eingesetzt?

..... Hauptberufliche

46) Wieviele aktive Freiwillige (mit mindestens vier Diensten pro Jahr) stehen Ihrer Dienststelle zur Verfügung)

..... Freiwillige

47) Wieviele Zivildiener bekommen Sie durchschnittlich pro Einrückungstermin an Ihrer Dienststelle zugeteilt?

..... Zivildiener

48) Wieviele Einsatzfahrzeuge stehen Ihrer Dienststelle zur Verfügung?

- o NAW: o RTW: o KTW: o PKW:
- o NEF: o NAH o Ärztenotdienstwagen:
- o Rettungsmotorrad o sonstiges:

49) Wie sind die Einsatzfahrzeuge, mit denen Sie Ihren Dienst versehen, ausgestattet?

- o Sauerstoff o Beatmungsbeutel o Absaugeinheit
- o Vakuummatratze o EKG/Defibrillator o Arm-/Bein-Schienen
- o Blutdruckmeßgerät/Stethoskop o Schaufeltrage
- o sonstiges: .....

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

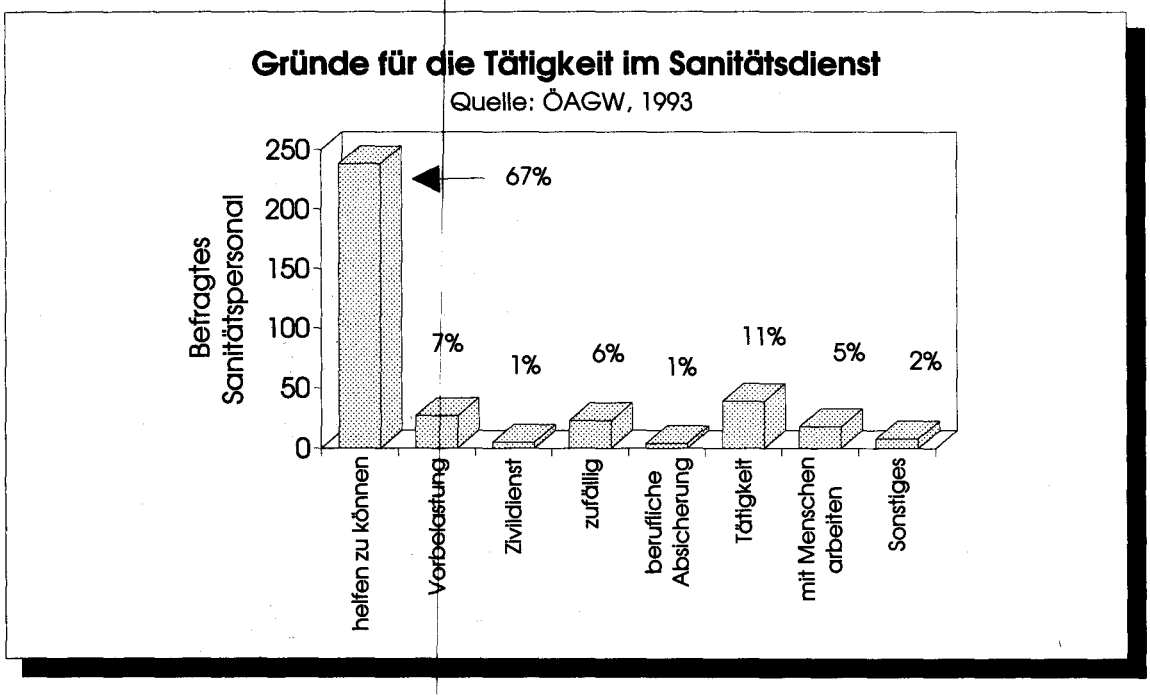
© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

5.3 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG DES NICHTÄRZTLICHEN SANITÄTSPERSONALS IM RETTUNGSDIENST

In Kapitel 5.3.1 wird der ***Ist-Zustand im Notfall- und Rettungswesen*** beschrieben, Kapitel 5.3.2 gibt Aufschluß über Wünsche und Anregungen für Neuerungen und Reformen des Rettungswesens und stellt Aspekte aus der Sicht des betroffenen Personals dar. Jede Frage wurde einem Signifikanztest nach den Merkmalen "Hauptamtlicher" und "Freiwilliger" unterzogen, um so die Inhalte genauer interpretieren und Zusammenhänge zwischen einzelnen spezifischen Parametern eruieren zu können.

5.3.1 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG SOWIE BERUFSRELEVANTE ASPEKTE

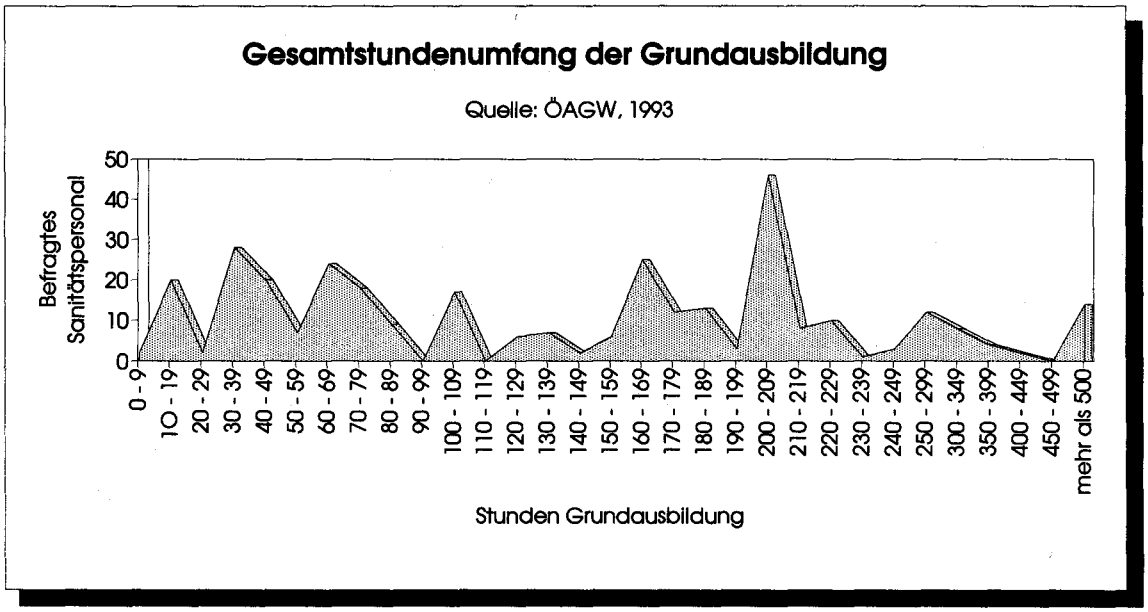
In Frage 8 wurde das Sanitätspersonal nach den Gründen, die ausschlaggebend für den Eintritt in den Sanitätsdienst waren, befragt und konnte maximal drei Nennungen anführen. Von den ***erstgenannten*** Gründen (siehe Graphik unten) dominierten der "Wunsch helfen zu können", weiters die "interessante Tätigkeit" und die "Vorbelastung durch Familienmitglieder, Freunde usw. in diesem Beruf. Wenn mehr als ein Grund genannt wurde, dominierten die Parameter "der Wunsch, mit Menschen arbeiten zu wollen", "das Interesse an medizinischen Berufen" und "soziales Engagement".



Keine Erstnennung erfolgte bei den Antwortparametern "Entlohnung", "medizinischer Beruf", "Aufstiegsmöglichkeiten", "soziales Engagement", "Ausbildung", "Arbeitszeit" und "Sonstiges".

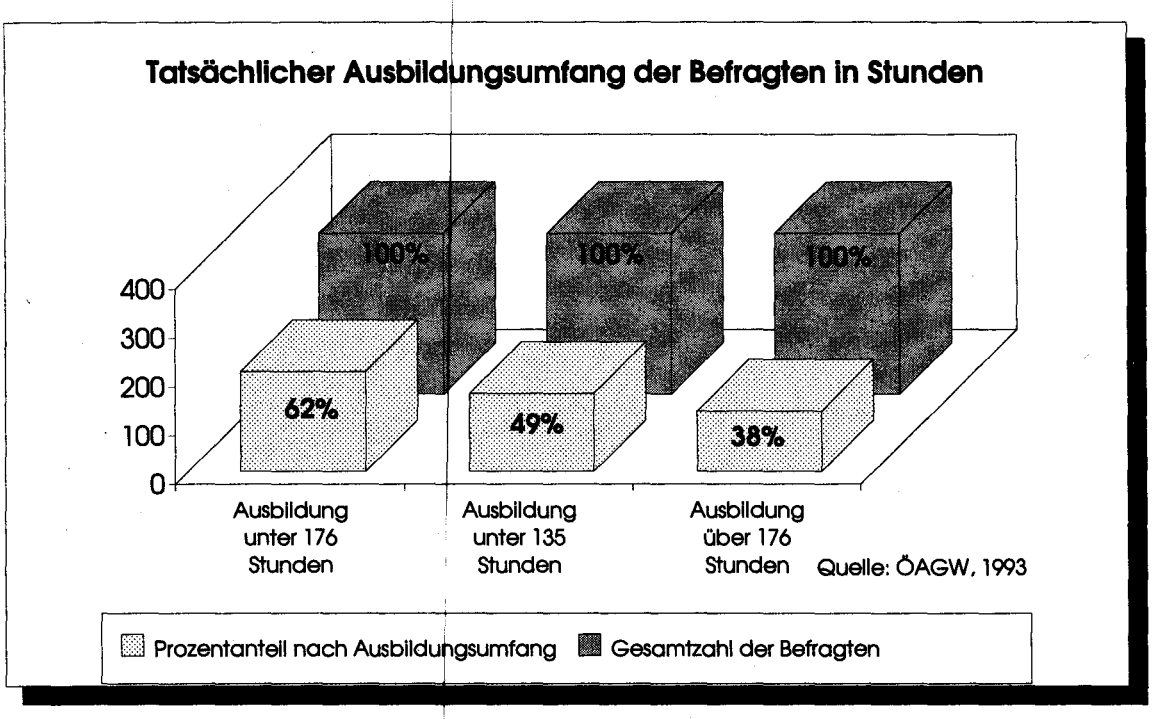
Bei der Auswertung des Signifikanztestes ergaben sich bei den Erstnennungen keine Unterschiede zwischen Hauptamtlichen und Freiwilligen. Wurden zwei Nennungen abgegeben, zeigte sich, daß hochsignifikant mehr Hauptamtliche die "Tätigkeit an sich" angaben und signifikant weniger Freiwillige diesen Parameter als Grund nannten. Die Hauptamtlichen gaben bei zwei Antworten weiters hochsignifikant weniger "Vorbelastung" als Grund an, signifikant mehr "Arbeitszeit", "Entlohnung" und "mit Menschen tätig sein" an. Die Freiwilligen gaben signifikant weniger "mit Menschen tätig sein", hochsignifikant mehr "Vorbelastung" und "medizinischer Beruf" sowie signifikant mehr "soziales Engagement" an als zu erwarten war. Wurden drei Nennungen abgegeben, gaben die Hauptamtlichen signifikant öfter die Nennung "mit Menschen tätig sein" sowie "medizinischer Beruf" als auch "berufliche Absicherung" an, als zu erwarten war. Die Freiwilligen gaben signifikant mehr "die Tätigkeit an sich" und "soziales Engagement" an.

Die Ergebnisse der Befragung hinsichtlich des ***Stundenumfanges der Grundausbildung*** (Frage 11) haben ein besorgniserregendes Profil für den Ausbildungsstand des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungswesen ergeben.



Ausgehend von der gesetzlichen Mindestausbildung im Umfang von 135 Stunden ***beim hauptamtlichen nichtärztlichen Sanitätspersonal***, den Sanitätsgehilfen, ergibt sich, daß 49 % diese Ansprüche nicht erfüllen. Das heißt, daß lediglich 51 % die im internationalen Vergleich gesehene unzureichende Ausbildung von 135 Stunden erfüllen.

Im Bereich des ***freiwillig tätigen nichtärztlichen Personals*** im Rettungsdienst müßten mindestens 176 Stunden (60 Stunden Sanitätshilfe I und II, 16 Stunden Erste Hilfe, 100 Stunden praktische Ausbildung) an Ausbildung absolviert werden, um die Mindestanforderungen des ÖRK für freiwillige Mitarbeiter zu erfüllen. Aufgrund der Erhebung konnte folgender Mißstand aufgedeckt werden: Bei 62 % der Befragten liegt der Ausbildungsstand unter dem vorgeschriebenen Ausbildungsniveau des Sanitätshelfers; lediglich 38 % der Befragten verfügen über die im internationalen Vergleich ebenfalls unzureichende Ausbildung im Ausmaß von 176 Stunden. Aufgrund dieser Ergebnisse ergibt sich ein ***eindeutiger Handlungsbedarf für eine Neustrukturierung der Ausbildung*** des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst. Die folgende Abbildung soll dies veranschaulichen.

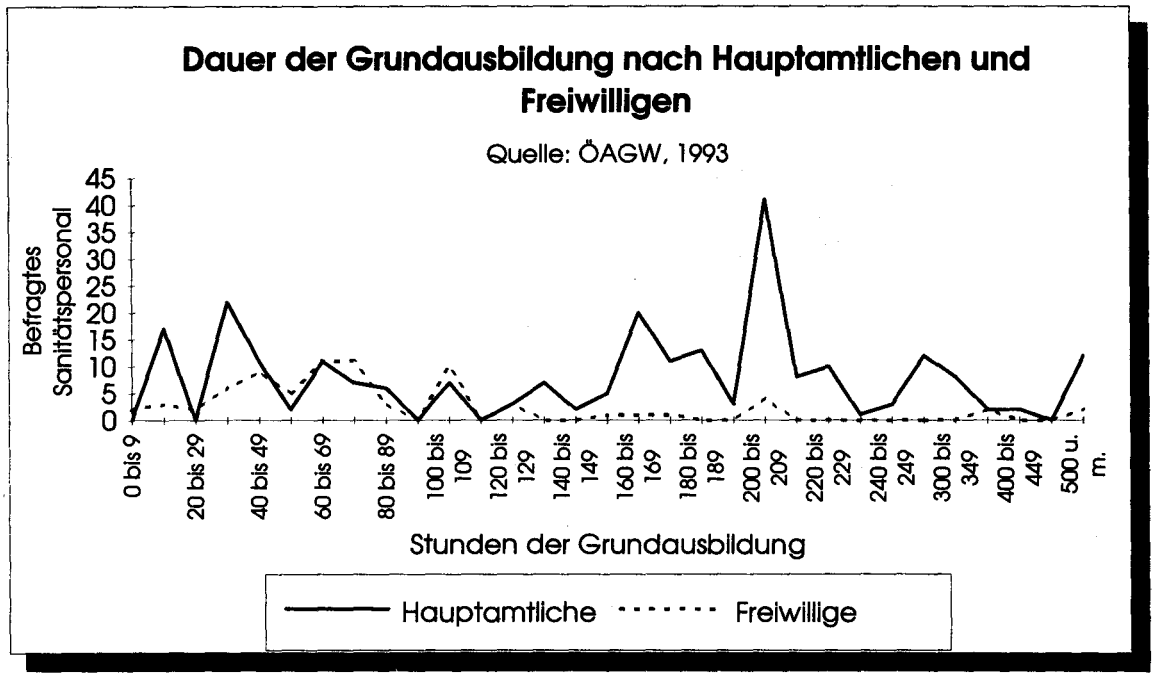


Unterzieht man die Ergebnisse dieser Frage weiters einer näheren Betrachtung nach den Parametern "Hauptamtliche" und "Freiwillige", so wird deutlich, daß die Freiwilligen eine zum Großteil nicht mehr als 109-stündige Ausbildung genossen haben, die häufigste Nennung bei den Freiwilligen liegt bei 70 bis 79 Stunden. Die

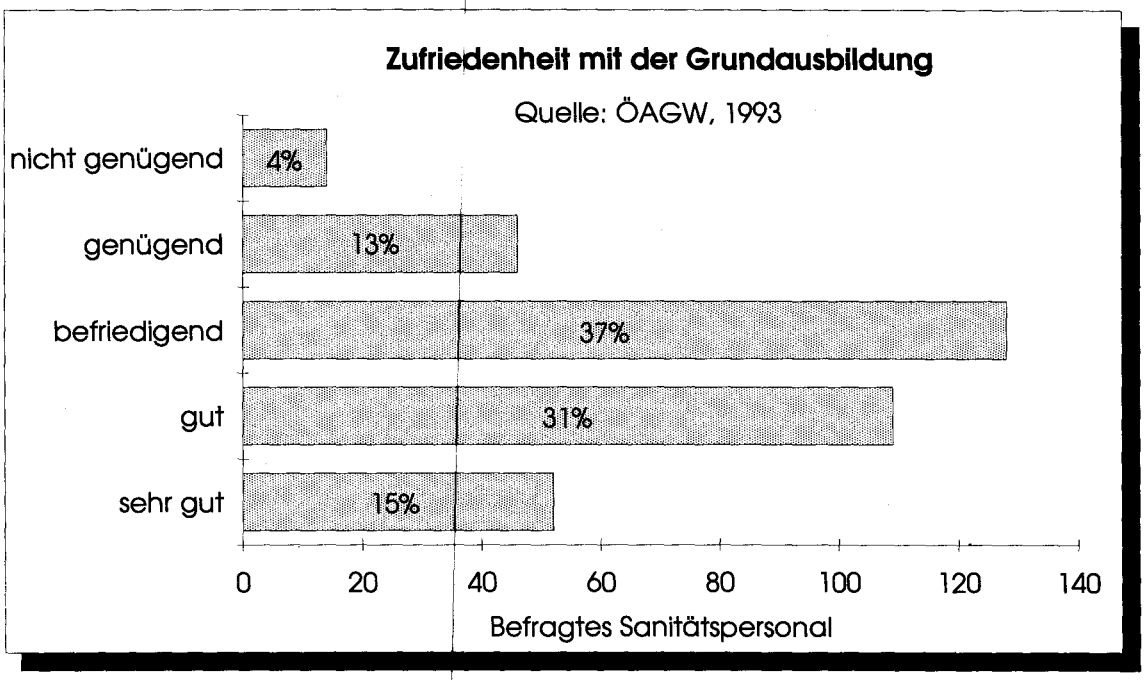
vorgeschriebenen Ausbildungszeiten der unterschiedlichen Trägerorganisationen werden somit weitestgehend nicht erfüllt.

Die größte Spitze bei den Hauptamtlichen liegt bei 200 bis 209 Stunden, ein geringer Teil der Hauptamtlichen hat eine 300-stündige Ausbildung und nur insgesamt 12 der Hauptamtlichen eine mehr als 500-stündige Ausbildung. Diese Gruppe repräsentiert jene derzeit noch kleine Gruppe an nichtärztlichem Sanitätspersonal, die aufgrund besonderer Ausbildungsregelungen bereits Ausbildungsgänge mit ca. 500 Stunden absolviert, wie z.B. die Kurse zum "Notfallsanitäter" in Linz bzw. Salzburg. Ein nicht unerheblicher Teil der Hauptamtlichen hat jedoch nur einen weitaus geringeren Teil als die gesetzlich vorgeschriebene Mindestausbildung mit 135 Stunden absolviert. Dieser Mißstand resultiert daraus, daß die Hauptamtlichen zwei Jahre, während denen sie bereits voll im Rettungsdienst eingesetzt sind, Zeit haben, die Ausbildung zum Sanitätsgehilfen zu absolvieren.

Grundsätzlich muß jedoch festgehalten werden, daß die Ausbildung sowohl bei den Freiwilligen als auch bei den Hauptamtlichen hinsichtlich des Ausbildungsumfanges sehr inhomogen gestaltet ist und bei weitem weder europäischen noch internationalen Standards entspricht.



Die Befragung hinsichtlich der ***Qualität der absolvierten Grundausbildung*** (Frage 12) ergab, daß 4 % der Befragten sie als nicht genügend, 13 % als genügend, 37 % als befriedigend, 31 % als gut, aber nur 15 % als sehr gut beurteilten.

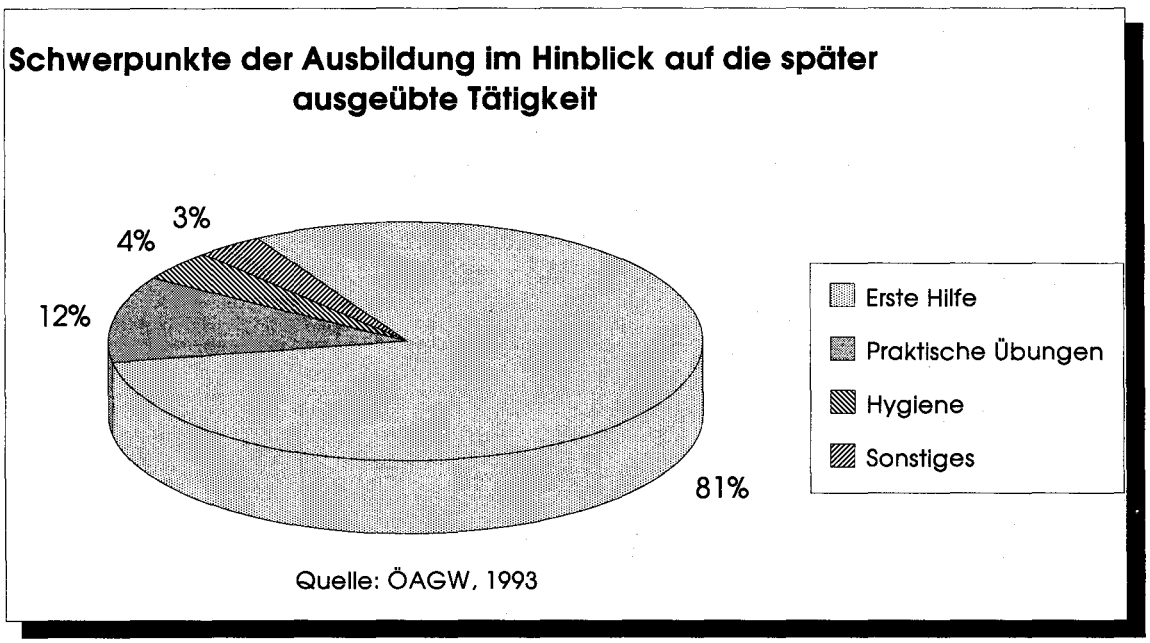


Dieses Ergebnis läßt einerseits eine gewisse Zufriedenheit mit der Qualität erkennen, andererseits muß jedoch angemerkt werden, daß das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst keinerlei Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Unterrichtsmethoden und -verfahren hat, und dies nur als eine subjektive Betrachtung gesehen werden kann. Wäre es der Gesamtheit der Befragten möglich gewesen, wie einigen Delegierten ihrer Berufsvertretung, der Gewerkschaft für Handel, Transport und Verkehr, die unterschiedlichen Ausbildungssystem (z.B. BRD, USA, etc.) persönlich kennenzulernen, wäre die subjektive Zufriedenheit mit großer Wahrscheinlichkeit einer objektiveren Betrachtung gewichen und die Beurteilung der derzeitigen Ausbildung entsprechend ausgefallen.

Der Signifikanztest zu dieser Frage ergab, daß signifikant weniger Hauptamtliche die Grundausbildung mit "sehr gut" und "gut", hingegen signifikant mehr Hauptamtliche die Grundausbildung mit "befriedigend", "genügend" und "nicht genügend" beurteilten als erwartet. Die Freiwilligen hingegen gaben ihre Grundausbildung signifikant mehr als "sehr gut" und "gut" an, signifikant weniger mit "befriedigend", "genügend" und "nicht genügend" an als zu erwarten gewesen wäre.

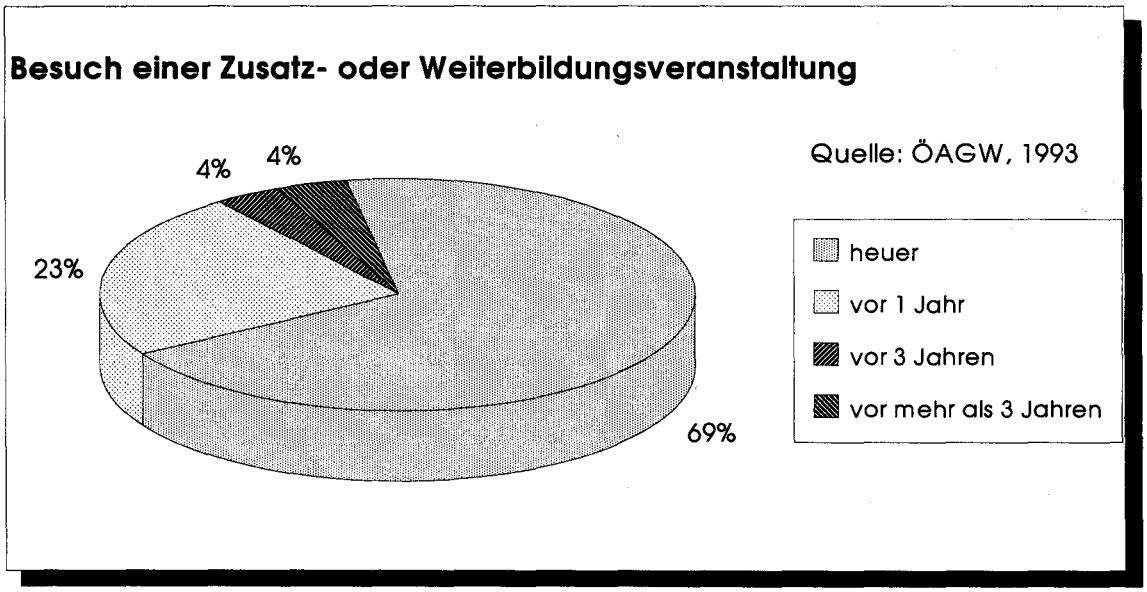
Die Fragestellung, was von den ***inhaltlichen Schwerpunkten ihrer Grundausbildung*** her gesehen ihrer Meinung nach für die spätere Praxis am wichtigsten war (Frage 13), beantworteten die Befragten folgendermaßen:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.



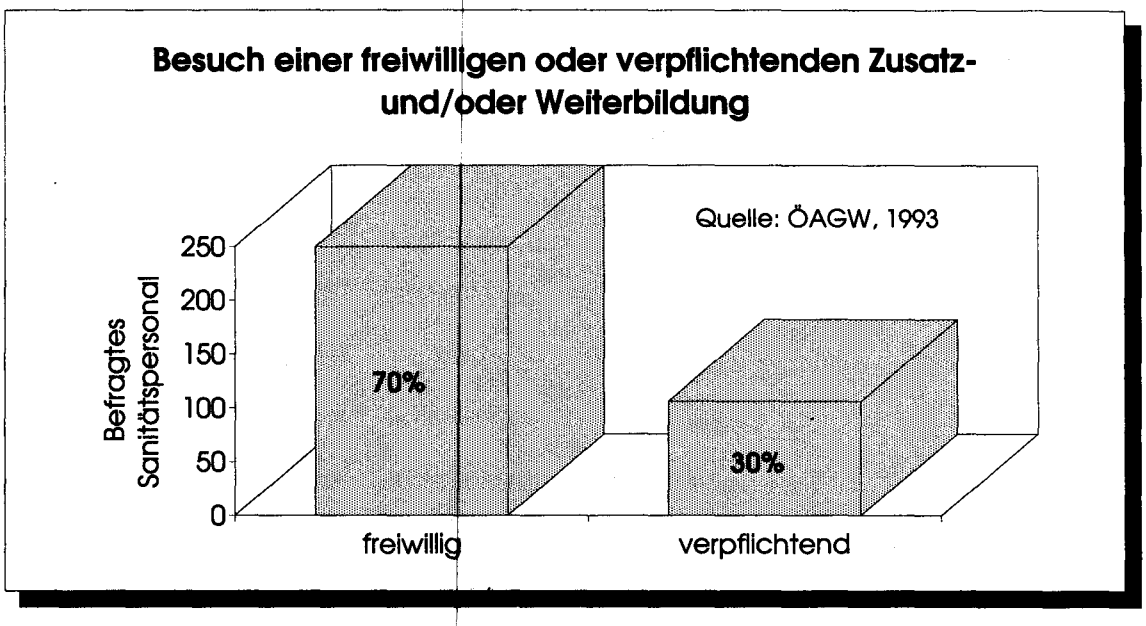
Von den ersten der genannten Gründe dominierten die "Erste Hilfe", "Praktische Übungen" und "Hygiene und Infektionslehre". Wurde mehr als ein Grund genannt (drei waren maximal möglich), dominierten "Medizinische Grundlagen", "Verbandslehre" und "Rettungstechnik".

Der ***Besuch einer Zusatzausbildung sowie Fort- und Weiterbildungsangebote*** (Frage 18) wurde - wie aus dem untenstehenden Diagramm ersichtlich - angegeben: 248 Personen (69 %) besuchten im Befragungszeitraum (1992) und 84 Personen (23 %) vor einem Jahr eine derartige Veranstaltung. Zwischen Hauptamtlichen und Freiwilligen gab es keinen signifikanten Unterschied.

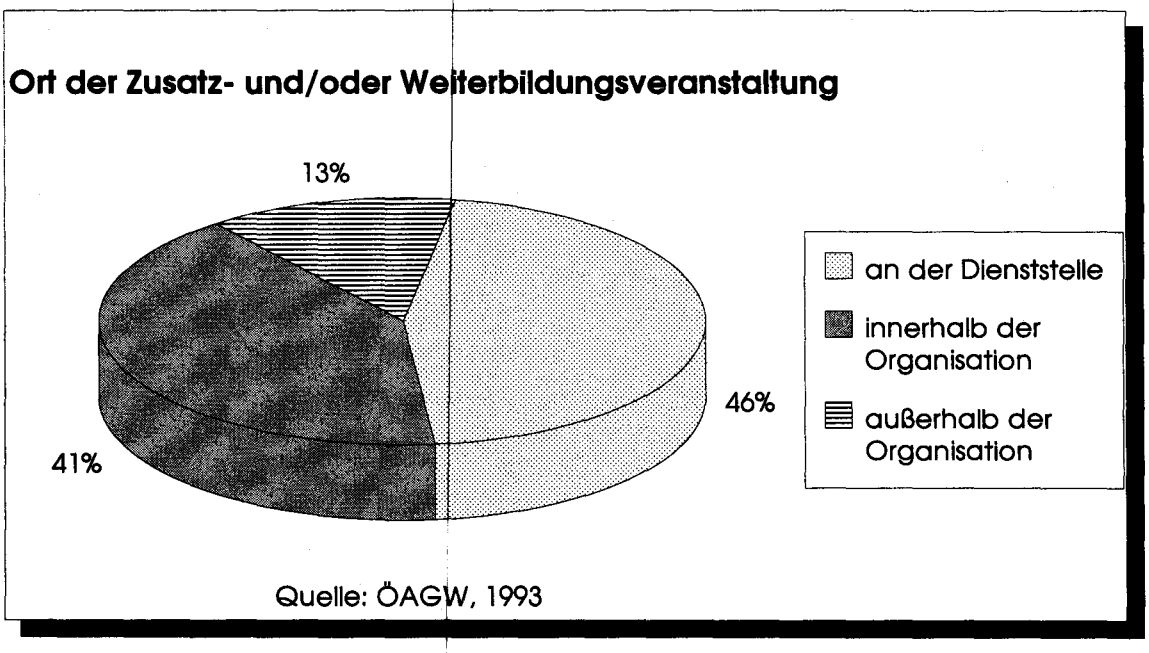


© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

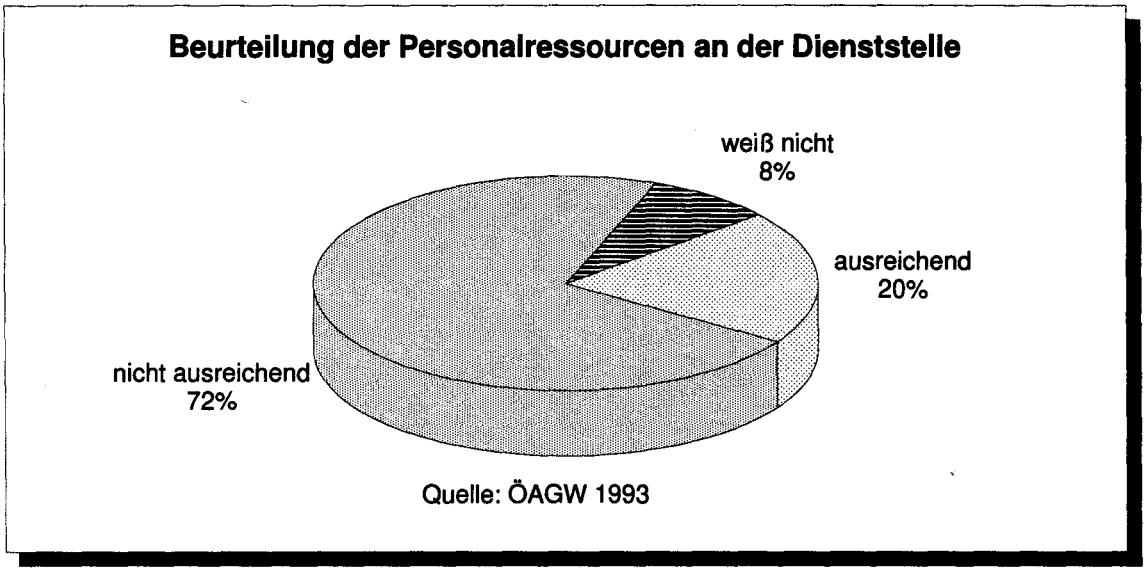
Die folgende Graphik gibt Auskunft, darüber, wie weit diese ***Veranstaltungen verpflichtend bzw. freiwillig besucht*** wurden (Frage 19). Hier ergab der Signifikanztest, daß die Hauptamtlichen signifikant mehr verpflichtend diese Veranstaltungen besuchten, die Freiwilligen hingegen signifikant mehr freiwillig.



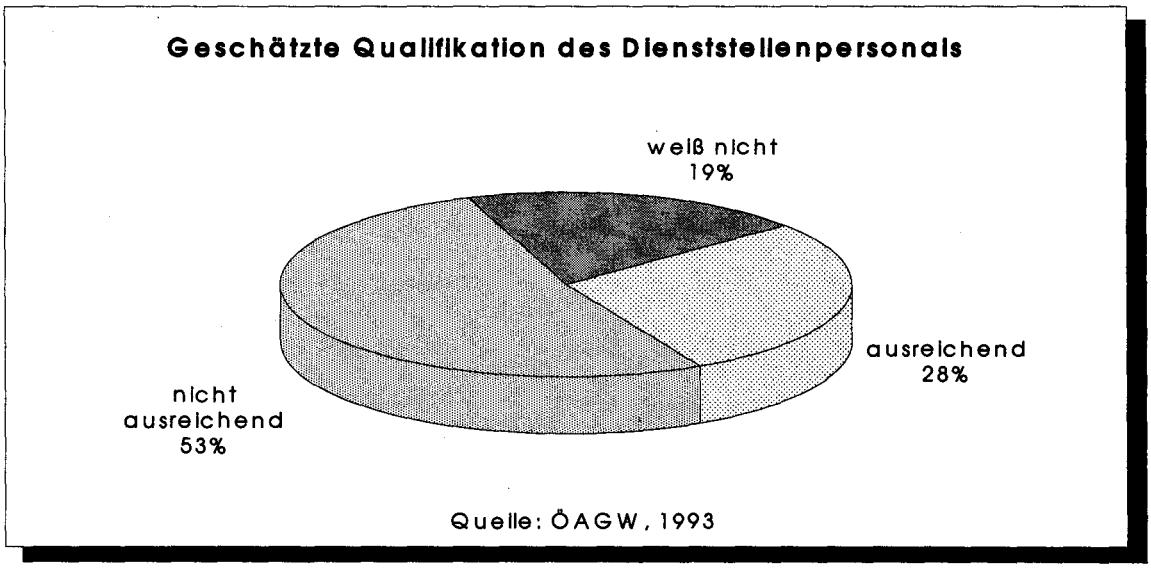
Die besuchten Zusatz-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen fanden entsprechend den Angaben der Befragten an folgenden ***Orten*** (Frage 20) statt:



Die ***personellen Ressourcen der jeweiligen Dienststelle*** (Frage 23) wurden mit absoluter Mehrheit (das sind 72 %) als nicht ausreichend beurteilt. Zwischen den Hauptamtlichen und den Freiwilligen gab es keinen signifikanten Unterschied im Antwortverhalten.

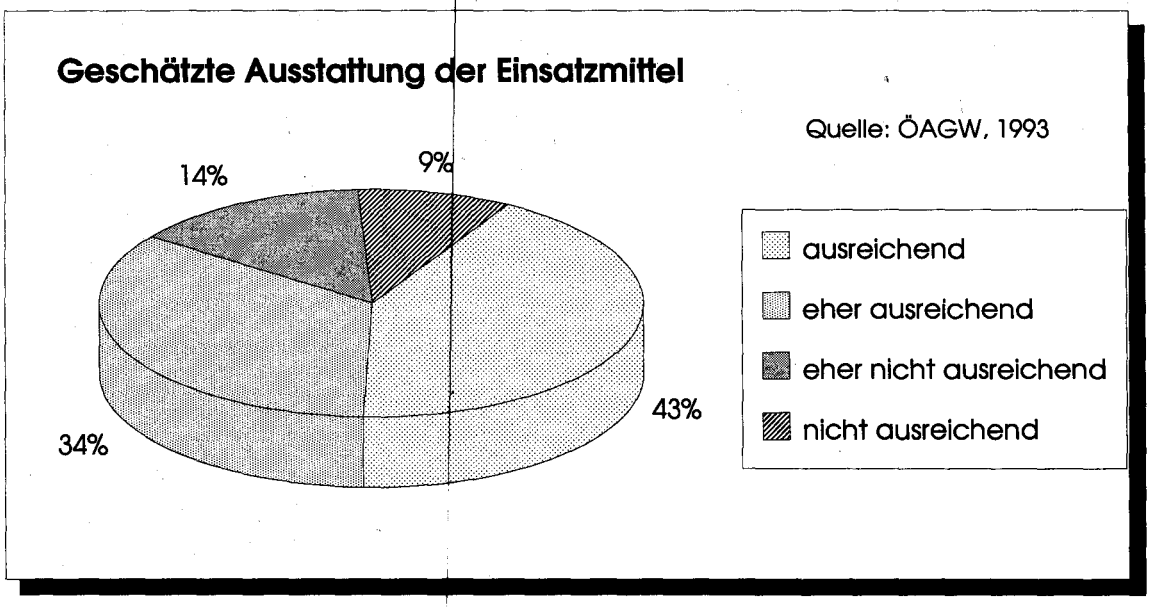


Mehrheitlich (zu 52 %) wurde die ***Qualifikation des Personals*** als nicht ausreichend bezeichnet (Frage 24). Darüber hinaus war ca. ein Fünftel (19 %) der Befragten nicht in der Lage, eine Selbsteinschätzung hinsichtlich der Qualifikation des Rettungspersonals vorzunehmen.



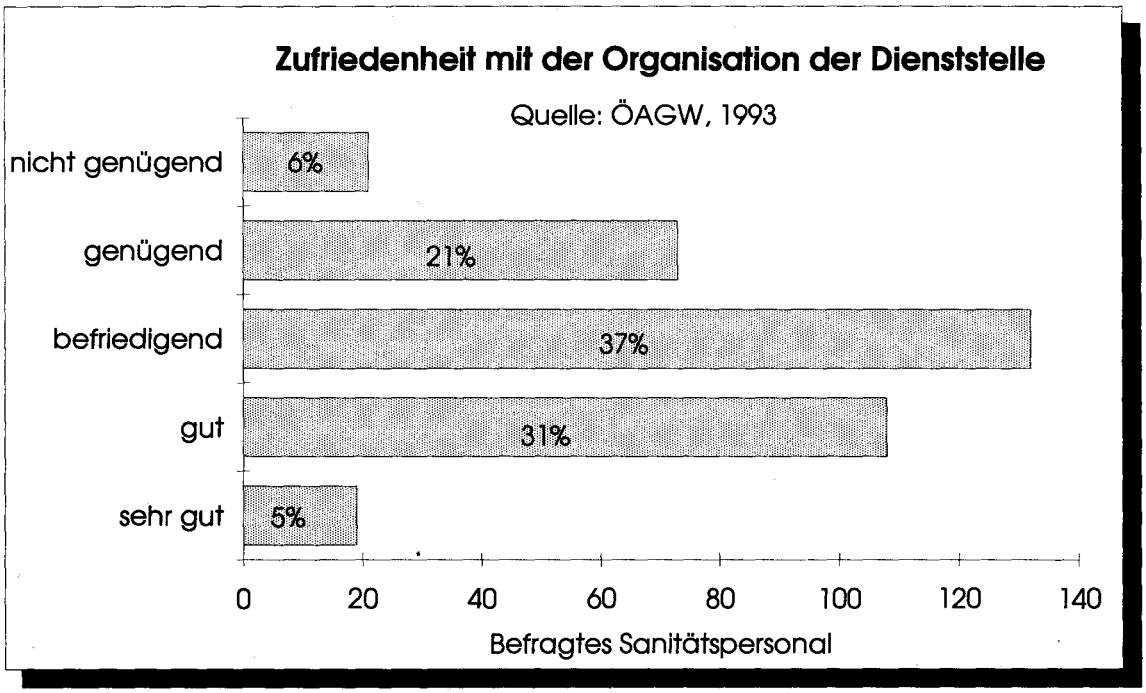
Der Signifikanztest zur Frage 24 ergab, daß hochsignifikant weniger Hauptamtliche das Personal als ausreichend qualifiziert einschätzen, die Freiwilligen hingegen hochsignifikant mehr als erwartet die Qualifikation des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst als ausreichend qualifiziert nennen. Dieser hochsignifikante Unterschied ist aus dem Umstand heraus erklärbar, daß die Hauptamtlichen in Ausübung ihrer Tätigkeit weitaus mehr Einblick in den Tätigkeitsbereich der Kollegen bekommt als das nur gelegentlich tätige Personal der Freiwilligen. Weiters ist hier erkennbar, daß die Hauptamtlichen sehr kritisch mit sich selbst umgehen.

Im Gegensatz zu den personellen Ressourcen und der Qualifikation des Rettungsdienstpersonals wurde ***die Ausstattung der Einsatzfahrzeuge*** mit Geräten und dgl. als überwiegend ausreichend bzw. eher ausreichend bezeichnet (Frage 25). Der Signifikanztest nach den Merkmalen "Hauptamtliche" und "Freiwillige" ergab, daß signifikant mehr Hauptamtliche die Ausstattung als "ausreichend" und signifikant weniger als "eher ausreichend" angaben, als dies erwartet wurde. Bei den Freiwilligen wiederum gaben signifikant weniger Personen die Ausstattung der Fahrzeuge als "ausreichend" und signifikant mehr Personen als "eher ausreichend" an.



Die ***Organisation ihrer Dienststelle*** beurteilen die Befragten folgendermaßen (Frage 26): 19 Personen des befragten Sanitätspersonals beurteilten sie als "sehr gut", 108 Personen als "gut", 132 Personen als "befriedigend", 73 Personen als

"genügend" und 21 Personen als "nicht genügend" (siehe nachfolgendes Diagramm). Der Signifikanztest ergab keinen Unterschied bei Freiwilligen und Hauptamtlichen.

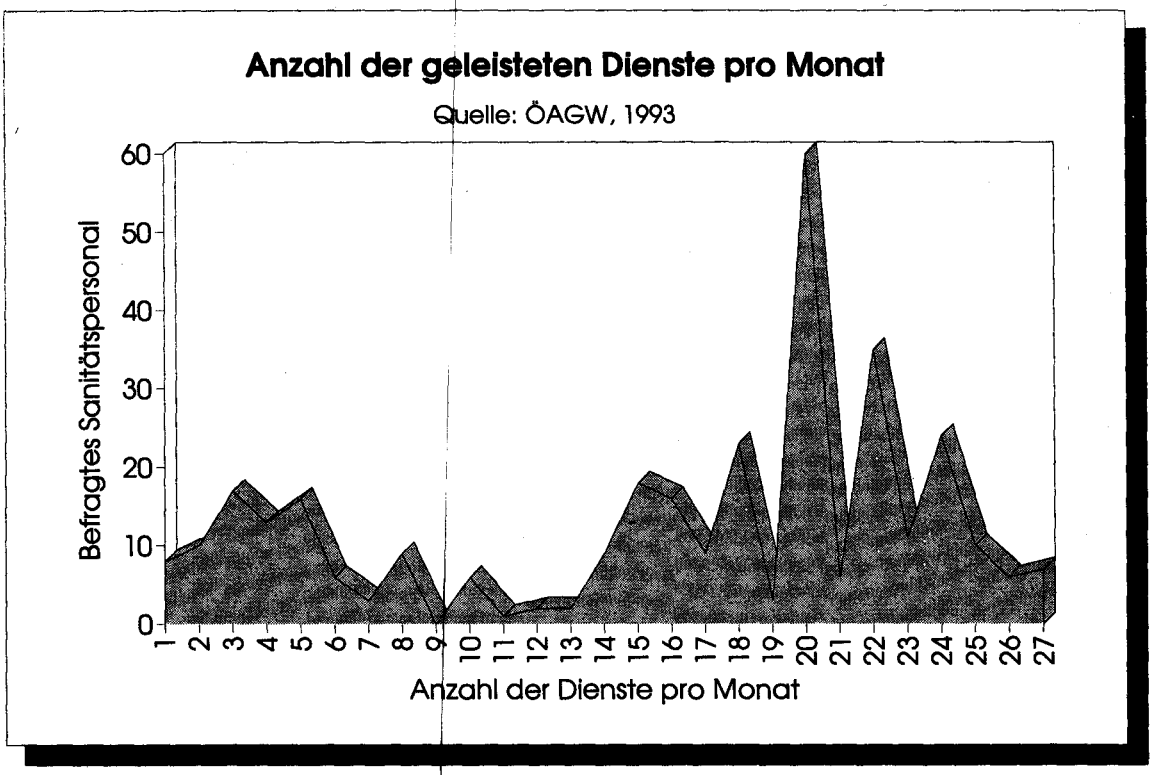


Die Befragung ergab weiters, daß das befragte Sanitätspersonal im Rettungsdienst zwischen 1 und 27 Diensten versieht (Frage 27), wobei ein Höhepunkt der Verlaufskurve bei 3 ***Diensten pro Monat*** liegt, der nächste bei 20 Diensten. Man erkennt, daß der Wert "3 Dienste pro Monat" somit die "Spitze" der Tätigkeit der Freiwilligen darstellt, der Wert "20 Dienste pro Monat" die meiste Nennung der Hauptberuflichen war. Der Signifikanztest dieser Frage ergab, daß mit $p = 0.0001$ nach den Merkmalen "hauptberuflich" und "freiwillig" der Schwerpunkt im Bereich der Freiwilligen somit bei 1 bis 10 Diensten, bei den Hauptberuflichen bei 14 bis 27 Diensten pro Monat liegt. Die durchschnittliche Anzahl der Dienste pro Monat liegt somit bei den Hauptamtlichen bei 19,283 und den Freiwilligen bei 5,405.

Berechnet man nun die absolute Einsatzfrequenz pro Monat, d.h. multipliziert man die durchschnittliche Anzahl der Dienste pro Monat mit der durchschnittlichen Anzahl der Einsätze pro Dienst, ergibt dies folgendes Bild: Die Hauptamtlichen haben eine Einsatzfrequenz von 151,62 Einsätzen pro Monat, die Freiwilligen hingegen eine Einsatzfrequenz von 29,506. Von den durchschnittlichen 151,62 Einsätzen pro Monat der Hauptamtlichen entfallen im Mittelwert 17,879 auf echte Notfälle. Bei den Freiwilligen entfallen von den durchschnittlichen 29,506 Einsätzen pro Monat im Mittelwert 4,394 auf echte Notfälle.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Aus den Ergebnissen dieser Berechnungen läßt sich ableiten, daß die Freiwilligen zwar zahlenmäßig im Vergleich zu den Hauptamtlichen überwiegen, jedoch die Hauptamtlichen hinsichtlich der tatsächlichen Einsatzfrequenz in Relation zur Gesamtzahl des nichtärztlichen Sanitätspersonals, also Hauptamtliche und Freiwillige zusammen, die Hauptlast (Dienste pro Monat) im Sanitätsdienst leisten. Die Hauptamtlichen verfügen aufgrund der höheren Einsatzfrequenz zudem über eine fünfmal höhere praktische Erfahrung im Sanitätsdienst als die Freiwilligen.

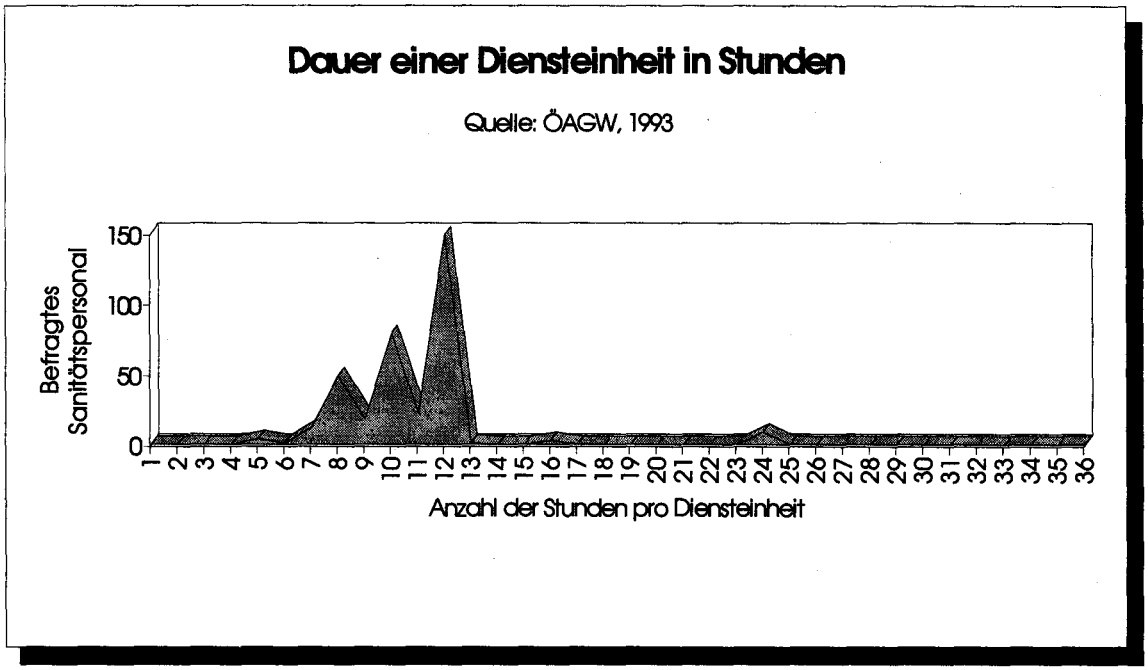


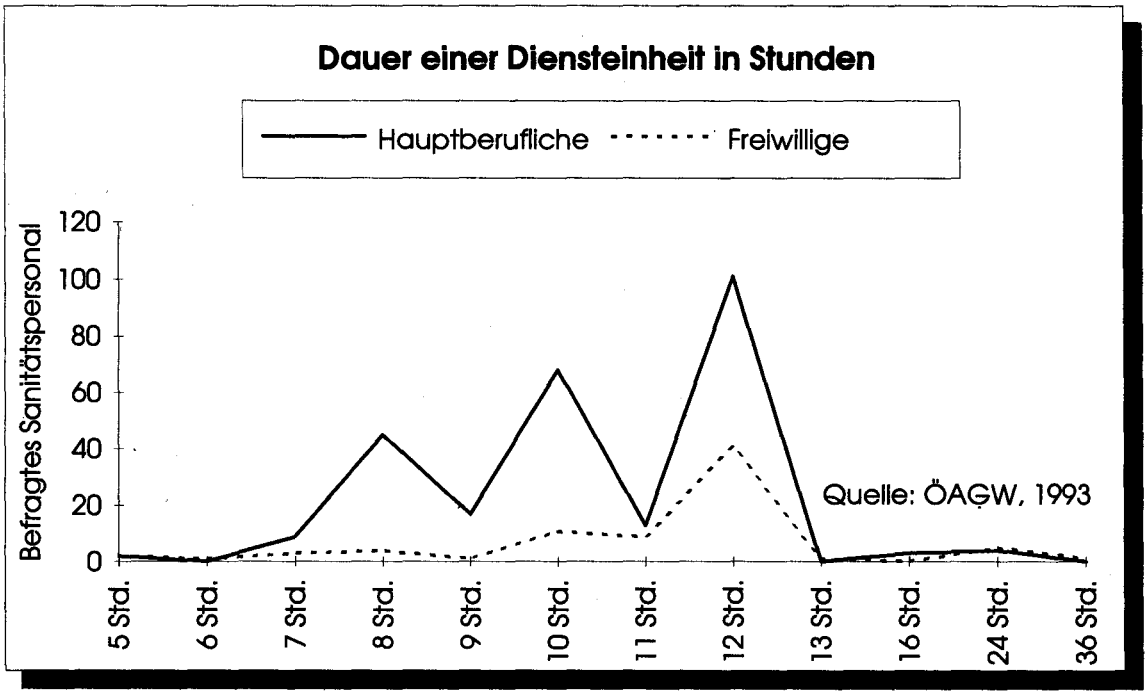
Der Mittelwert bei der ***durchschnittlichen Dauer einer Diensteinheit*** (Frage 28) liegt bei 10,9 Stunden.

Der Signifikanztest nach den Merkmalen "hauptberuflich" und "freiwillig" hat einen hochsignifikanten Unterschied zwischen Hauptamtlichen und Freiwilligen ergeben. Bei den Hauptamtlichen liegt das Gros zwischen sieben und zwölf Stunden sowie weitere Nennungen bei 16 und 24 Stunden. Das absolute Maximum mit 101 Nennungen liegt bei 12 Stunden.

Bei den Freiwilligen liegt die Streuung zwischen fünf und zwölf Stunden pro Diensteinheit sowie Einzelnennungen bei 13 und 24 Stunden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

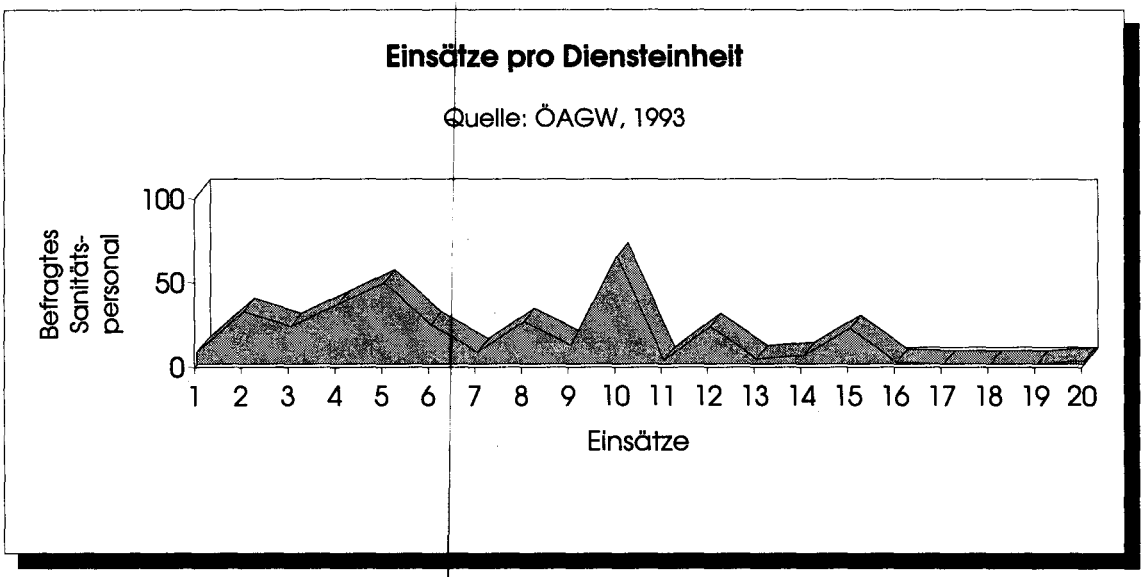




Die Frage, wieviele ***Einsätze durchschnittlich pro Diensteinheit*** gefahren werden (Frage 29), ergab bei der Gesamtzahl der Befragten einen Durchschnittswert von

7,29 Einsätzen, wobei das Minimum bei einem Einsatz, das Maximum bei 20 Einsätzen pro Diensteinheit liegt. Bei der Gesamtauswertung sind zwei Hauptbereiche zu erkennen: ein Hauptbereich ist bei zwei bis sechs Ausfahrten zu beobachten mit der Spitze bei fünf Ausfahrten, die zweite Spitze liegt bei zehn Ausfahrten.

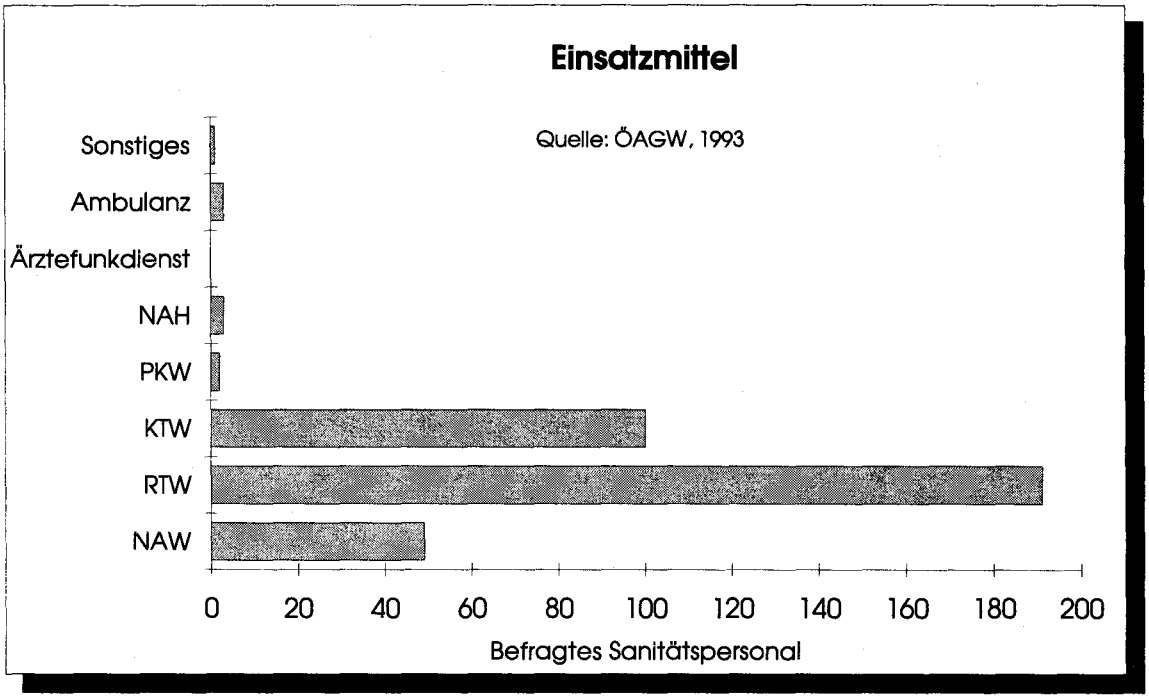
Der Signifikanztest nach den Merkmalen "hauptberuflich" und "freiwillig" hat einen hochsignifikanten Unterschied ergeben. So liegt die höchste Nennung bei den Hauptberuflichen bei zehn Einsätzen, bei den Freiwilligen hingegen bei vier Einsätzen.



Die Frage 30 ("***Mit welchem Einsatzmittel sind Sie hauptsächlich unterwegs***?") beantworteten 54,73 % mit "RTW", 28,66 % mit "KTW" und 14,04 % mit "NAW". Weitere Nennungen entfielen auf "NAH" (0,86 %), "PKW" (0,58 %), "Ambulanz" (0,86 %) sowie "sonstiges".

Beim Signifikanztest ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen Hauptberuflichen und Freiwilligen dahingehend: von den Hauptberuflichen fahren mehr Personen als erwartet auf dem NAW und KTW, jedoch weniger als erwartet auf dem RTW. Bei den Freiwilligen hingegen fahren weniger Personen als erwartet auf dem NAW und KTW, dafür jedoch mehr auf dem RTW.

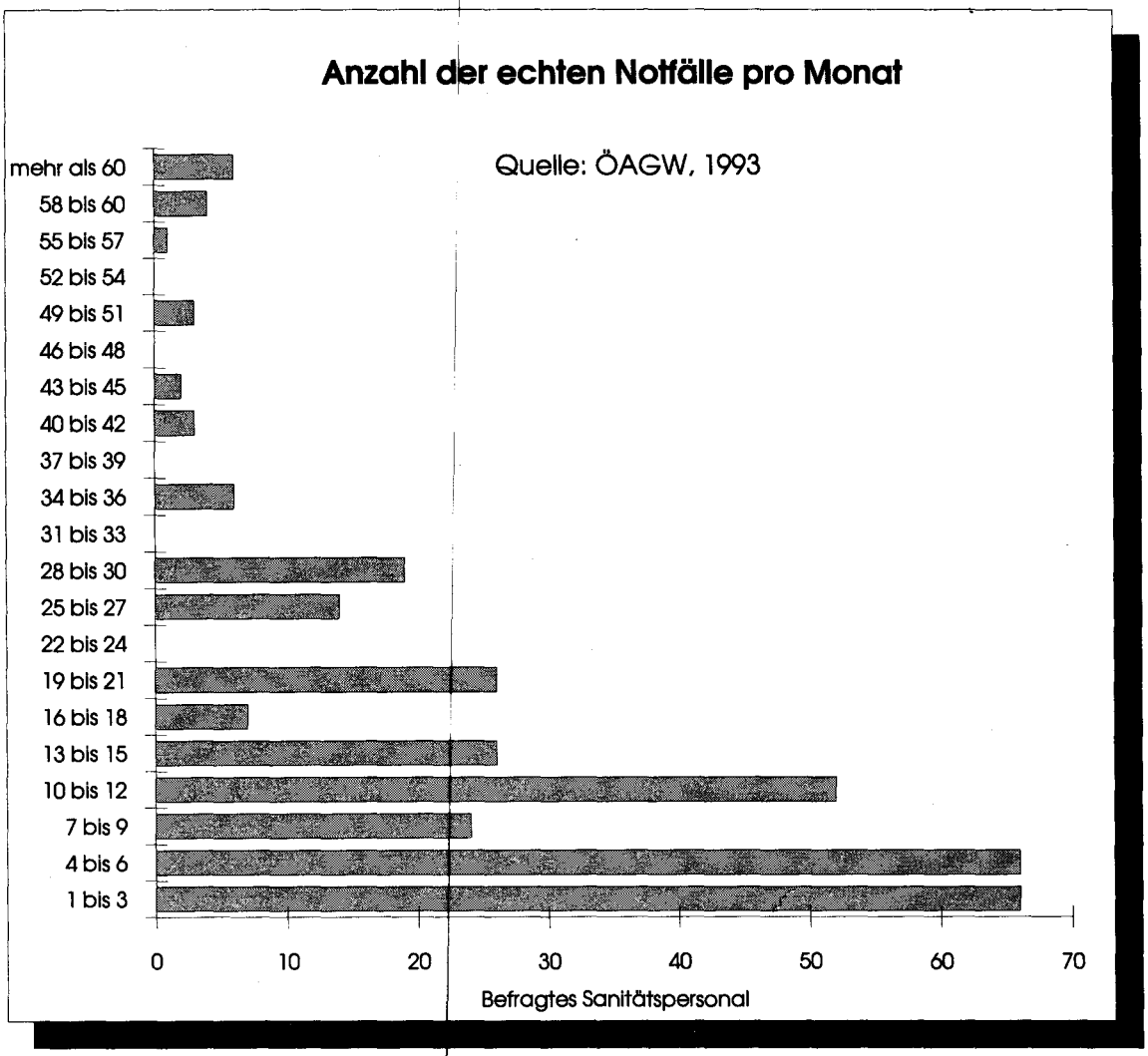
© copyright by Ö.A.G.W., 1993.



Bei der Befragung nach der ***Anzahl der "echten Notfälle pro Monat"*** (z.B. Verletzte, akut Erkrankte, Geburten, usw.) in Frage 31 ergab sich ein Mittelwert von 14,98 echten Notfällen pro Monat. Je 20,35 % der Befragten gaben an, 1 bis 3 bzw. 4 bis 6 echte Notfälle pro Monat zu fahren, 15,96 % der Befragten gaben 10 bis 12 echte Notfälle pro Monat an. Der Verlauf läßt sich aus der nächstfolgenden Graphik ersehen.

Der Signifikanztest ergab einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den Hauptamtlichen und den Freiwilligen: Während sich die Streubreite bei den Hauptamtlichen von einem bis 60 echten Notfällen pro Monat erstreckt, liegt sie bei den Freiwilligen zwischen einem und 21 Notfällen, wobei der hauptsächliche Anteil der Nennungen der Freiwilligen bei 1 bis 3 sowie 4 bis 6 echten Notfälle lokalisiert ist.

Das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst gab hinsichtlich der ***Impfprophylaxe*** (Frage 32) an: Bei der ***Hepatitis A*** sind lediglich 11 % der Befragten nach eigenen Angaben durch eine Schutzimpfung geschützt, bei ***Hepatitis B***, einer der klassischen Berufskrankheiten der Gesundheitsberufe, geben immerhin 60 % der Befragten an, daß sie durch eine Impfung geschützt sind.



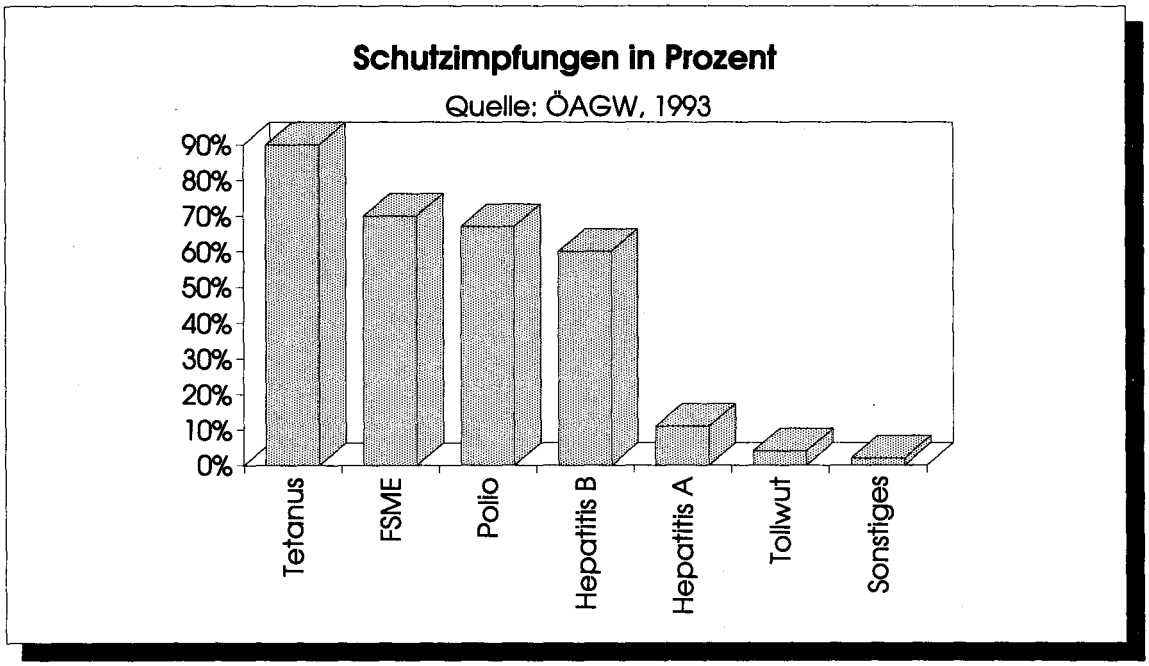
Bei der Hepatitis B ist jedoch in Zukunft auch beim nichtärztlichen Sanitätspersonal im Rettungsdienst ein höherer Durchimpfungsgrad anzustreben. Aufgrund des Befragungsergebnisses läßt sich jedoch darauf schließen, daß den Befragten der Unterschied zwischen Hepatitis A und B durchaus geläufig ist, und daß hier die Aufklärungskampagne, die insbesondere durch die AUVA in letzten Jahren durchgeführt wurde, gute Erfolge gezeigt hat. Mit der Anerkennung als eigenständiger Beruf und damit verbunden auch der Anerkennung von Berufskrankheiten wird sicher in Zukunft auch der Berufsstand der Sanitätsfachkräfte noch stärker in die Impfprophylaxe miteinbezogen.

Bei der ***Tetanus-Schutzimpfung*** ergab sich eine Durchimpfungsrate von 90 %, die sicher auch daraus resultiert, daß diese Impfung bereits routinemäßig in den Schulen durchgeführt wird und in sehr vielen Betrieben als Serviceleistung für die Arbeitnehmer in weiterer Folge auch von den bereits Berufstätigen in Anspruch ge-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

nommen wird. Darüber hinaus wird auch in Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten bei offenen Verletzungen als Prophylaxe die Tetanus-Impfung verabreicht.

Die niedere Impfrate bei ***Tollwut*** erklärt sich daraus, daß diese Impfung im allgemeinen auch nur bei Sanitätspersonal, das in ländlichen bzw. Bergregionen insbesondere mit Tollwutverseuchung tätig ist, sinnvoll ist. Dies gilt zum Beispiel für den Bereich der Bergrettung und das nichtärztliche Sanitätspersonal beim Militär. Diese Frage, die auch mehr als indirekte Testfrage hinsichtlich der Aussagekräftigkeit bei den anderen Impfungen gedacht war, bestätigt den Wahrheitsgehalt der übrigen Angaben zur allgemeinen Impfprophylaxe.



Bei der ***FSME-Impfung*** (Frühsommer-Meningo-Encephalitis) hat sich ebenfalls erwartungsgemäß ein hoher Durchimpfungsgrad von 70 % gezeigt. Anhand der FSME-Schutzimpfung läßt sich ebenfalls beobachten, wie der Durchimpfungsgrad im Sinne einer umfassenden Impfprophylaxe durch geeignete Aufklärungs- und Informationskampagnen gezielt zu beeinflussen und zu verbessern ist.

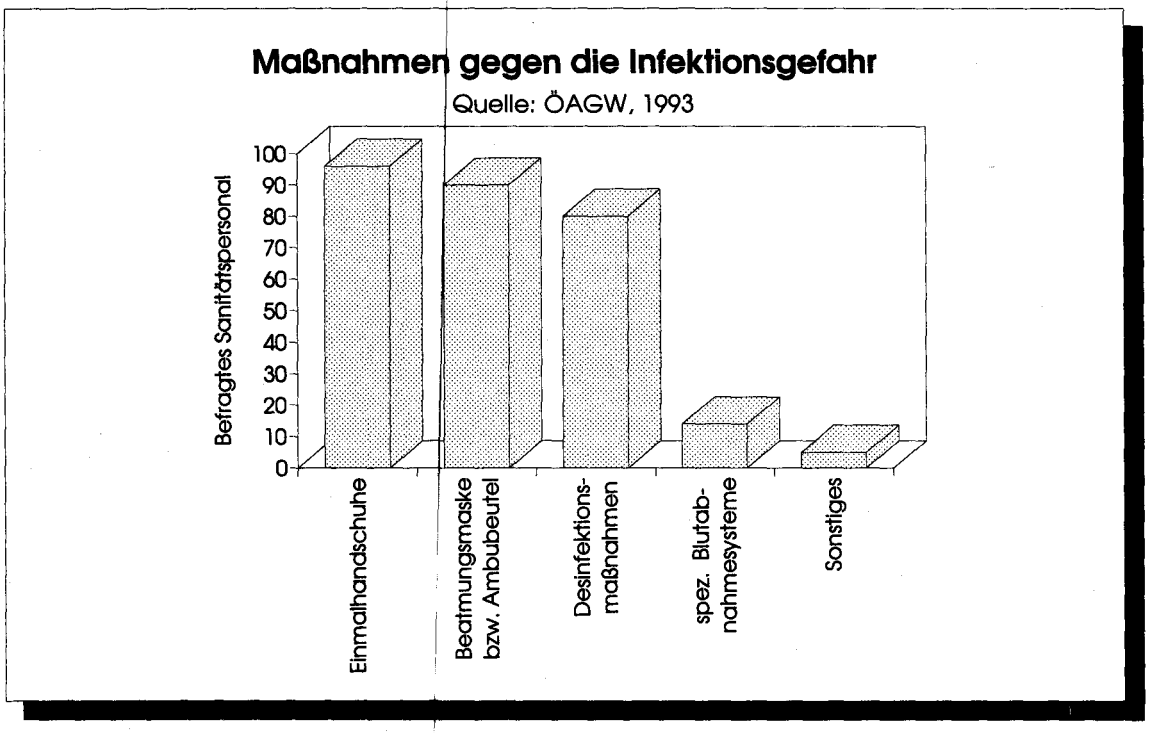
Bei der ***Kinderlähmung*** zeigte sich ein Durchimpfungsgrad von 67 %. Dies ist insofern verwunderlich, als diese Impfung bei den heute Berufstätigen noch als Pflichtimpfung durchgeführt worden ist und das Fehlen eines Impfschutzes bei ca. einem Drittel der Befragten nur durch eine fehlende Auffrischungsimpfung bzw. durch einen schlechten Informationsstand über die Impfung selbst zu erklären ist.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Darüber hinaus gaben noch 2 % der Befragten an, gegen "sonstige Krankheiten" durch eine Impfung geschützt zu sein.

Beim Impfverhalten hat sich mit Ausnahme der Polio-(Kinderlähmungs-)Impfung sowie der Rubrik "Sonstige Impfungen" kein signifikanter Unterschied zwischen Hauptberuflichen und Freiwilligen ergeben. Einen Polio-Impfschutz haben weniger Hauptberufliche, als zu erwarten war; bei den Freiwilligen zeigte sich das gegenteilige Verhalten: hier sind mehr Personen als zu erwarten war, durch eine Polio-Impfung geschützt.

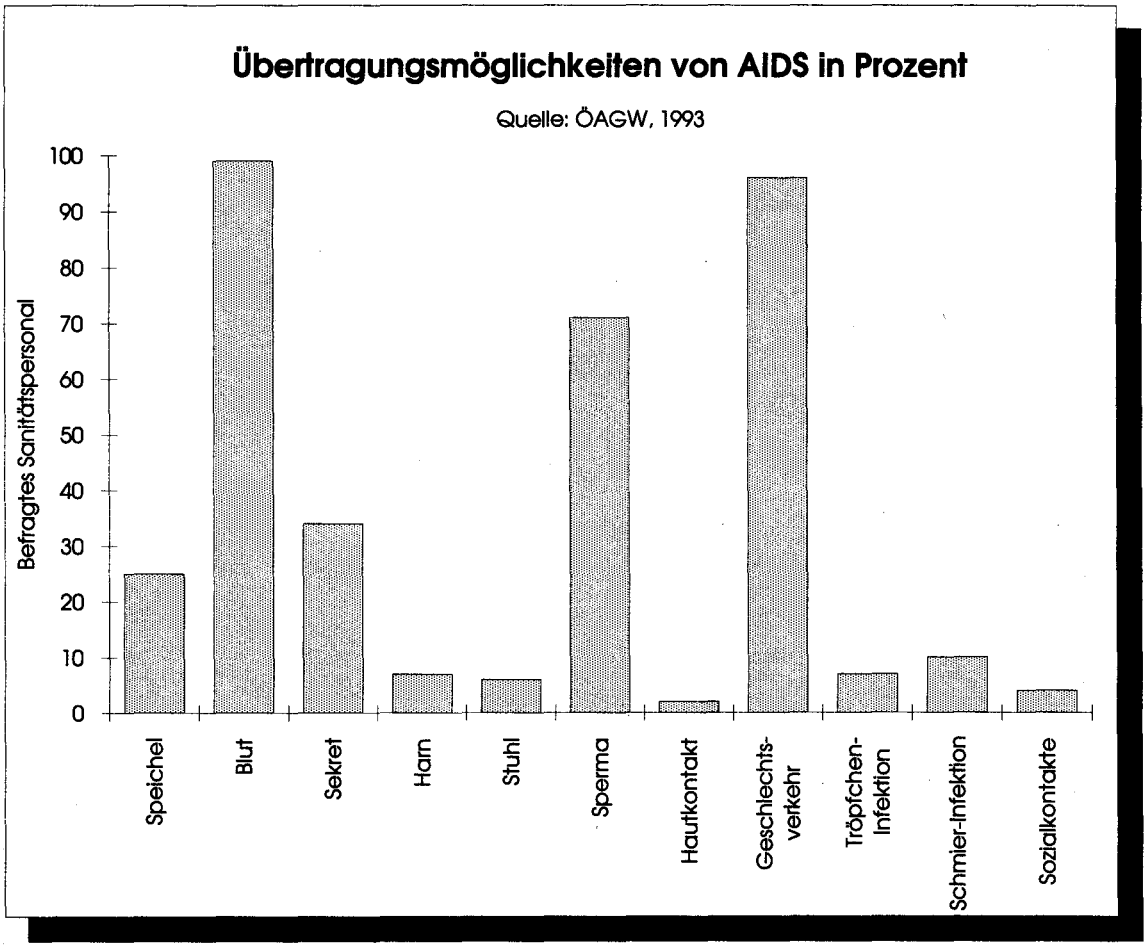
Hinsichtlich der ***Maßnahmen***, die ***zur Begegnung der Infektionsgefahr*** an der Dienststelle getroffen werden (Frage 33), gaben die Befragten folgendes an: zu 96 % stehen Einmalhandschuhe, zu 90 % Beatmungsmaske bzw. Ambu-Beutel zur Verfügung und zu 80 % werden Desinfektionsmaßnahmen getroffen. Spezielle geschlossene Systeme zur Blutentnahme stehen lediglich zu 14 % zur Verfügung, sonstige Maßnahmen zu 5 %.



Beim Signifikanztest nach den Merkmalen "hauptberuflich" und "freiwillig" hat sich lediglich hinsichtlich der Maßnahme "Einmalhandschuhe" ein signifikanter Unterschied ergeben. Es stehen weniger Hauptberuflichen als zu erwarten war, jedoch mehr Freiwilligen, Einmalhandschuhe zur Verfügung.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Im Zuge der Befragung wurde im Abschnitt "Allgemeine Hygiene und Prophylaxemaßnahmen" eine kombinierte Frage (Frage 34), die einerseits einen wesentlichen Parameter des Berufsschutzes hinterfrägt und andererseits eine indirekte Wissenstestfrage zum Sachthema ***AIDS*** darstellt, eingebaut: "Durch welche der folgenden Möglichkeiten kann AIDS (nachgewiesenermaßen) übertragen werden?". Die Frage wurde im Multiple-choice-Verfahren mit richtigen und falschen Antwortparametern gestellt.



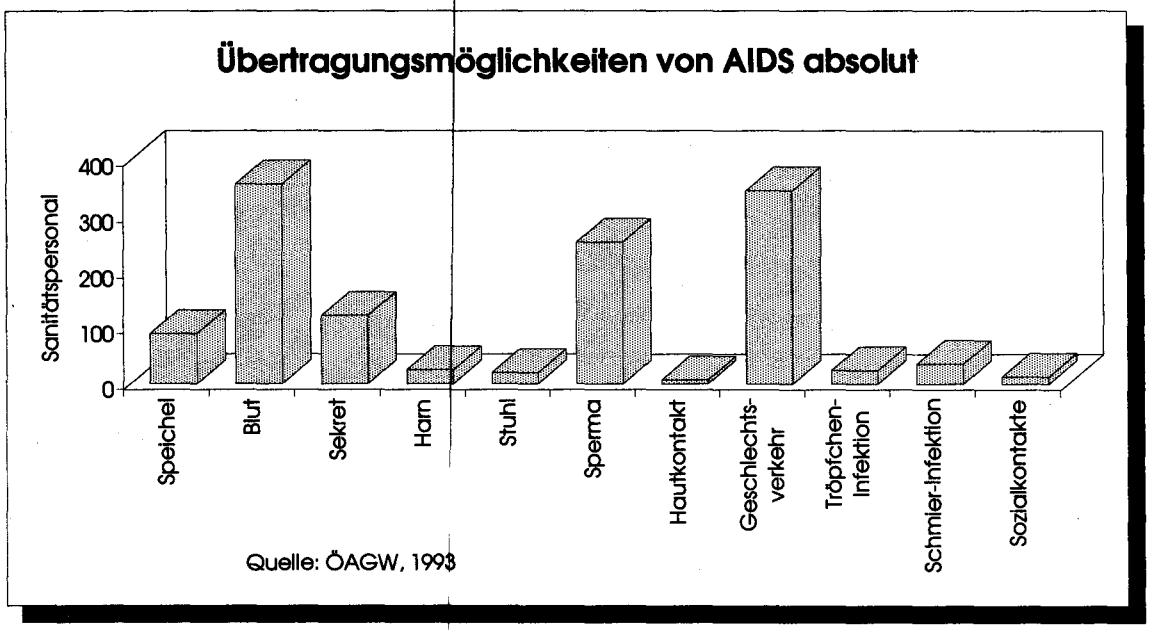
Die obenstehende Graphik stellt das Antwortverhalten hinsichtlich der Übertragungsmöglichkeiten von AIDS in Prozent, die nachstehende Graphik in Absolutzahlen dar.

Die richtigen Parameter hinsichtlich des "nachgewiesenen Übertragungsweges" von AIDS stützen sich auf die aktuelle Information der AIDS-Hilfe zu diesem Thema und beinhalten nicht die Thesen oder Lehrmeinungen einzelner Experten oder wissenschaftlicher Fachdiskussionen, im Rahmen derer auch weiterführende Infektionsvektoren, -quellen sowie -wege diskutiert und als im Bereich des Möglichen

dargestellt werden. Die richtigen Antworten entsprechen somit dem öffentlichen Informationsstand der Bevölkerung durch das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, welches für die Aufklärung und Informationsvermittlung im Interesse der Volksgesundheit sowohl seitens der Medien als auch in den Schulen und in den einzelnen Ausbildungsprogrammen (z.B. der Sanitäterausbildung) sowie in anderen Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens auf Bundes- und Länderebene zuständig ist.

Die Übertragungsmöglichkeit durch Blut gaben 99 %, durch Sperma 71 % und durch Geschlechtsverkehr 96% mit "ja" richtig an. Fast ein Drittel (29 %) haben Sperma als AIDS-Übertragungsmöglichkeit nicht angegeben.

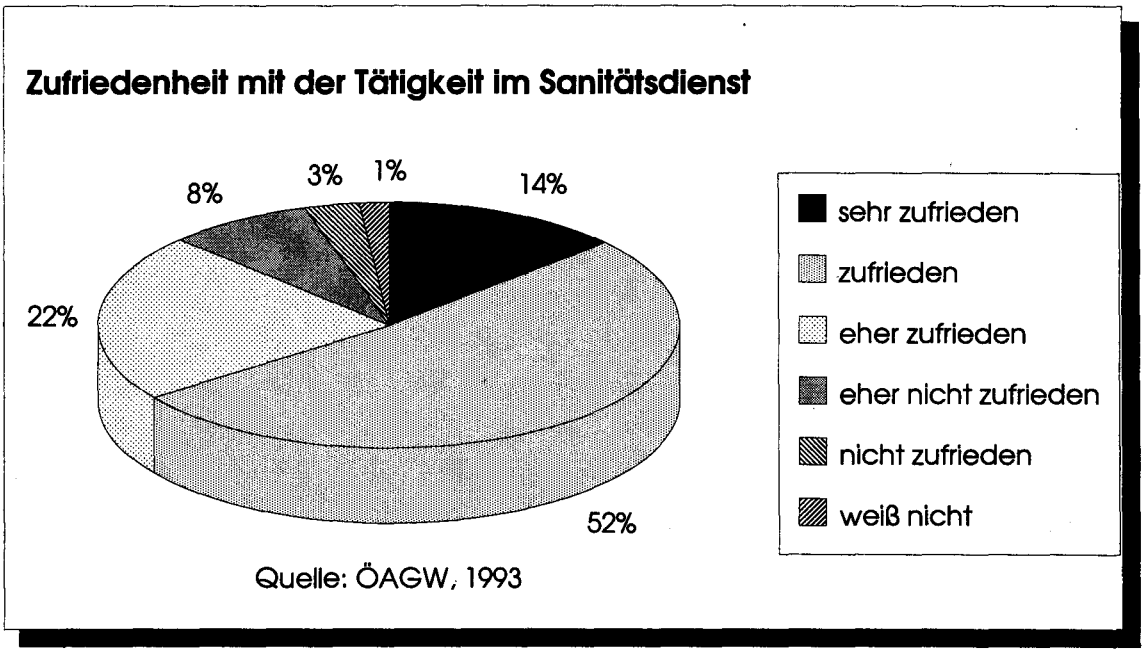
Die weiteren Antwortmöglichkeiten, nämlich Speichel, Sekret, Harn, Stuhl, Hautkontakt, Tröpfchen-Infektion, Schmierinfektion und Sozialkontakte, wurden von der AIDS-Hilfe nicht als Übertragungsvektoren bzw. -wege anerkannt. Bei der Erhebung gaben jedoch 25 % der befragten Personen Speichel, 34 % Sekret, 10 % Schmierinfektion, 7 % Harn, 7 % Tröpfchen-Infektion, 6 % Stuhl, 4 % Sozialkontakte und 2 % Hautkontakt als Übertragungsmöglichkeit an. Der Signifikanztest hinsichtlich aller Übertragungsmöglichkeiten ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen Hauptamtlichen und Freiwilligen.



Die Antworten zu dieser Frage lassen sich weiters in drei annähernd gleich große Wissensgruppen einteilen: jene Gruppe, die ***alle Frageparameter richtig*** beantwortet hat (32,778 %), eine Gruppe, die ***einen Fehler*** in der Beantwortung gemacht hat (ebenso 32,778 %) und eine dritte Gruppe, die im Antwortverhalten ***mehr als***

einen Fehler zeigte (34,444 %). Die drei Wissensgruppen zeigen hinsichtlich der Erhebungsparameters keinen signifikanten Unterschied nach den Merkmalen "hauptberuflich" oder "freiwillig".

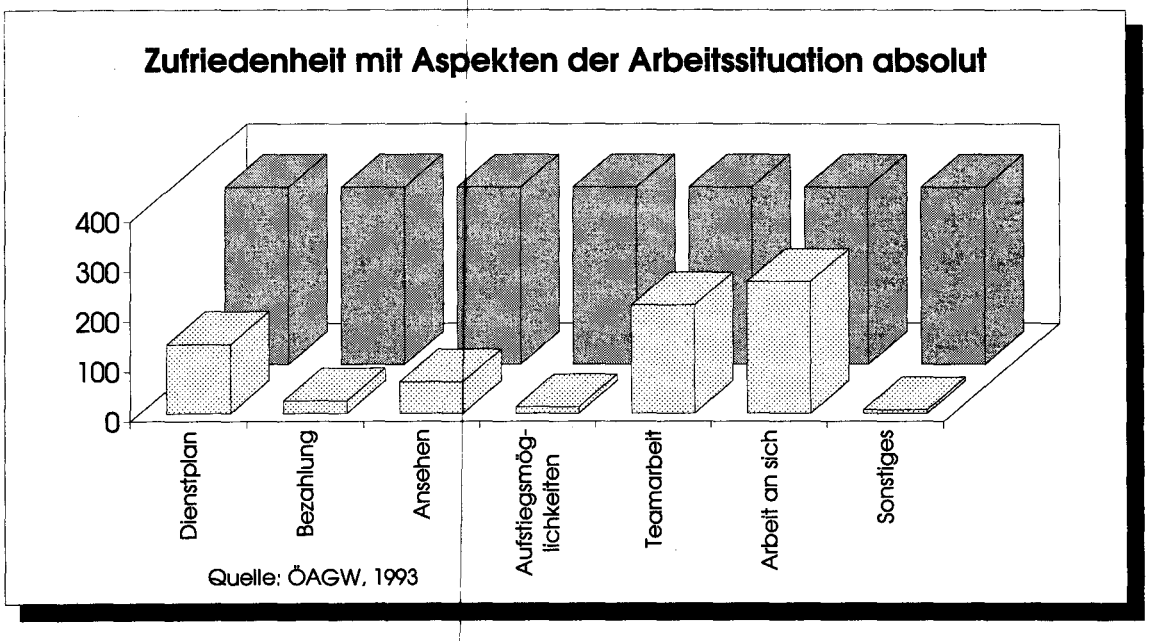
Die ***Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit im Sanitätsdienst*** (Frage 35) gaben 183 der Befragten mit "zufrieden", 79 mit "eher zufrieden", 48 mit "sehr zufrieden", 29 mit "eher nicht zufrieden", 11 mit "nicht zufrieden", keiner mit "gar nicht zufrieden" und 5 mit "weiß nicht" an. Diese Verteilung ist in nachstehender Graphik prozentuell dargestellt. Beim Antwortverhalten ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Hauptamtlichen und den Freiwilligen.

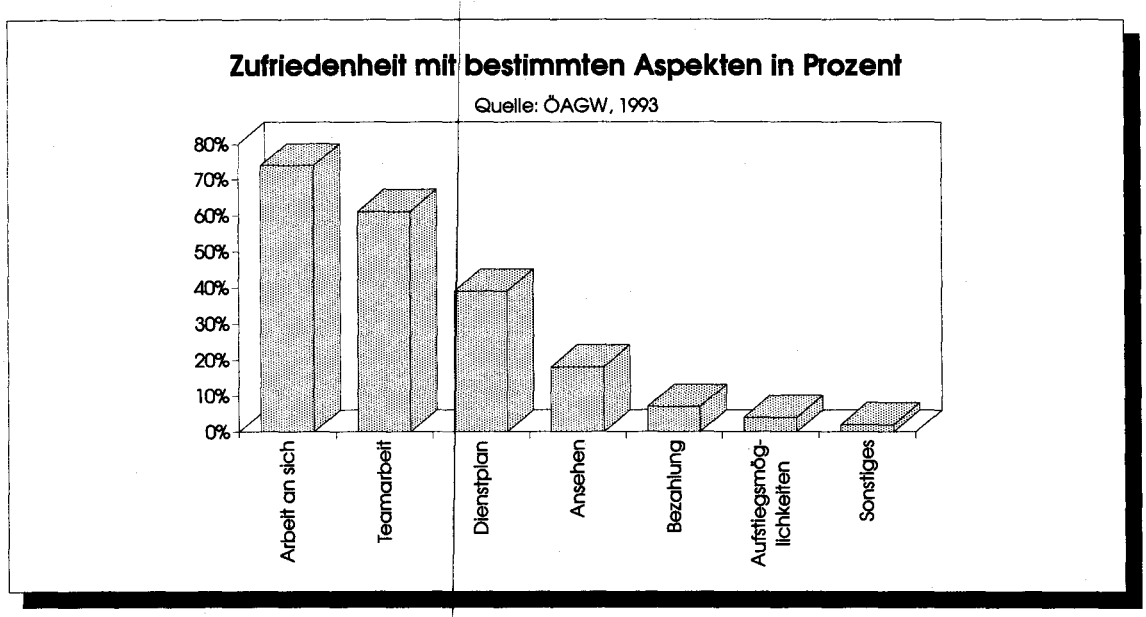


Im Bereich ***"Zufriedenheit in und mit der ausgeübten Tätigkeit"*** (Frage 36) wurde das Sanitätspersonal auf folgende Parameter befragt: Dienstplan, Bezahlung, Ansehen, Aufstiegsmöglichkeiten, Teamarbeit und Kollegen, Vorgesetzte, Arbeit an sich.

Die höchste Zufriedenheit besteht "bei der Arbeit an sich" mit 264 Nennungen, gefolgt von "Teamarbeit" mit 217 Nennungen, an dritter Stelle liegt der Aspekt "Dienstplan" mit 138 Nennungen. Danach folgen "Ansehen" mit 63, "Bezahlung" mit 25, Aufstiegsmöglichkeiten mit 13 und "sonstiges" mit 7 Nennungen.

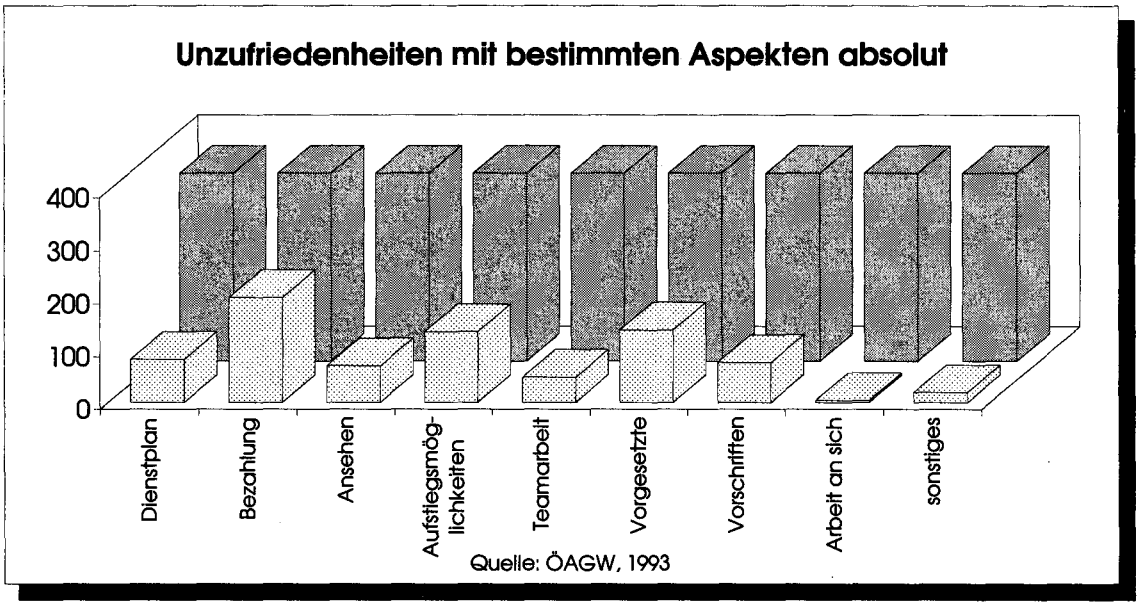
© copyright by Ö.A.G.W., 1993.



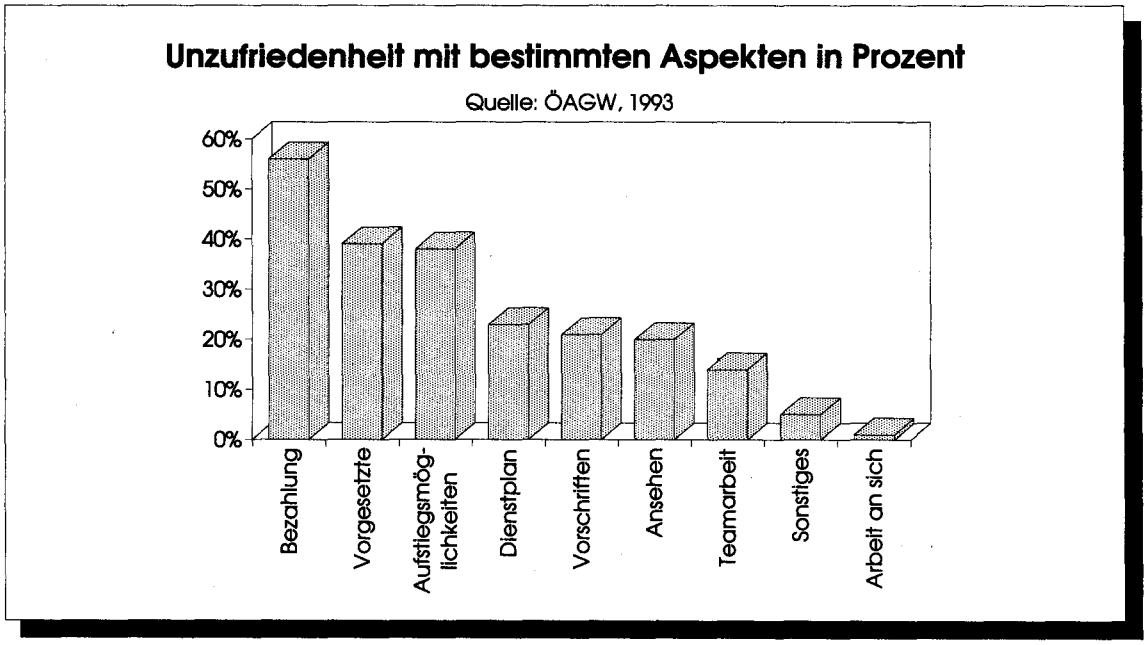


Als teilweise Gegenprobe wurde dem Sanitätspersonal die Frage nach für ***sie negativen Aspekten*** (Frage 37) gestellt. Die meiste Unzufriedenheit besteht in der "Bezahlung" mit 199 Nennungen, gefolgt vom Aspekt "Vorgesetzte" mit 137 Nennungen. An dritter Stelle der Unzufriedenheit steht der Aspekt "Aufstiegsmöglichkeiten" mit 134 Nennungen. Die weiteren Nennungen: "Dienstplan" mit 82, "Vorschriften" mit 76 , "Ansehen" mit 70, "Teamarbeit, Kollegen" mit 48, "Sonstiges" mit 19 und dem Aspekt "Arbeit an sich" mit 4 Nennungen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

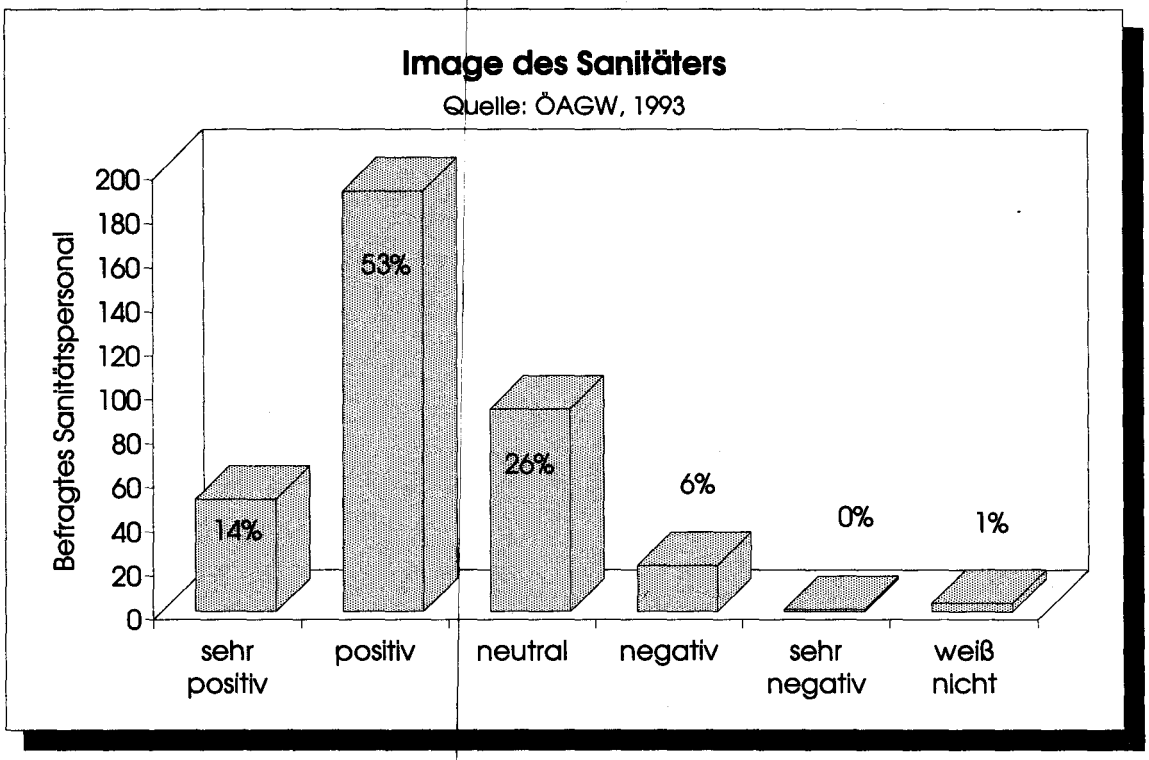


Stellt man die beiden letztgenannten Fragen in Beziehung zueinander, kommt deutlich zu Ausdruck, daß beim Sanitätspersonal die intrinsischen Aspekte im Vordergrund stehen. Die Arbeit an sich wird als positivster Aspekt bewertet, sie ist bei der Frage nach den positiven Aspekten an erster Stelle, bei der Gegenprobe in der nächsten Frage an letzter Stelle gereiht.



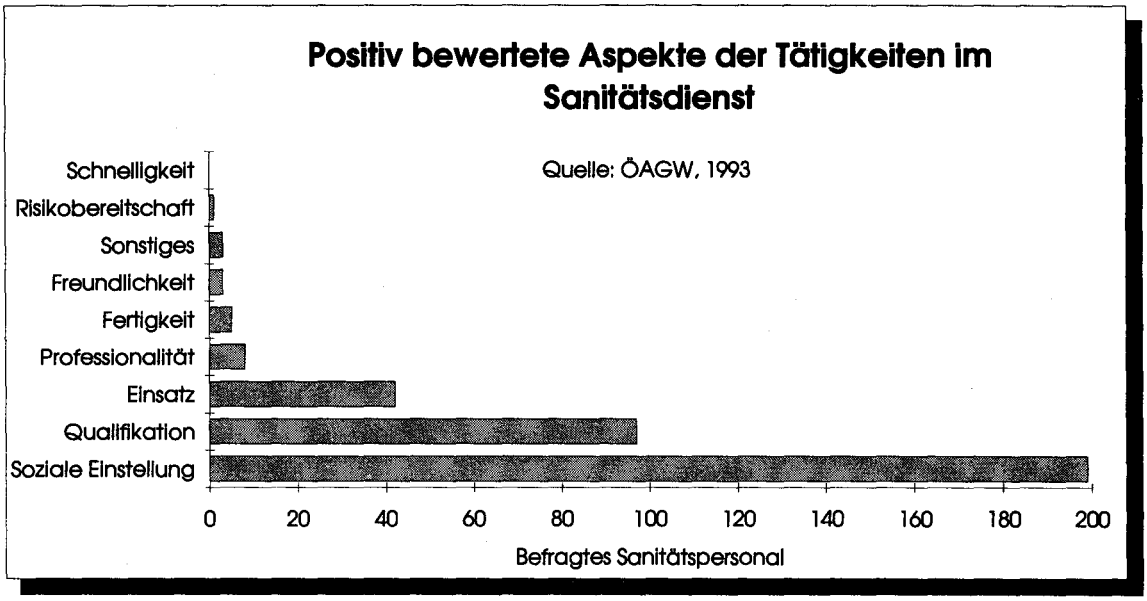
© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Jede Berufsgruppe hat ein ***Image bei der Bevölkerung***, also ein mehr oder weniger ausgeprägtes Ansehen in der Öffentlichkeit. In der Befragung wurde das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst über ihre Meinung zum ***Image des Sanitäters im Rettungsdienst*** (Frage 38) befragt. Sowohl Freiwillige als auch Hauptamtliche bewerteten das Image sehr positiv.

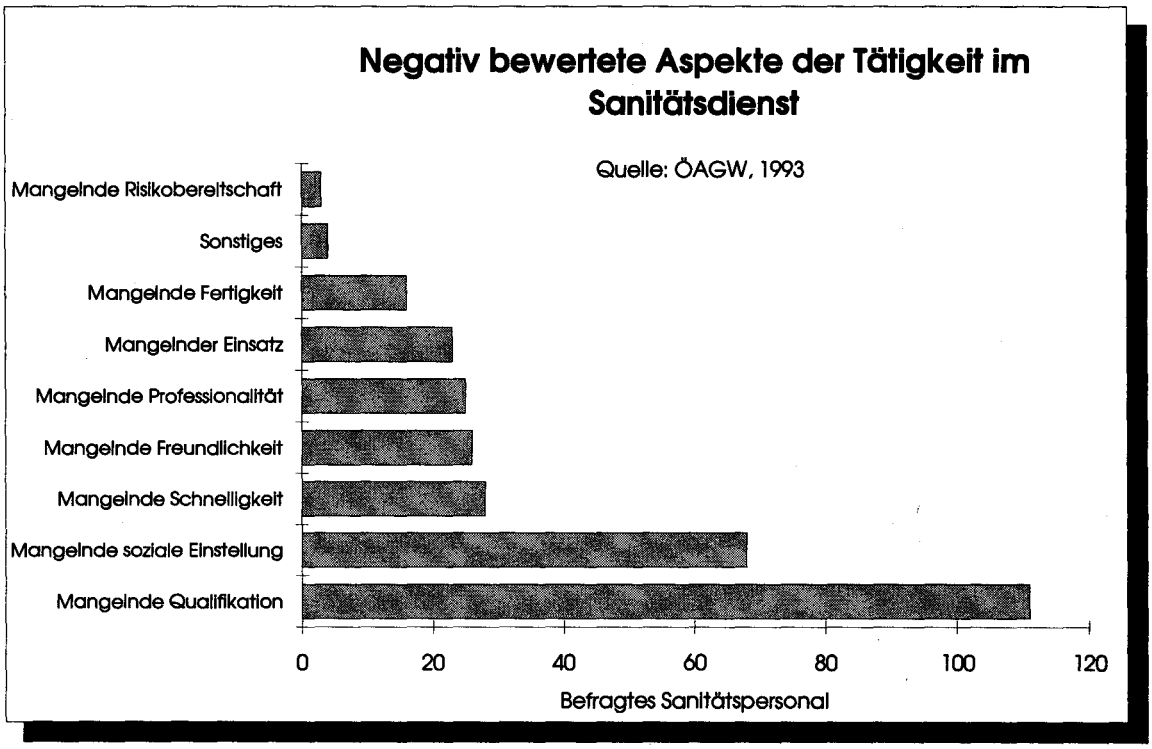


Folgende ***Aspekte*** werden nach Ansicht der Befragten (Frage 39) in der Öffentlichkeit ***besonders positiv*** bewertet: Von den ersten der genannten Aspekte dominierten die "Soziale Einstellung" mit 55,88 %, "Qualifikation und Fachwissen" mit 27,10 % sowie "Einsatz und Fleiß" mit 11,73 %. Dies wird von Hauptamtlichen ebenso gesehen wie von Freiwilligen. Wenn mehr als ein Grund genannt wurde, dominierten "Freundlichkeit", "Professionalität", "Schnelligkeit" und "Risikobereitschaft". Erst bei etwaigen Zweitnennungen zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Hauptamtlichen und Freiwilligen: "Risikobereitschaft", "Professionalität" und "Fertigkeit, Geschicklichkeit" wurden von den Hauptamtlichen höher und von den Freiwilligen geringer eingeschätzt, als dies zu erwarten war. Beim Aspekt "Einsatz und Fleiß" wurde dies von den Hauptamtlichen geringer und von den Freiwilligen höher bewertet, als dies zu erwarten war.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.



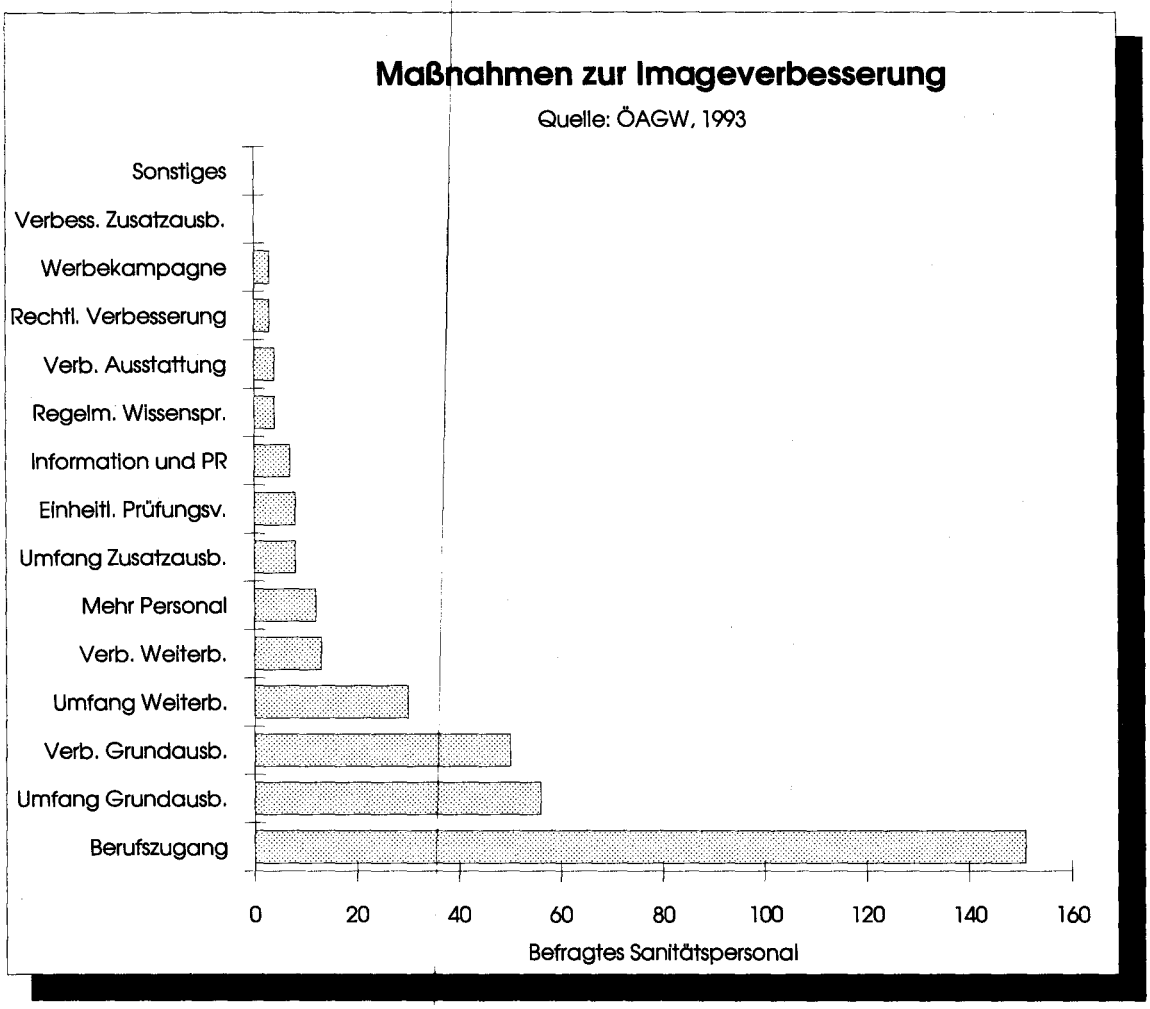
Die Ergebnisse der Gegenprobe zur Selbsteinschätzung, und zwar die Frage nach den ***besonders negativ bewerteten Aspekten*** (Frage 40), welche mit den gleichen Antwortparametern als die vorige Frage gestellt wurde, sind im nächsten Diagramm ersichtlich.



© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Von den ersten der genannten Gründe dominierten "Mangelnde Qualifikation und mangelndes Fachwissen" mit 36,51 %, "Mangelnde soziale Einstellung" mit 22,37% sowie "Mangelnde Schnelligkeit" mit 9,21 %. Wurden mehr als eine Nennung angekreuzt, standen "Mangelnde Freundlichkeit", "Mangelnde Professionalität" und "Mangelende Fertigkeit" in Vordergrund. Hauptamtliche und Freiwillige sind sich darüber einig, was von der Öffentlichkeit negativ bewertet wird.

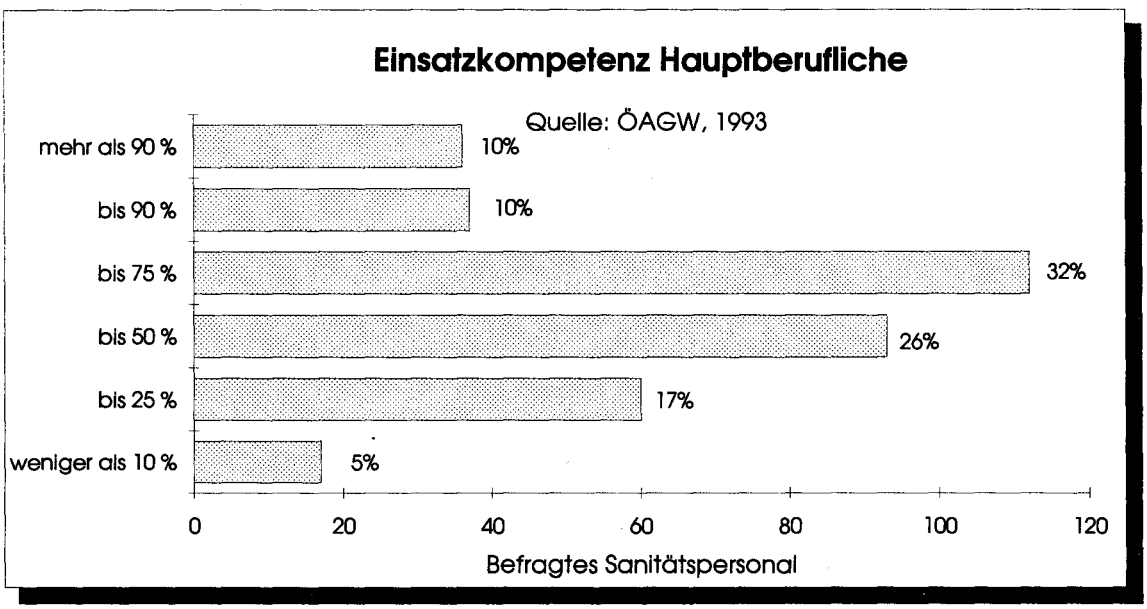
Zur ***Verbesserung des Images des Sanitäters in der Öffentlichkeit***, eine Frage, die ebenfalls mit mindestens einem und maximal drei Parametern zu beantworten war (Frage 41), sollten nach Meinung der Befragten folgende konkrete Maßnahmen unternommen werden: Von den erstgenannten Maßnahmen standen die "Regelung des Berufszuganges und Auslese" mit 43,27 %, die "umfangreichere Grundausbildung" mit 16,05 % sowie die "qualitative Verbesserung der Grundausbildung" mit 14,33 % im Vordergrund. Wurde mehr als eine Maßnahme genannt, dominierten in der Zweit- und Drittnennung "Umfangreichere Fort- und Weiterbildung", "Aufstokkung des Personalstandes", "Qualitative Verbesserung der Fort- und Weiterbildung", die "Verbesserung der Information und Öffentlichkeitsarbeit".



Beim Antwortverhalten zwischen Hauptamtlichen und Freiwilligen ist zu beobachten, daß grundsätzlicher Konsens inhaltlicher Art zwischen den beiden Gruppen besteht, jedoch zu treffende Maßnahmen unterschiedlich bewertet werden. Während sich die Hauptamtlichen mit hoher Signifikanz für eine klare Regelung des Berufszugangs und Auslese aussprechen, sehen die Freiwilligen notwendige Maßnahmen z.B. in einer Verbesserung der Information und Öffentlichkeitsarbeit.

Die nächsten beiden Fragen widmeten sich der ***Selbsteinschätzung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst***. Sowohl Hauptamtlichen als auch Freiwilligen wurden folgende Fragen gestellt: Wieviel Prozent der hauptberuflichen Sanitäter sind Ihrer Meinung nach jeder Situation und jedem Einsatz fachlich gewachsen?" (Frage 42). Die zweite Frage war gleichlautend, aber eben nur auf das freiwillig tätige Personal bezogen (Frage 43).

Zuerst jedoch wird die Frage betreffend die Hauptamtlichen behandelt. Von den befragten hauptamtlichen und freiwilligen Sanitätern, die diese Frage beantwortet haben (= 355 von insgesamt 362), sind weniger als die Hälfte (47,89 %) der Meinung, daß bis zu 50 % der hauptberuflichen Sanitäter nach ihrer Meinung jeder Situation und jedem Einsatz fachlich gewachsen sind. Die Einzelwerte je Antwortparameter sind in der unten dargestellten Graphik angeführt.

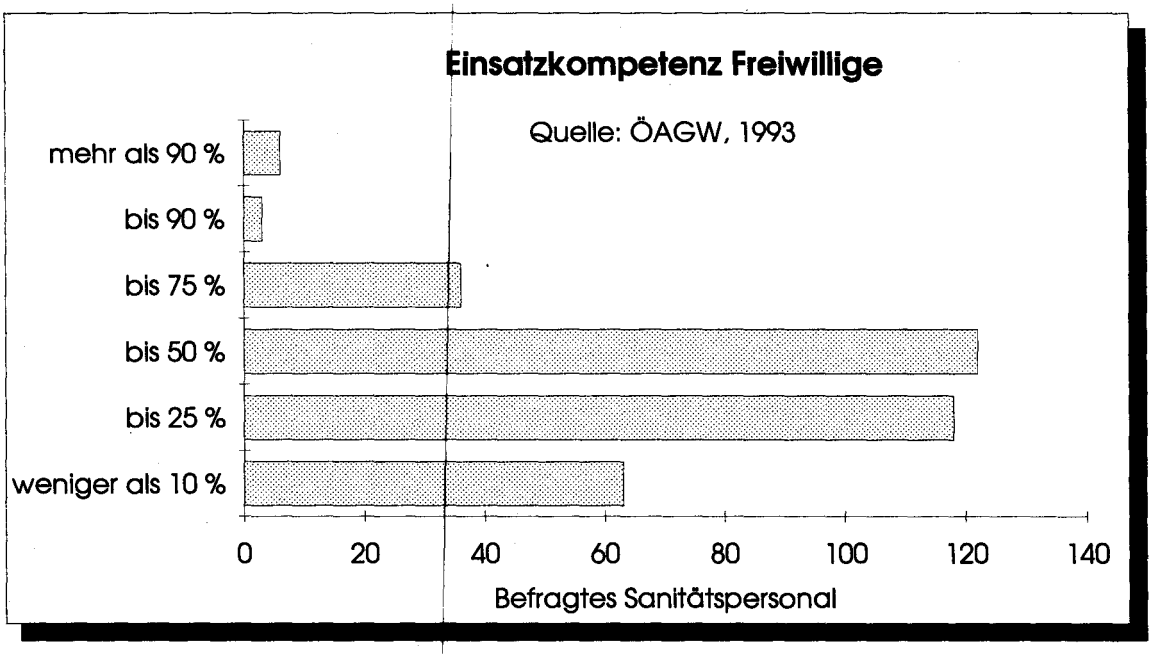


Hinsichtlich des Signifikanztestes ergibt sich bei der Selbsteinschätzung der Einsatzkompetenz der Hauptamtlichen betreffend das Merkmal "hauptamtlich" bzw. "freiwillig" ein hochsignifikanter Unterschied. Während die Hauptamtlichen ihre

Einsatzkompetenz beim Parameter "mehr als 90 %" wesentlich niedriger einschätzen, als es zu erwarten gewesen wäre, überschätzen die Freiwilligen jedoch ihre hauptamtlichen Kollegen. Dieses Verhalten spricht für eine objektive und reelle Selbsteinschätzung der hauptamtlichen Sanitäter.

Die Freiwilligen wurden ebenfalls von beiden Gruppen hinsichtlich der ***Einsatzkompetenz*** beurteilt. Von den insgesamt 348 Personen, die diese Frage beantworteten, schätzen 87,07 %, daß die Freiwilligen bis zu 50 % jeder Situation und jedem Einsatz fachlich gewachsen sind. Die Einzelwerte der Antwortparameter sind in der nächstfolgenden Graphik dargestellt.

Der Signifikanztest ergab, daß die Hauptamtlichen bei dieser Fragestellung die gleiche kritische und objektive Betrachtungsweise anwandten, wie sie das bei ihrer Selbsteinschätzung taten. Bei den Freiwilligen ist hingegen ein deutlicher Attributionsfehler zu beobachten, d.h., daß die Freiwilligen ihre Einsatzkompetenz als besser beurteilen, als es zu erwarten gewesen wäre, und sich somit überschätzen.



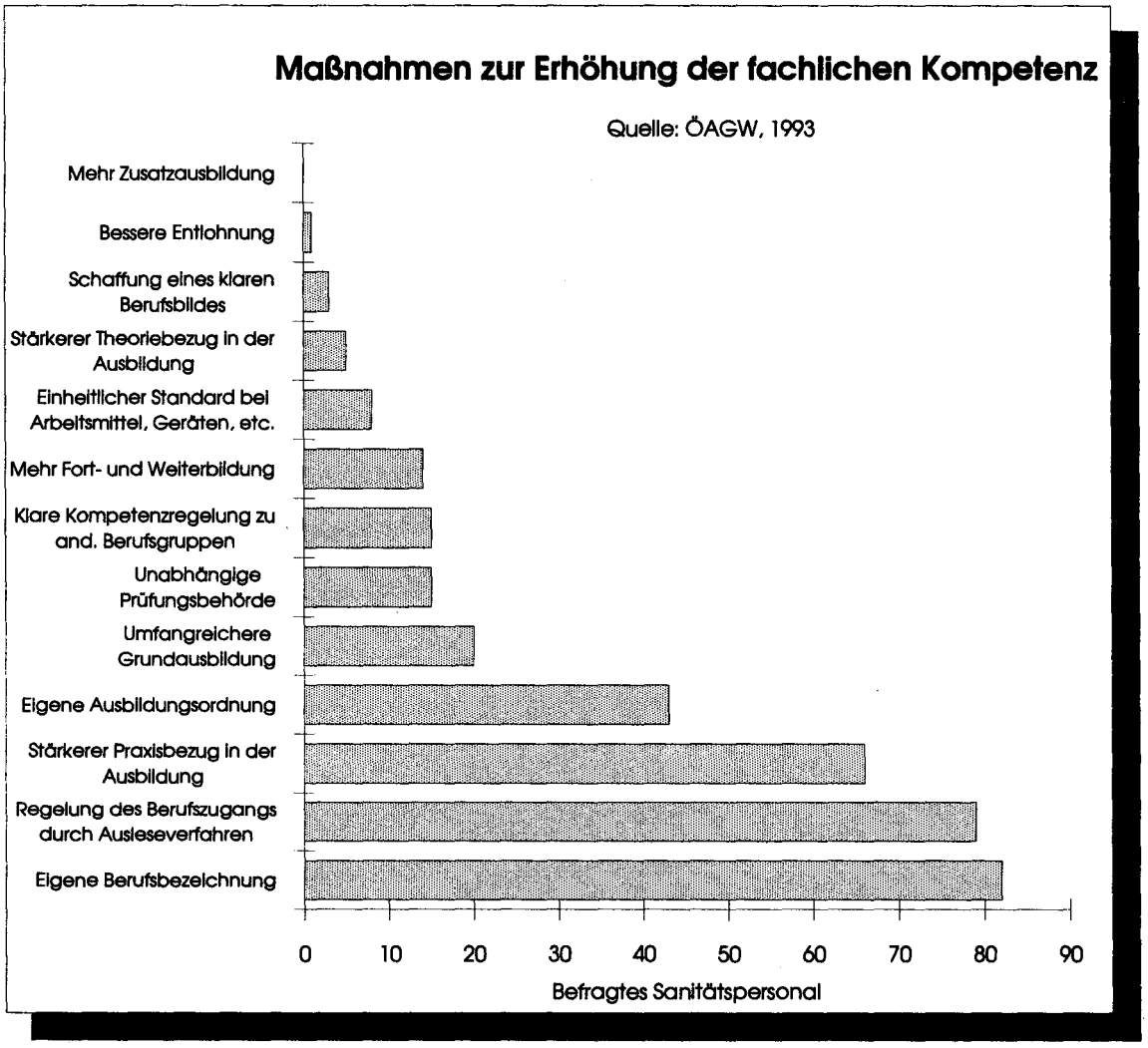
Hinsichtlich der Qualitätsverbesserung im Rettungsdienst wurde das nichtärztliche Sanitätspersonal zu den die ***fachliche Kompetenz erhöhenden Maßnahmen*** (Frage 44) befragt. Bei den erstgenannten Gründen zählten "eine eigene Berufsbezeichnung" mit 23,36 %, die "Regelung des Berufszugangs durch Ausleseverfahren" mit 22,51 % und ein "stärkerer Praxisbezug in der Ausbildung" mit 18,80 % zu den "wirkungsvollsten Maßnahmen, um die fachliche Kompetenz der Sanitäter im Rettungsdienst zu erhöhen". Wenn mehr als eine Maßnahme angegeben wurde, domi-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

nierten "mehr Fort- und Weiterbildung", "umfangreichere Grundausbildung" sowie "Schaffung eines klaren Berufsbildes".

Ein hochsignifikanter Unterschied ist lediglich bei jener Personengruppe zu beobachten, die drei Maßnahmen angaben. In diesem Fall sprachen sich mehr Hauptamtliche als zu erwarten war für die Schaffung eines klares Berufsbildes, für eine bessere Entlohnung und eine eigene Berufsbezeichnung aus. Die meisten Nennungen (insgesamt 152) entfielen dabei auf "die Schaffung eines klaren Berufsbildes".

Die Freiwilligen hingegen sprechen sich für mehr Zusatzausbildung, mehr Fort- und Weiterbildung, mehr Grundausbildung, mehr Praxisbezug in der Ausbildung und eine klare Kompetenzregelung aus.

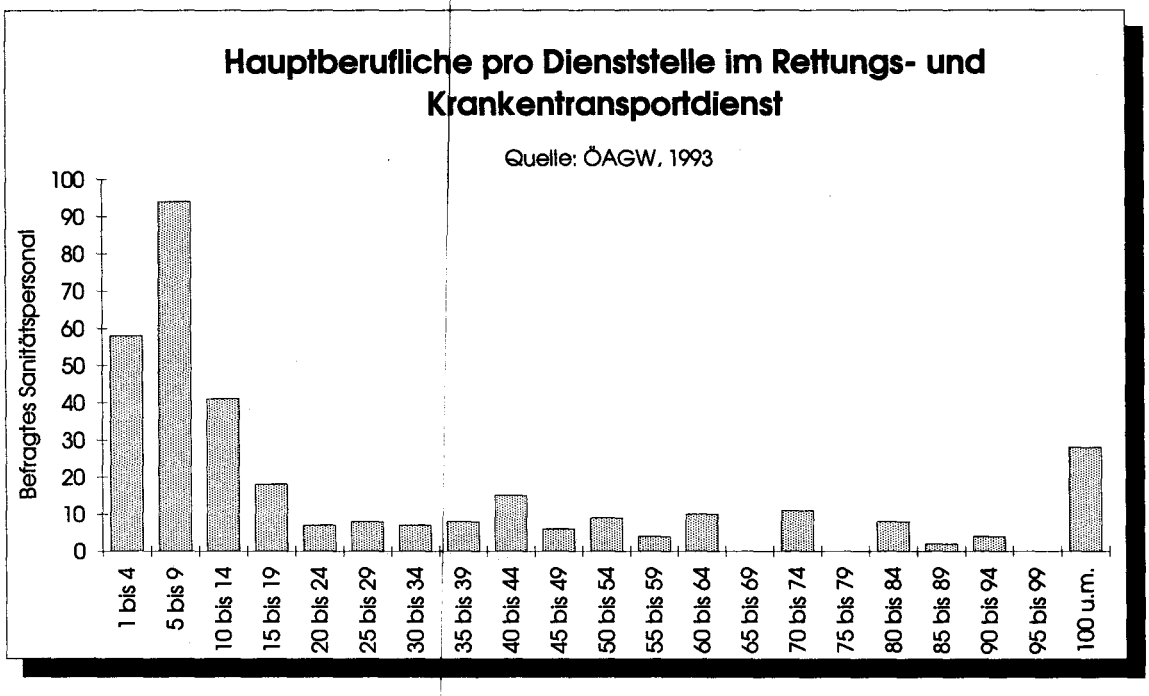


© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die Fragen 45 und 46 beschäftigten sich mit dem Personal in den einzelnen Dienststellen. Es wurde zum einen nach der ***Anzahl der hauptberuflich Tätigen*** und zum anderen nach der ***Anzahl der aktiven freiwillig Tätigen pro Dienststelle*** gefragt.

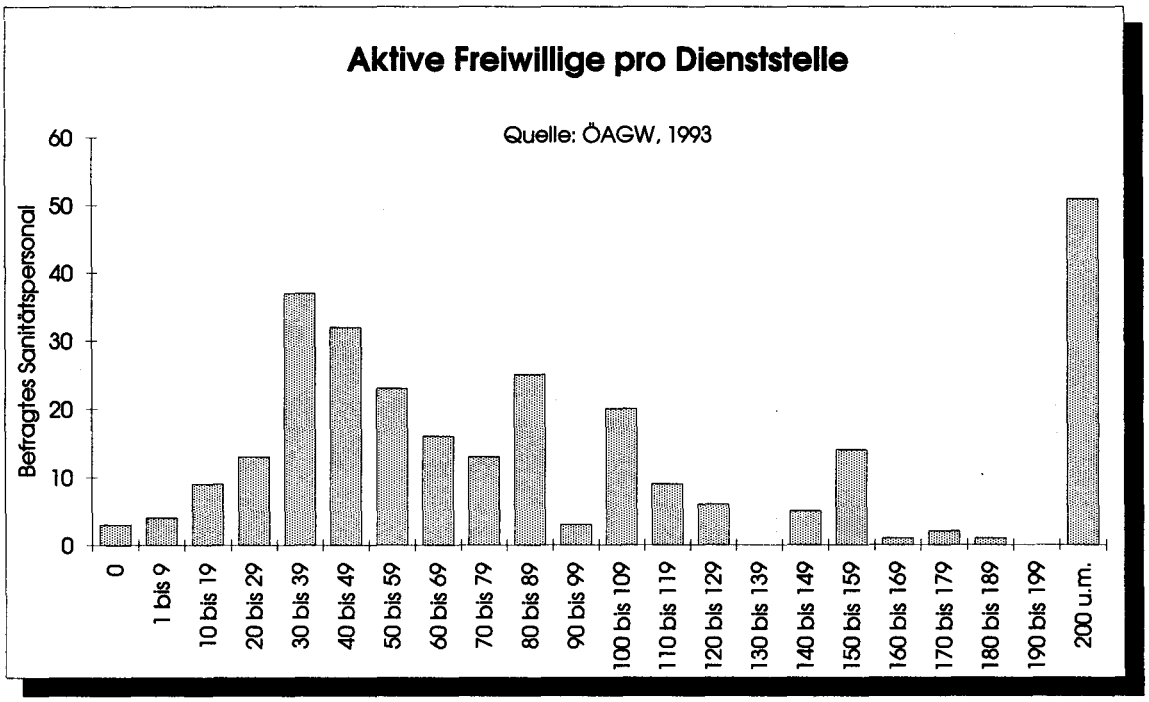
An den Dienststellen im Rettungs- und Krankentransportdienst sind nach Angabe der Befragten in 27,8 % fünf bis neun Hauptberufliche, in 17,16 % ein bis vier und in 12,13 % zehn bis 14 Hauptberufliche eingesetzt. Bei diesen drei Antworten handelt es sich insgesamt um 57,10 % der Nennungen. 8,28 % der Befragten sind an Dienststellen mit mehr als 100 Hauptberuflichen beschäftigt.

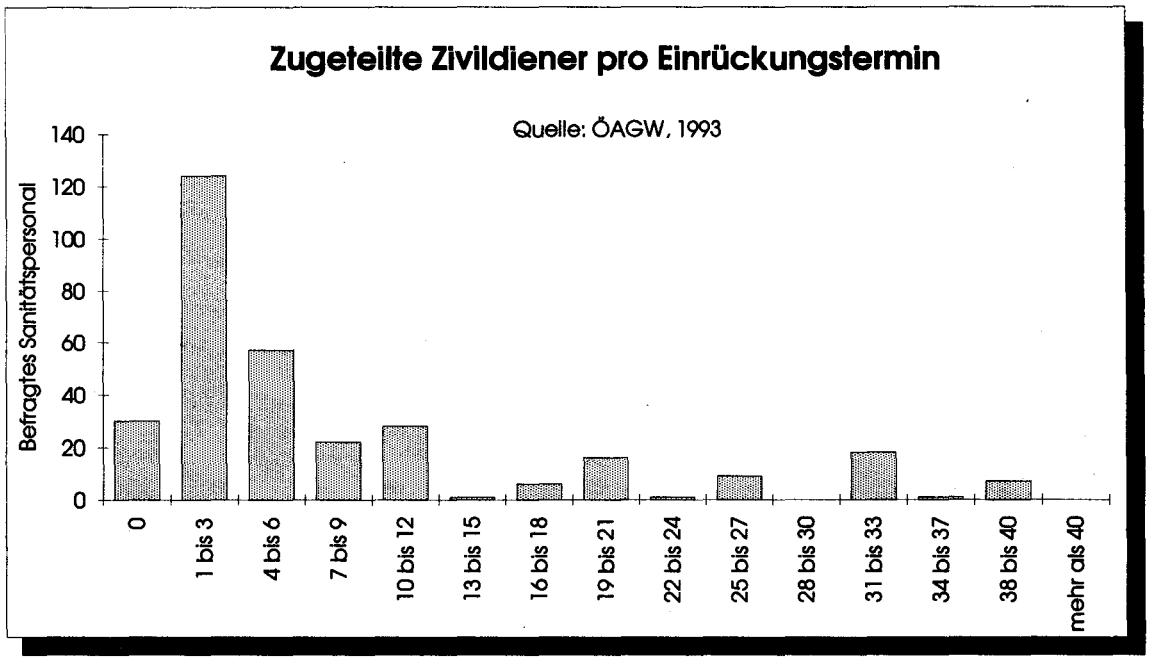
Bei den aktiven Freiwilligen zeigt die Zuordnung durch die Befragten ein nicht so ausgeprägtes Bild. Die häufigsten Nennungen entfielen auf mehr als 200 aktive Freiwillige mit 17,77 %. Bei diesem Wert ist jedoch Vorsicht geboten, da sich erst als die Erhebung bereits abgeschlossen war, herausstellte, daß gemäß den Richtlinien des ÖRK nur jene Personen als aktive Freiwillige gelten, die mindestens zwei Dienste pro Monat versehen. Es ist daher mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß hier auch jene Freiwillige Eingang gefunden haben, die dieser Anforderung nicht entsprechen. Abgesehen von dieser sehr hohen Einzelnennung bewegt sich das Hauptfeld der Antworten wie folgt: 12,89 % sind an einer Dienststelle mit 30 bis 39 aktiven Freiwilligen tätig, 11,15 % an einer Dienststelle mit 40 bis 49, 8,71 % an einer Dienststelle mit 80 bis 89 und 8 % an einer Dienststelle mit 50 bis 59 aktiven Freiwilligen. 59,93 % der Antworten kamen somit aus Diensstellen mit bis zu 89 aktiven Freiwilligen.



© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Ebenso wurden die Befragten um die Nennung der ***Anzahl der zugeteilten Zivildiener*** pro Einrückungstermin in ihrer Dienststelle gebeten (Frage 47). Zum Erhebungszeitpunkt gaben 38,75 % an, daß durchschnittlich ein bis drei Zivildiener zugeteilt würden, 17,81 % nannten vier bis sechs Zivildiener pro Einrückungstermin. Lediglich 9,36 % gaben an, daß ihrer Dienststelle keine Zivildiener zugeteilt würden.



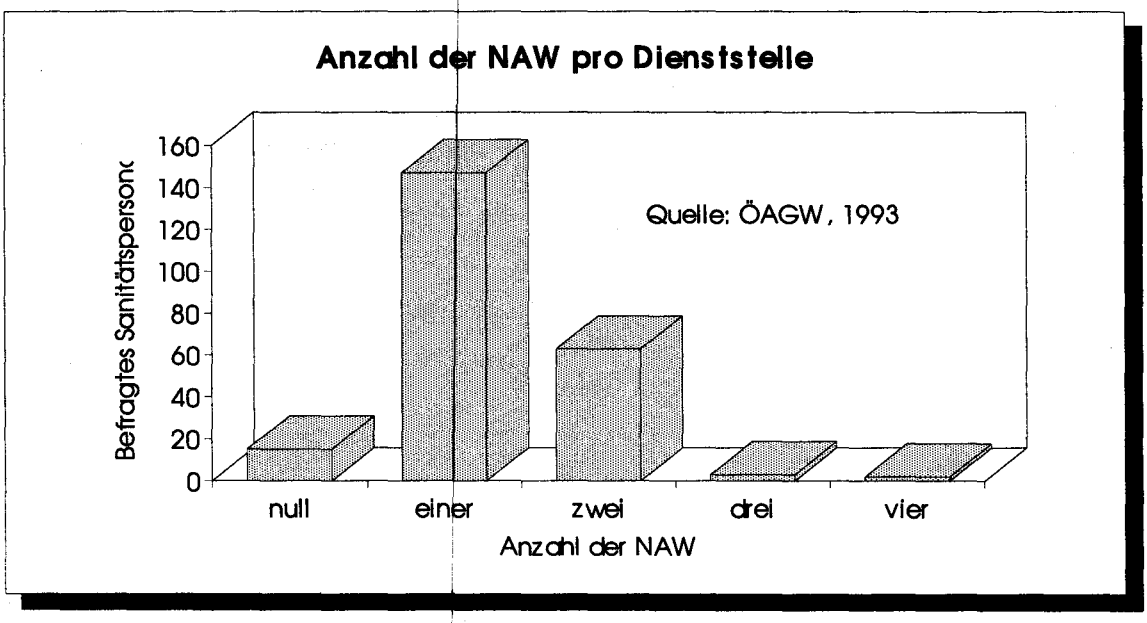


© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Um einen ***Überblick über die Einsatzmittel*** zu erhalten, wurde das Sanitätspersonal nach deren Anzahl befragt (Frage 48). Es wurden folgende Antwortparameter vorgegeben:

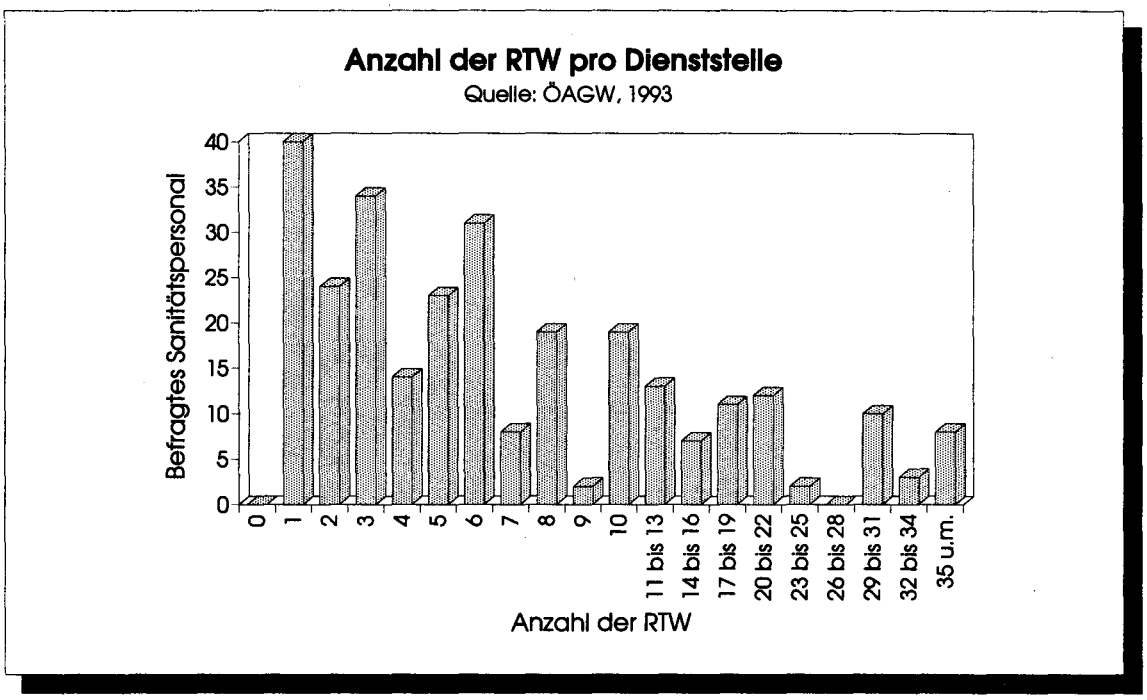
- o Anzahl der NAW pro Dienststelle
- o Anzahl der RTW pro Dienststelle
- o Anzahl der KTW pro Dienststelle
- o Anzahl der NAH pro Dienststelle
- o Anzahl der PKW pro Dienststelle
- o Anzahl der Ärztenotdienstwagen pro Dienststelle
- o Anzahl der Rettungsmotorräder pro Dienststelle
- o Anzahl sonstiger Einsatzmittel pro Dienststelle

In 63,91 % steht den Dienststellen ein ***NAW*** (Notarztwagen), in 27,39 % stehen zwei NAW, in 1,30 % drei NAW und in 0,87 % vier NAW zur Verfügung. In 6,52 % kann auf keinen NAW zurückgegriffen werden. Umgelegt auf alle Dienststellen ergibt sich ein Mittelwert von 1,26 % NAW pro Dienststelle.



Das befragte Sanitätspersonal gab bei den ***RTW*** (Rettungstransportwagen) folgendes an: Zu 14,29 % steht ein RTW, zu 8,57 % stehen zwei RTW, zu 12,14 % drei RTW, zu 5 % vier RTW, zu 8,21 % fünf RTW und zu 11,07 % sechs RTW zur Verfügung. Dies ergibt 59,29 %. Der Rest entfiel auf die Nennungen 7 bis mehr als 34 RTW pro Dienststelle. Der Mittelwert beträgt somit 8,66 RTW pro Dienststelle.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

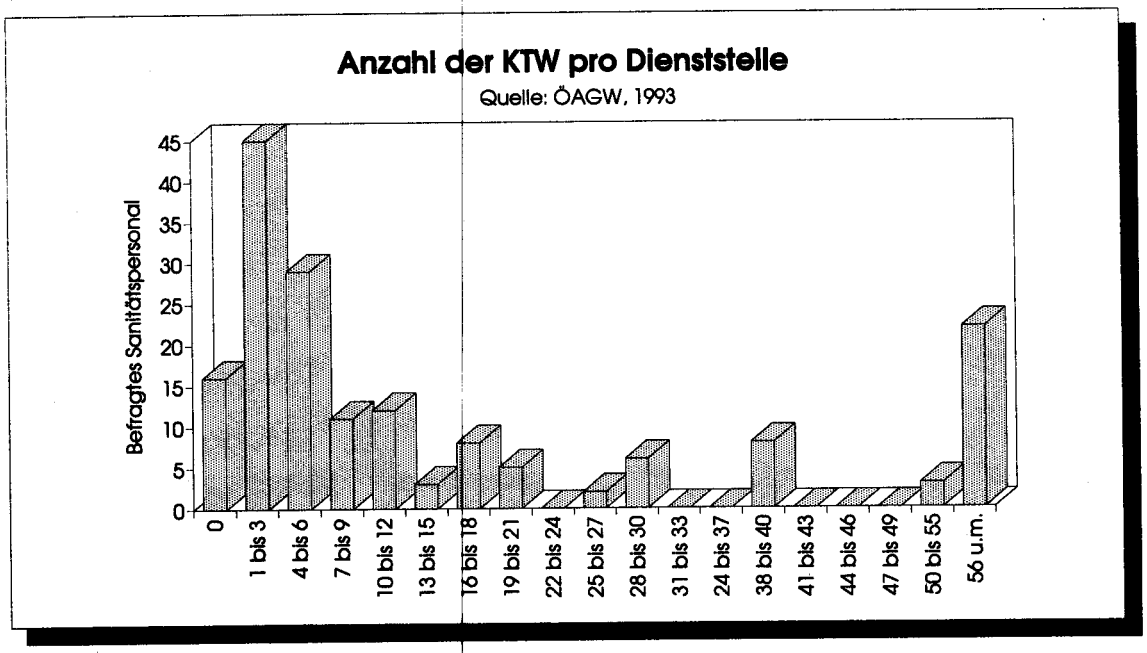


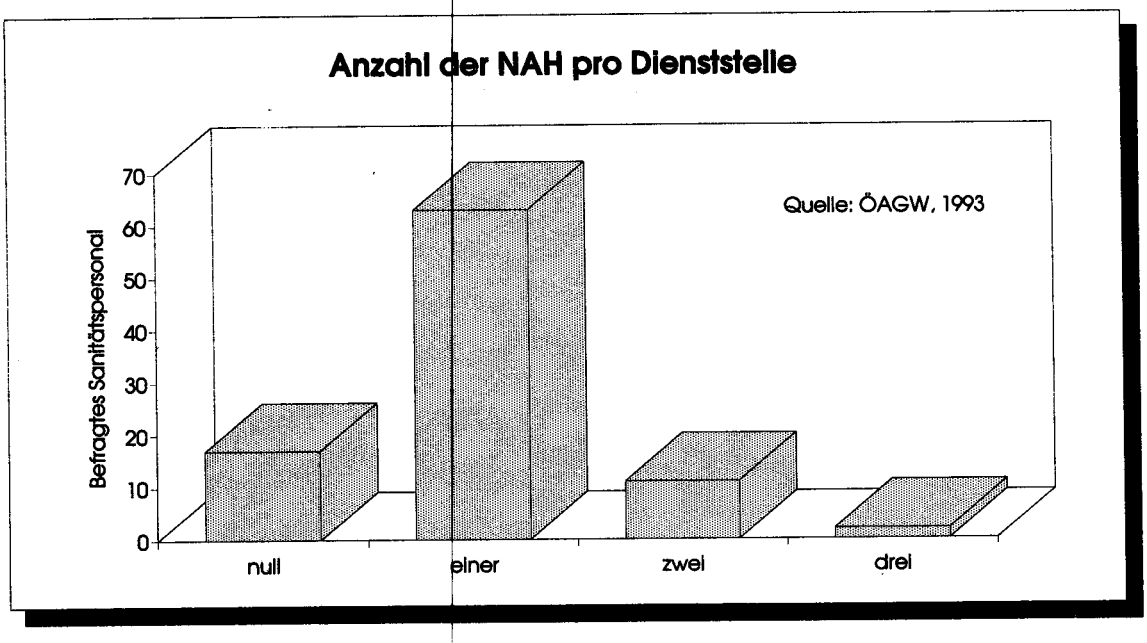
Hinsichtlich der Ausstattung mit ***KTW*** (Krankentransportwagen) gab das Sanitätspersonal folgendes an: 26,47 % haben einen bis drei, 17,06 % vier bis sechs, und 12,94 % 56 und mehr KTW zur Verfügung. Der Mittelwert liegt bei 17,68 KTW pro Dienststelle. Bei genauer Betrachtung der Datenstruktur war die kleinste Nennung "kein KTW", die höchste Nennung waren 80 KTW pro Dienststelle.

Bezüglich der ***NAH*** (Notarzthubschrauber) wurden folgende Werte ermittelt: 67,74 % der Befragten gab, auf einen NAH, 11,83 % auf zwei NAH und 2,15 % auf drei NAH zu haben. 18,28 % gaben an, keinen NAH als Rettungsmittel zur Verfügung zu haben. Bei dieser Interpretation ist zu beachten, daß prinzipiell jede Einsatzstelle des Sanitätsdienstes im Bedarfsfall einen NAH anfordern kann. Derzeit gibt es folgende Stützpunkte:

- Christophorus 1: ÖAMTC, Flughafen Innsbruck
- Christophorus 2: ÖAMTC, Krankenhaus Krems
- Christophorus 3: ÖAMTC, Flugplatz Ost, Wr.Neustadt
- Christophorus 4: ÖAMTC, Krankenhaus Kitzbühel bzw. St.Johann
- Christophorus 5: ÖAMTC, Pontlatzkaserne in Landeck
- NAH des Bundesheeres: "Christoph" in Aigen im Ennstal
- NAH des Bundesministeriums für Inneres
  - Hohenems
  - Salzburg (1. NAH Österreichs, Modellversuch "MARTIN")
  - Linz
  - Graz

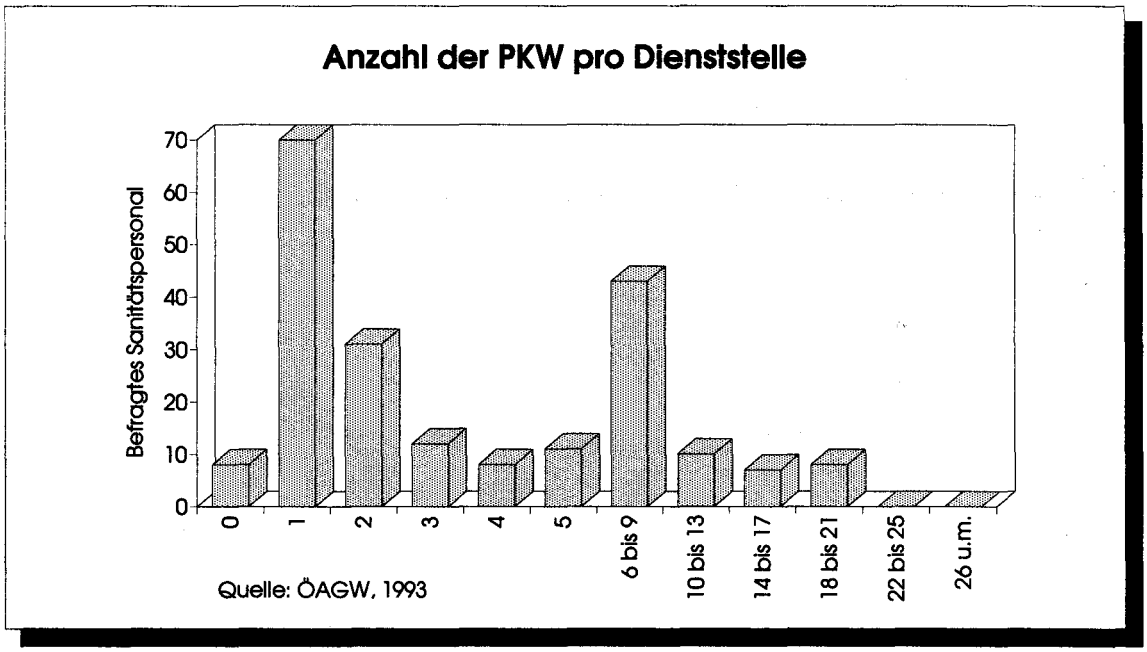
* Klagenfurt
* Lienz
* Wien





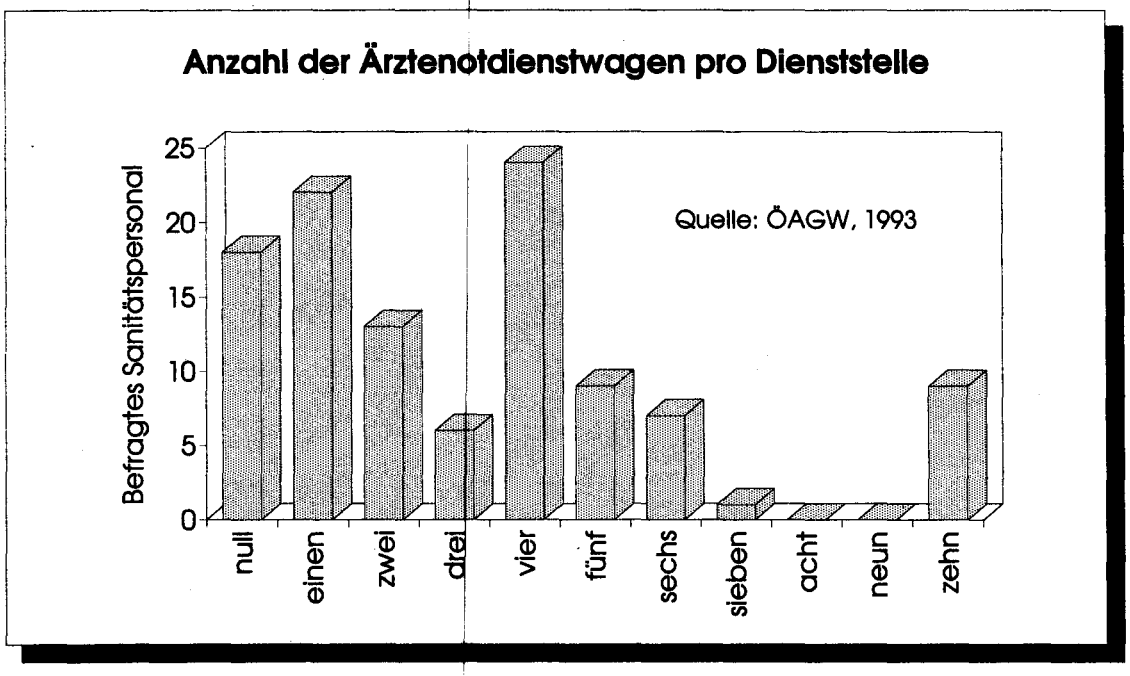
Aufgrund der geographischen Lage liegen manche Einsatzstellen des Sanitätsdienstes im Einsatzgebiet von zwei oder drei NAH (so z.B. das Gebiet um Kitzbühel bzw. das Gebiet Wien und Umgebung).

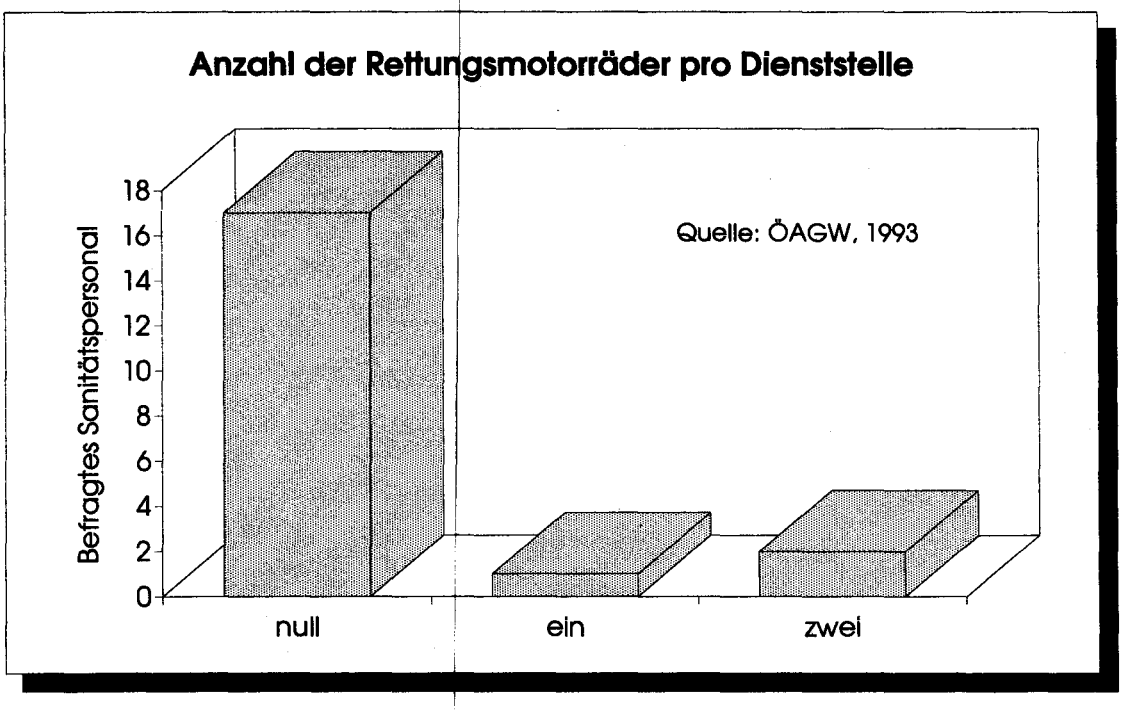
Bei den ***PKW*** pro Dienststelle ergab die Auswertung der erhobenen Daten folgendes: 35,18 % gaben an, daß sie über einen PKW, 15,58 % über zwei PKW und 17,09 % über sechs bis neun PKW auf ihrer Dienststelle zurückgreifen können. Dies ergibt einen Mittelwert von 4,73 PKW, lediglich 4 % der Befragten gaben an, daß ihrer Dienststelle kein PKW zur Verfügung steht.



Von den 109 Personen, die Angaben zur Nennung ***"Ärztenotdienstwagen"*** machten, entfielen 22,02 % auf vier, 20,18 % auf einen und 11,93 % auf zwei Ärztenotdienstwagen. 16,51 % gaben an, keinen Ärztenotdienstwagen verfügbar zu haben. Bei dieser Frage ist jedoch festzuhalten, daß Ärztenotdienste bzw. Ärztefunkdienste überwiegend nur in Ballungsgebieten, wie z.B. in Wien, organisiert sind und die Zahlenangaben daher überwiegend von Personen aus diesen Gebieten beantwortet wurden.

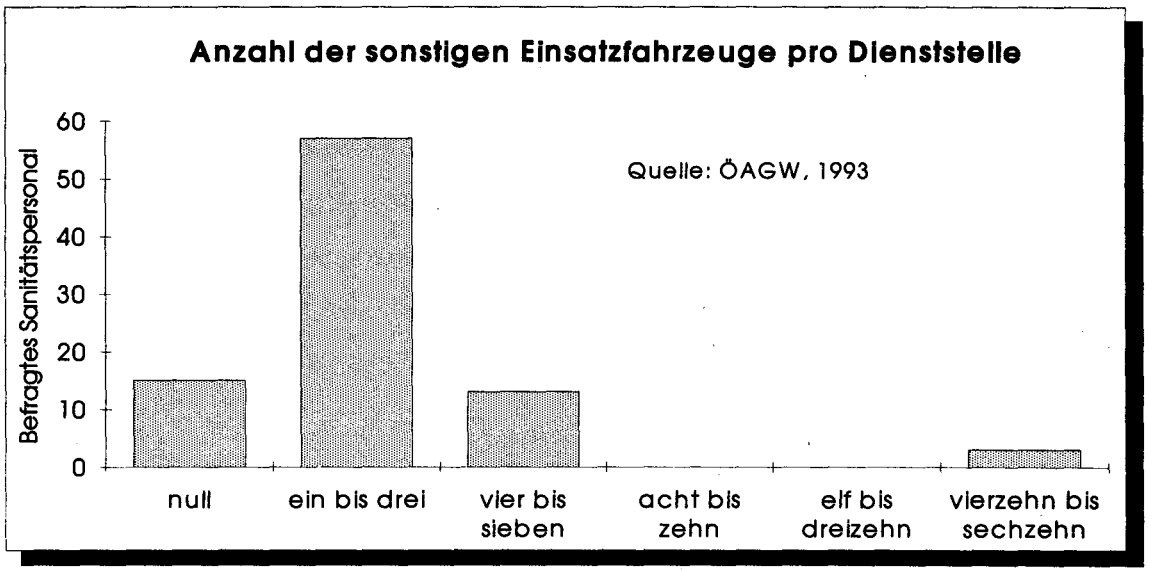
Die ***Rettungsmotorräder*** wurden der Vollständigkeit halber als Antwortmöglichkeit angeführt, um auch neue Trends und Entwicklungen im Rettungswesen entsprechend zu berücksichtigen. Außerdem sollte damit die Aussagekräftigkeit der anderen Auswertungen überprüft werden. Insgesamt wurde dieser Antwortparameter von 20 Befragten genannt. Von diesen 20 Personen gab einer an, auf der Dienststelle ein Rettungsmotorrad zu haben, zwei Personen gaben an, zwei Rettungsmotorräder bei ihren Einsatzmitteln zu haben, der Rest jedoch keines.



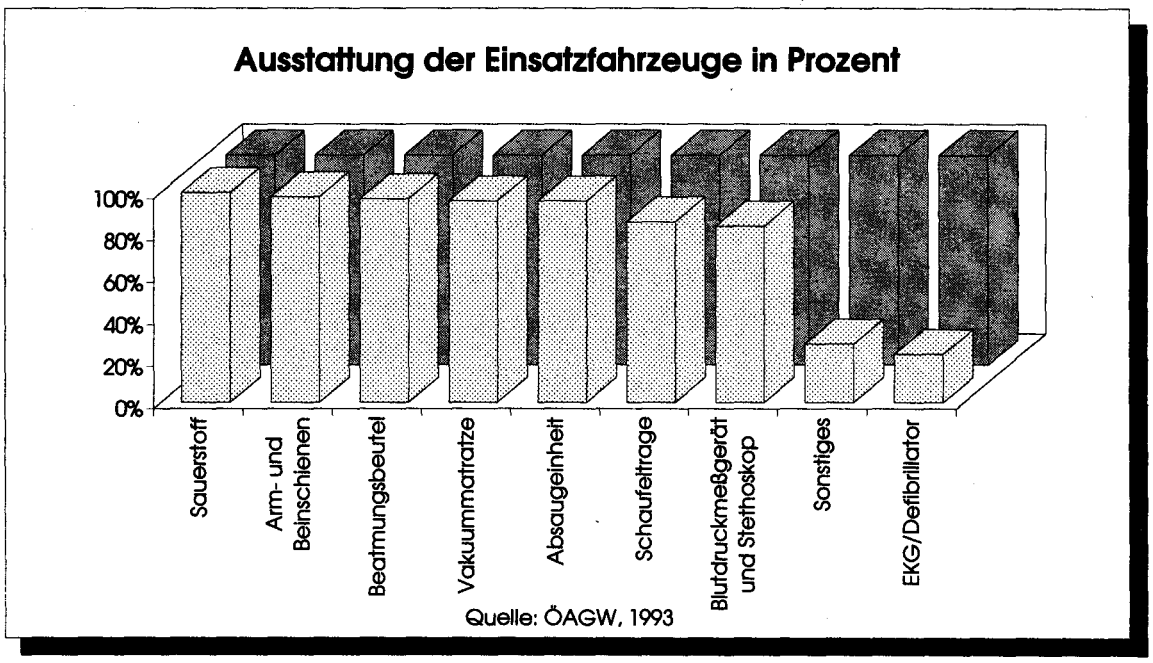


88 Personen des Befragtenkreises machten hinsichtlich der Anzahl Angaben zu ***"sonstigen Einsatzfahrzeugen"***. Dabei gaben 64,77 % an, daß ein bis drei Rettungsmittel sonstiger Art zur Verfügung stünden, 14,77 % nannten vier bis sieben sonstige Rettungsmittel. 17,05 % gaben an, keine sonstigen Rettungsmittel zur Verfügung zu haben.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.



Weiters wurde das nichtärztliche Sanitätspersonal zur ***vorhandenen Ausstattung der Einsatzfahrzeuge*** (Frage 49) befragt.



Folgende Angaben wurden ermittelt: Sauerstoff zu 100 %, Arm- bzw. Beinschienen zu 98 %, Beatmungsbeutel zu 97 %, Vakuummatratze zu 96 %, Absaugeeinheit zu 96 %, Schaufeltrage zu 86 %, Blutdruckmeßgerät und Stethoskop 84 %, EKG/Defibrillator zu 23 % und Sonstiges zu 28 %.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

5.3.2 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG HINSICHTLICH DER ERWARTUNGEN, FORDERUNGEN UND WÜNSCHE DER IM RETTUNGSDIENST BESCHÄFTIGTEN NICHTÄRZTLICHEN MITARBEITER (SOLL-ZUSTAND)

Die folgenden Ergebnisse der Befragung des nichtärztlichen Sanitätspersonals resultieren aus Fragen, die sich mit Aspekten und Wünschen einer reformierten bzw. neu geordneten Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals zu einer eigenständigen und voll anerkannten Berufsgruppe beschäftigten. Über den eigentlichen Sinn dieser Befragung hinaus richten sich die Forderungen und Wünsche nicht nur an das Projektteam der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen, sondern vielmehr auch an die zuständigen politischen Entscheidungsträger.

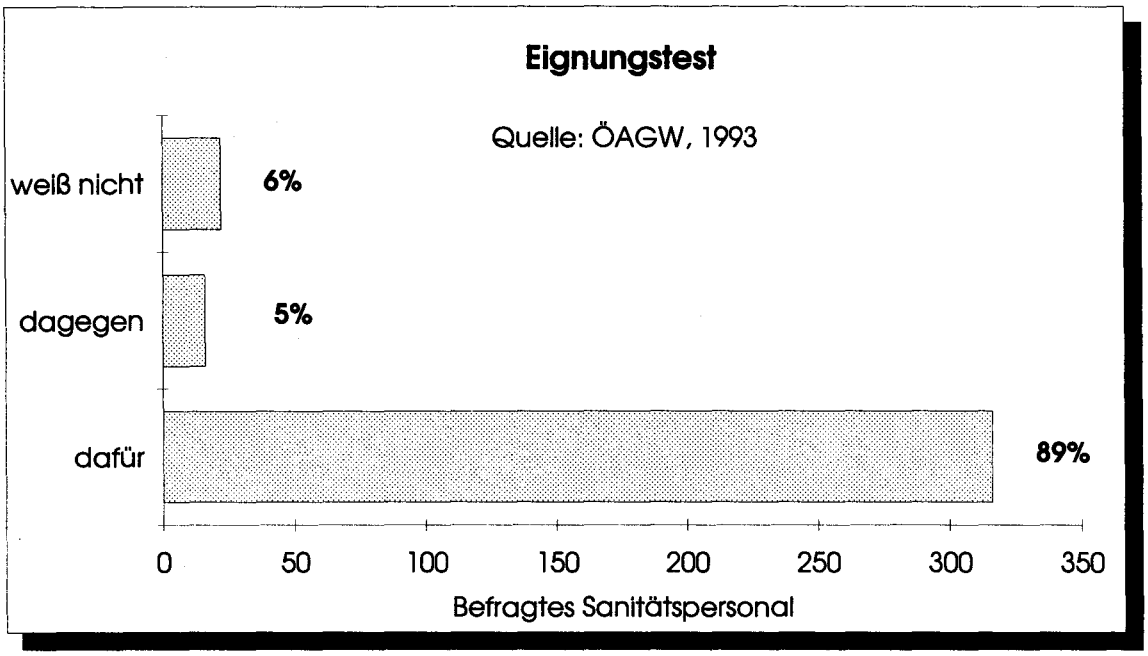
Es finden somit die Wünsche und Anregungen der eigentlich Betroffenen, nämlich des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst, und zwar sowohl der Hauptamtlichen und der Freiwilligen, Eingang in die Gestaltung von Ausbildungskriterien, Ausbildungsrichtlinien, Lehrinhalten, Prüfungsbestimmungen, Bestimmungen über die Fort- und Weiterbildung der zukünftigen Berufsgruppe, etc. Darüber hinausgehend wird vom befragten Personenkreis die Etablierung einer eigenen gesetzlichen Grundlage, deren Umsetzung und Ausführung durch die zuständigen Gesundheitspolitiker gefordert.

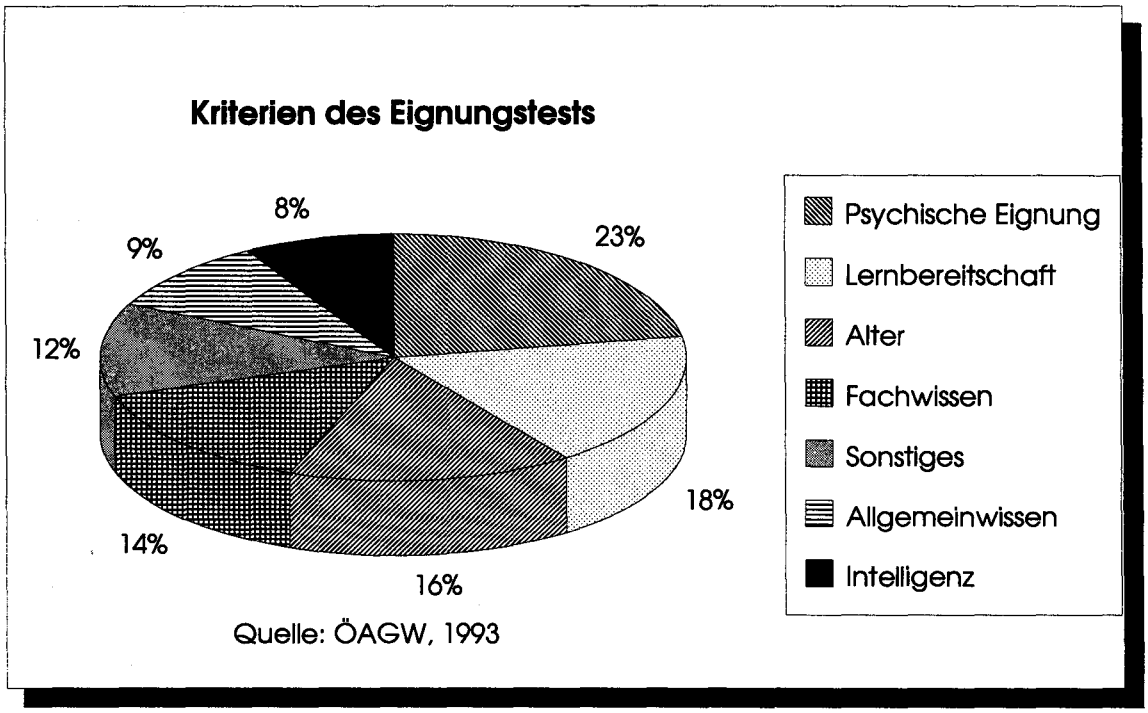
Die repräsentative Befragung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst stellt mit den Wünschen und eindeutigen Willenserklärungen des betroffenen Personals eine basisdemokratische Entscheidung der betroffenen Personengruppe für eine Reform und Neustrukturierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst dar.

Frage 9 des Fragebogens beschäftigte sich mit dem ***Thema "Eignungstest"***. Hinterfragt wurde, ob das nichtärztliche Sanitätspersonal für oder gegen einen österreichweit einheitlichen Eignungstest bei der Bewerbung für den Sanitätsdienst ist. Der Trend ist eindeutig: Es sprachen sich 89,27 % dafür und 4,52 % dagegen aus, 6,21 % konnten sich weder dafür noch dagegen entscheiden.

Frage 10 beleuchtete, welche ***Kriterien*** ein derartiger ***Eignungstest*** insbesondere berücksichtigen sollte. Als wesentlichstes Kriterium war mit 20,51 % die "körperliche Eignung", gefolgt von der "psychischen Eignung" mit 17,66 % und der "Lernbereitschaft" mit 13,96 %. Bei Mehrfachnennungen entfielen weitere Antworten auf "soziale Einstellung", "Belastbarkeit" und "Persönlichkeit.

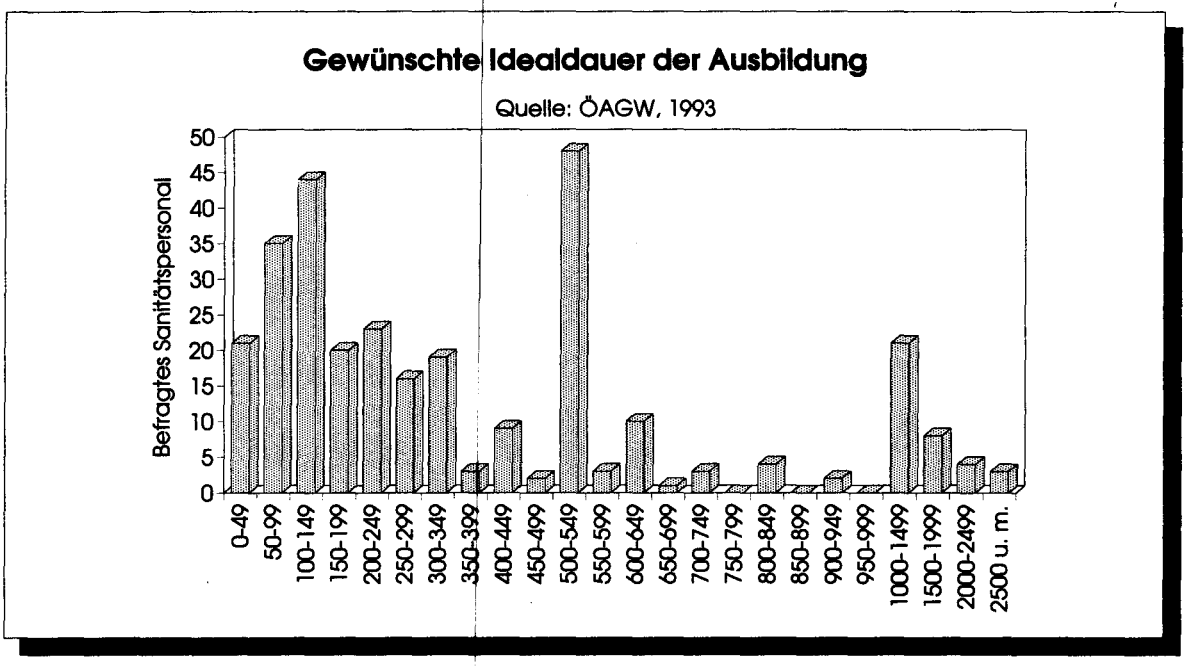
© copyright by Ö.A.G.W., 1993.


Eignungstest
Quelle: ÖAGW, 1993
weiß nicht
6%
dagegen
5%
dafür
89%
0
50
100
150
200
250
300
350
Befragtes Sanitätspersonal


Kriterien des Eignungstests
8%
23%
9%
12%
18%
14%
16%
Psychische Eignung
Lernbereitschaft
Alter
Fachwissen
Sonstiges
Allgemeinwissen
Intelligenz
Quelle: ÖAGW, 1993

Frage 14 war eine der wichtigsten Fragen des "Soll-Bereiches" des Fragebogens. Es wurden die Vorstellungen über die ***gewünschte Idealdauer einer neuen Ausbildung*** hinterfragt. Grundsätzlich muß angemerkt werden, daß wohl niemand gerne, wenn es sich nur irgendwie vermeiden läßt, eine längere Ausbildungszeit in Kauf nimmt, als es unbedingt sein muß. Diese allgemeingültige Annahme liegt auch der Beantwortung dieser Frage zugrunde.

Wie sich aus dem unten angeführten Diagramm ersehen läßt, gliedert sich das Befragungsklientel entsprechend der drei Hauptspitzen in drei Hauptgruppen: die "Minimalisten", die "Realisten" und die "Idealisten". Die erste Hauptspitze findet sich bei 100 bis 149 Stunden und charakterisiert jene Gruppe, nämlich die "Minimalisten", die der Ansicht ist, daß die Ausübung einer verantwortungsvollen Tätigkeit, vergleichbar mit der des diplomierten Krankenpflegepersonals im stationären Bereich, nicht mit einer adäquaten Ausbildung und folglich auch höheren Ausbildungsdauer zu tun hat. Die zweite Spitze findet sich bei 500 bis 549 Stunden und repräsentiert die Gruppe der "Realisten", die annehmen, daß eine Ausbildung in diesem Stundenausmaß ausreichend ist. Die dritte Spitze läßt sich bei 1000 bis 1499 Stunden erkennen; hier haben jene "Idealisten" geantwortet, die sich tiefgreifende Gedanken über eine neue Ausbildung gemacht haben und sich bewußt sind, daß ein erweitertes Tätigkeitsspektrum logischerweise mit einer erhöhten Ausbildungsdauer in Zusammenhang steht und auch erkannt haben, daß die gegenwärtige Ausbildung nicht adäquat zum derzeitigen Tätigkeitsbereich ist.



© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Der Signifikanztest zu dieser Frage hat folgenden hochsignifikanten Unterschied ergeben: Es haben sich mehr Freiwillige für eine kürzere (Nennungen für eine bis 249 Stunden dauernde) Ausbildungsdauer ausgesprochen, als dies zu erwarten gewesen wäre, ***jedoch sind weniger Hauptamtliche*** als erwartet für eine derart kurze Ausbildung. Es ist sogar der Gegenteil der Fall: Mit höchstsignifikantem Ergebnis hat sich ein beträchtlicher Teil der Hauptamtlichen für eine Ausbildung von 500 bis 650 Stunden ausgesprochen, ein anteilsmäßig großer Teil der Hauptamtlichen hochsignifikant sogar für eine Ausbildung von 1000 bis 1990 Stunden. Der Signifikanztest bei der Gruppe der Befragten, die die Nennung "2000 Stunden bis 2499 Stunden" abgegeben hatten, ergab, daß sich hier die vorher erwähnten ***"Idealisten" zu 100 % bei den Hauptamtlichen niederschlagen.*** Die höchste Nennungen bei den Freiwilligen waren 3 Personen, die die Idealdauer mit "1000 bis 1499 Stunden" angegeben hatten.

Der Grund, warum sich ein Teil der Befragten für eine Idealdauer der Ausbildung mit nur 500 bis 650 Stunden ausgesprochen hat, ist derjenige, daß diese Stundenzahl im Vergleich zur derzeitigen Ausbildung als relativ hoch angesehen wird. Es hatte keiner der Befragten die Möglichkeit, unser derzeitiges Ausbildungssystem mit Ausbildungsmodellen und didaktischen Wissensvermittlungsstrategien sowie Qualitätssicherungsstrategien anderer Staaten, sei dies in Europa oder Übersee, zu vergleichen.

Frage 15 widmete sich den ***Vorstellungen über eine Erhöhung der Praxis- bzw. Theorieanteile*** in einer neu reformierten Ausbildung. Wie aus dem nachfolgend angeführten Diagramm zu entnehmen ist, liegen sowohl Theorie als auch Praxis fast Kopf an Kopf. Im Mittelwert betrachtet sprechen sich die Befragten für einen Theorieanteil von 45,69 % und einen Praxisanteil von 54,29 % aus. Zwei Personen von insgesamt 360 haben diese Frage nicht beantwortet.

Wir wollen nun die Ergebnisse der Auswertung zu dieser Frage genauer betrachten. Es sprechen sich 16,99 % für einen Theorieanteil von der Grundausbildung von 30 bis 39 %, 27,30 % für einen Theorieanteil von 40 bis 49 % und 33,71 % für einen Theorieanteil von 50 bis 59 % Erhöhung aus.

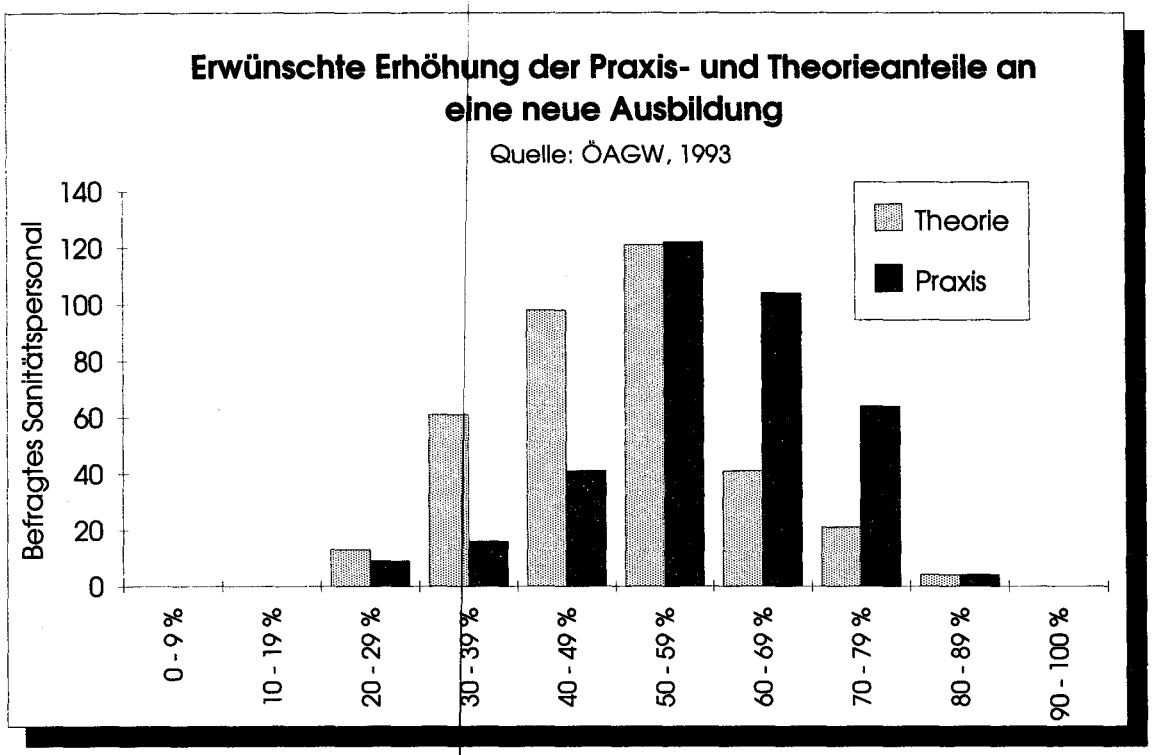
Bei der Praxis hingegen sprechen sich 33,89 % der Befragten für einen Praxisanteil an der Grundausbildung von 50 bis 59 %, 28,89 % der Befragten für einen Praxisanteil von 60 bis 69 % und 17,78 % der Befragten für einen Praxisanteil von 70 bis 79 % aus.

Der Signifikanztest nach den Merkmalen "Hauptamtliche" und "Freiwillige" ergab kaum Unterschiede in Antwortverhalten der Befragten. Sowohl Hauptamtliche als auch Freiwillige sind sich einer Meinung darüber, in welchem Ausmaß die Theorie-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

und Praxisanteile verteilt sein sollen, um eine zukünftige Ausbildung praxisnahe und für den im Sanitätsdienst Beschäftigten adäquat zu gestalten.

Im vorliegenden Ausbildungskonzept wurde diesen Wünschen vollinhaltlich Rechnung getragen, zumal das nichtärztliche Sanitätspersonal erkannt hat, daß die derzeitige Ausbildung nicht mehr zeitgemäß und auch nicht entsprechend den Bedürfnissen dieser zukünftigen Berufsgruppe selbst als auch den Patienten, die ja die Nutznießer einer verbesserten Ausbildung sind, gestaltet ist.



Frage 16 beschäftigte sich mit der Thematik der ***wichtigsten Fächer der Grundausbildung***. Diese Frage stellt einerseits einen Erfahrungswert aus der derzeitigen Ausbildung dar und spiegelt jene Bereiche wider, die der Meinung des Sanitätspersonals nach derzeit noch nicht ausreichend behandelt werden bzw. teilweise unberücksichtigt bleiben, andererseits aber auch die Erwartungen und Wünsche hinsichtlich einer Schwerpunktsetzung in einer zukünftigen Ausbildung.

Bei dieser Frage konnten maximal drei Nennungen angegeben werden und sie wurde von 355 Personen beantwortet. Alle 355 Personen gaben zwei Nennungen an, 312 Personen auch eine dritte. Im Gesamten betrachtet, erachten die Befragten die Fächer Anatomie (165 Nennungen), Krankenpflege (78 Nennungen), Spezielle Not-

fallmedizin (67 Nennungen), Krankheitslehre (23 Nennungen) und Kommunikation (12 Nennungen) von insgesamt 15 möglichen Fächern als die wichtigsten.

Der Signifikanztest nach den Merkmalen "Hauptamtliche" und "Freiwillige" ergab folgendes: Wurde nur eine Nennung abgegeben. sprechen sich mehr Hauptamtliche, aber dafür weniger Freiwillige, für das Fach "Anatomie" aus. Die Freiwilligen erachten bei nur einer Nennung das Fach "Krankenpflege" wichtiger ein, als dies von dieser Gruppe zu erwarten war. Weniger Angaben als erwartet machten die Hauptamtlichen bei einer Angabe beim Fach "Krankenpflege", mehr Angaben als erwartet bei den Fächern "Anatomie" (wie schon erwähnt), "Krankheitslehre" und "Kommunikation".

Wurden zwei Nennungen abgegeben, ergab sich ein signifikanter Unterschied im Fach "Spezielle Notfallmedizin". Mehr Hauptamtliche als Freiwillige erachteten dieses Fach als wichtig, als dies angenommen wurde. Jedoch sprechen sich weitaus mehr Freiwillige, als dies zu erwarten gewesen wäre und auch im Gegensatz zu den Hauptamtlichen, für die Wichtigkeit des Faches "Verhalten am Unfallort" aus. Dem Fach "Kommunikation" wird sowohl von Seiten der Hauptamtlichen bei insgesamt zwei Nennungen nicht soviel Priorität eingeräumt, als dies angenommen wurde. Im Gegenzug dazu erachten die Freiwilligen dies als weitaus wichtiger ein, als angenommen.

Es sprechen sich auch mehr Hauptamtliche bei zwei Nennungen für das Fach "Berufskunde" aus (im Gegensatz zu den Freiwilligen, die dieses Fach überhaupt nicht nannten). Dies spricht dafür, daß sich die Hauptamtlichen eingehend mit der Thematik eines eigenen Berufsbildes auseinandergesetzt haben und drücken dies mit der Nennung dieses Faches aus.

Wurden drei Nennungen abgegeben, ergab sich kein signifikanter Unterschied.

Frage 17 gab Aufschluß darüber, was der Meinung des nichtärztlichen Sanitätspersonals nach ***an der bestehenden Grundausbildung geändert*** werden müßte. Die Antwortparameter waren vorgegeben und die Befragten konnten sich "dafür" oder "dagegen" entscheiden.

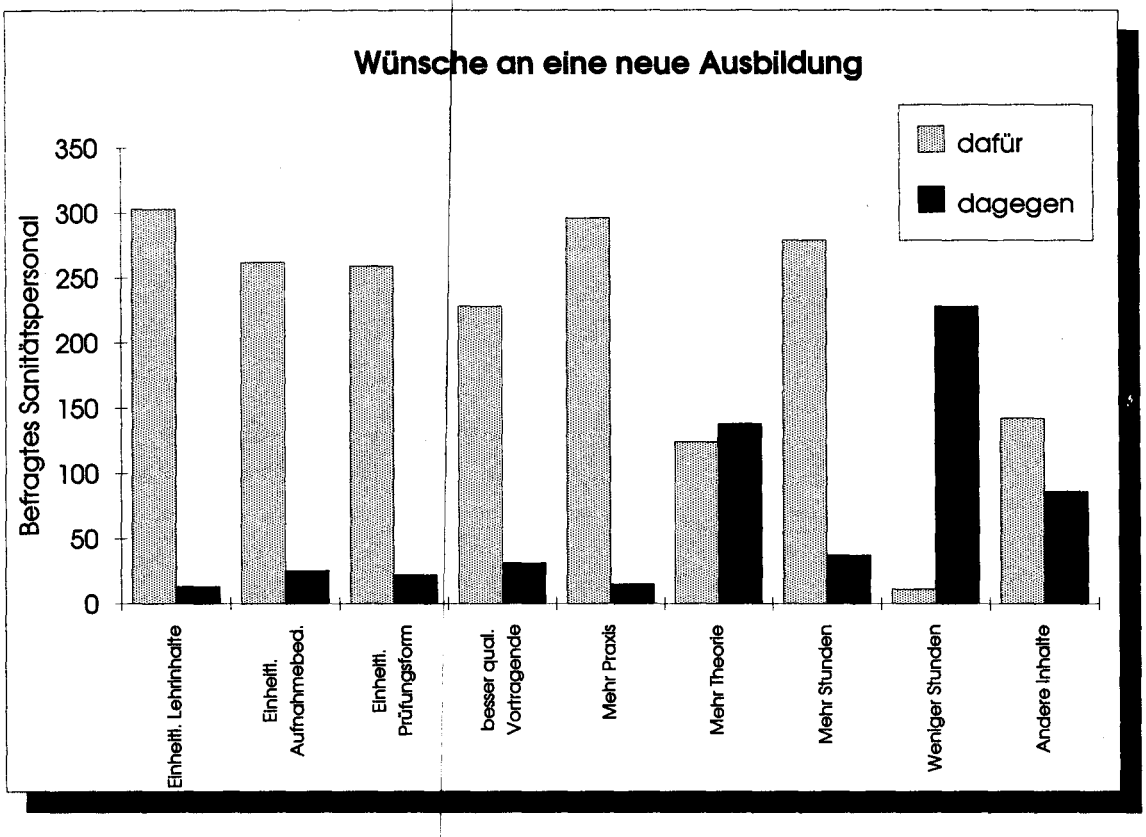
Wie aus dem nachfolgend angeführten Diagramm ersichtlich ist, finden wir in dieser Frage die Bestätigung einiger Auswertungsergebnisse anderer Fragen, wie z.B. der Frage nach mehr Praxis bzw. Theorie.

Im Gesamtüberblick betrachtet spricht sich das befragte nichtärztliche Sanitätspersonal für einheitliche Lehrinhalte (95,87 %), für einheitliche Aufnahmebedingungen (91,29 %), für eine einheitliche Prüfungsform (92,17 %), für besser qualifi-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

zierte Vortragende (88,03 %), für mehr Praxis als bisher (95,18 %), gegen mehr Theorie als bisher (52,67 %), für mehr Stunden als bisher (88,29 %), gegen weniger Stunden als bisher (95,40 %) und für andere Inhalte als bisher (62,28 %) aus.

Die Betrachtung des Signifikanztestes nach den Merkmalen "Hauptamtliche" und "Freiwillige" ergibt folgendes: mehr Hauptamtliche sprechen sich für einheitliche Lehrinhalte aus, als angenommen, die Freiwilligen sprechen sich im Gegensatz dazu nicht so stark für einheitliche Lehrinhalte aus, als dies angenommen wurde. Bei der "einheitlichen Aufnahmebedingungen" sind Hauptamtliche und Freiwillige einer Meinung. Bei der "einheitlichen Prüfungsform" gibt es signifikante Unterschiede: es sprechen sich mehr Hauptamtliche dafür und mehr Freiwillige dagegen aus, als dies zu erwarten gewesen wäre. Ebenso verhält es sich bei dem Antwortparameter "besser qualifizierte Vortragende". Beim Antwortparameter "mehr Praxis" gab es keine signifikanten Unterschiede. Beim Antwortparameter "mehr Theorie" zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied: weitaus weniger Freiwillige als erwartet sprechen sich für mehr Theorie aus. Dies spricht für die in Kapitel 5.3.1 angeführte Selbstüberschätzung der Freiwilligen, die der Meinung sind, genügend theoretisches Wissen zu besitzen, um einen verantwortungsvollen Tätigkeit wie die des Sanitäters ausüben zu können. Die Hauptamtlichen hingegen sprechen sich hochsignifikant für mehr theoretische Inhalte aus als erwartet.



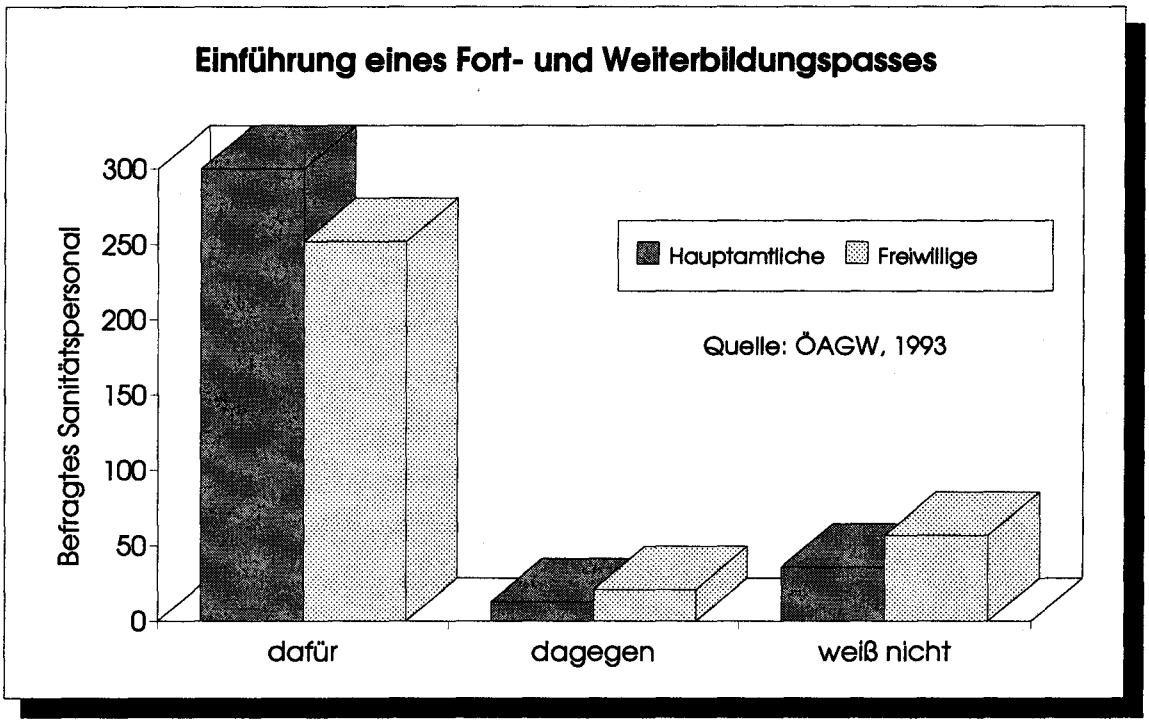
© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Bei der Nennung "mehr Stunden als bisher" konnte ein leicht signifikanter Unterschied dahingehend festgestellt werden, daß sich mehr Hauptamtliche und weniger Freiwillige als erwartet für mehr Stunden entschieden haben.

Bei den Antwortparametern "weniger Stunden als bisher" und "andere Inhalte als bisher" gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den hauptamtlichen und freiwillig Tätigen im Sanitätsdienst.

Frage 21 setzte sich mit dem ***österreichweit einheitlich vorgeschriebenen Fort- und Weiterbildungspaß*** auseinander. Diese Frage war deswegen so interessant, da sie für die jeweilige im Sanitätsdienst tätige Gruppe einzeln, also einerseits hinsichtlich der Hauptamtlichen und andererseits hinsichtlich der Freiwilligen, gestellt wurde.

Im Gesamtüberblick gesehen sprachen sich bei der Gruppe der Hauptamtlichen 85,96 % für und 3,73 % gegen die Einführung eines solchen Fort- und Weiterbildungspasses aus, 10,32 % hingegen konnten sich weder dafür noch dagegen entscheiden. Bei den Freiwilligen waren 76,36 % dafür und 6,36 % gegen die Einführung eines solchen Passes, 17,27 % konnten sich weder dafür noch dagegen entscheiden.



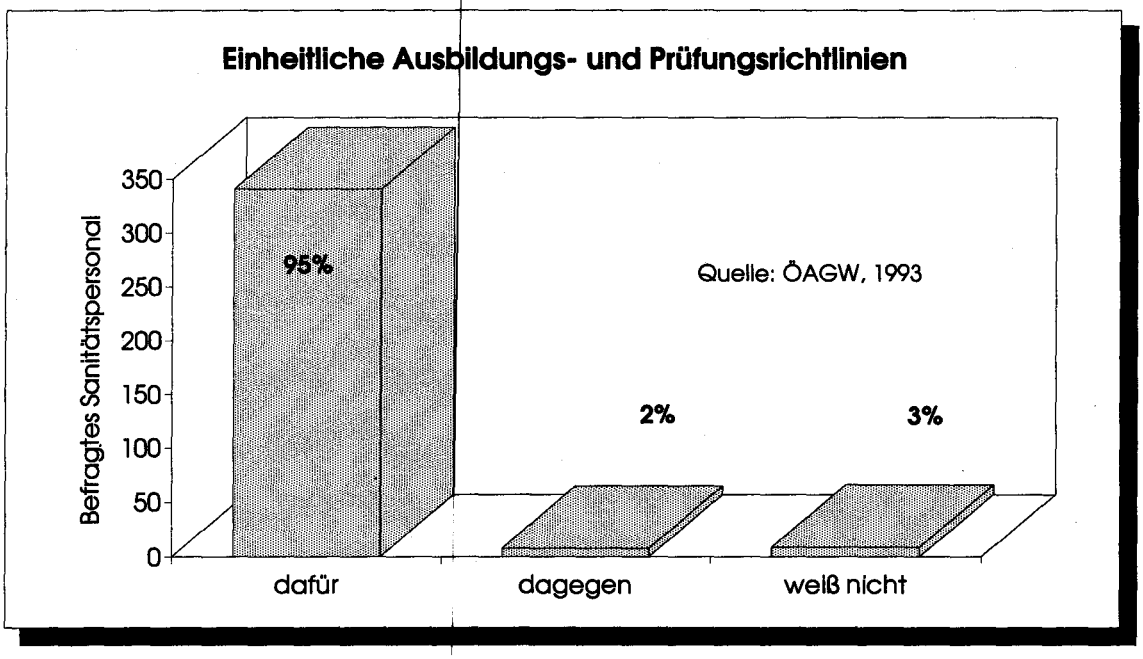
© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Der Signifikanztest nach den Merkmalen "Hauptamtliche und "Freiwillige" zu dieser Frage zeigte folgendes interessantes Bild: Weitaus mehr Freiwillige als erwartet entschieden sich für den Fort- und Weiterbildungspaß bei den Hauptamtlichen; die Hauptamtlichen selbst entschieden sich jedoch auch in erhöhtem Ausmaß für die Einführung eines solchen Passes als erwartet.

Bei der Einführung eines Fort- und Weiterbildungspasses für Freiwillige entschieden sich genau doppelt soviel Freiwillige gegen die Einführung als dies zu erwarten war. Die Hauptamtlichen konnten sich signifikant nicht für oder gegen die Einführung des Passes bei Freiwilligen entscheiden.

Österreichweit ***einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien*** waren das Thema der Frage 22. Das Ergebnis ist mehr als eindeutig: 341 von 358 befragten im nichtärztlichen Sanitätsdienst Tätigen befürworten einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien für ganz Österreich.

Der Signifikanztest zu dieser Frage ergab, daß mehr Hauptamtliche als erwartet sich für eine Vereinheitlichung aussprachen, signifikant weniger Freiwillige dafür.



© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

5.4 ANFORDERUNGS- UND TÄTIGKEITSPROFIL DES NICHTÄRZTLICHEN PERSONALS IM RETTUNGSDIENST

Im Rahmen der Befragung und IST-Zustandserhebung zur Berufsfeldstudie wurden auch die Tätigkeiten sowie die Form und Häufigkeit deren Ausübung beim nichtärztlichen Sanitätspersonal im Rettungsdienst erhoben und in Folge als Anforderungs- und Tätigkeitsprofil im IST-Zustand dargestellt. Es wurde die Frage gestellt, welche der angeführten Tätigkeiten in welchem Ausmaß (häufig, selten, nie) ohne Anwesenheit eines Arztes und als Assistenz bzw. auf Anweisung eines Arztes durchgeführt werden bzw. welcher Begriff unbekannt ist. Die Liste des Tätigkeitsspektrums wurde von im Sanitätsdienst tätigen hauptamtlichen und freiwilligen Personen in Zusammenarbeit mit Notärzten und anderen Experten erstellt und in drei Hauptbereiche gegliedert: Das medizinische, das rettungstechnische und das einsatztaktische Tätigkeitsspektrum. Weiters wurden "sonstige" Tätigkeiten erhoben, welche nicht eindeutig den drei vorgenannten Kategorien zugeordnet werden konnten und auch nicht unbedingt als Aufgabe bzw. Tätigkeitsmerkmal von nichtärztlichem Sanitätspersonal im Rettungsdienst anzusehen sind. Die Befragten wurden dahingehend instruiert, pro Tätigkeit jene Spalte anzukreuzen, die für sie am meisten zuträfe.

5.4.1 MEDIZINISCHES ANFORDERUNGS-, TÄTIGKEITS- UND LEISTUNGSSPEKTRUM

Folgende Fragestellung wurde an das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst gestellt:

Welche der angeführten Tätigkeiten haben Sie in welchem Ausmaß (häufig, selten oder nie) selbständig ohne Anwesenheit eines Arztes oder als Assistenz für einen Arzt bzw. auf Anweisung eines Arztes durchgeführt, oder dieser Begriff sagt mir nichts?

Die in den Spalten "häufig", "selten", "nie" und "dieser Begriff sagt mir nichts" angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die in der ersten Spalte angeführte Anzahl der Bewertungen der jeweiligen Tätigkeit und sind auf zwei Kommastellen gerundet. Insgesamt wurde 362 Personen diese Tätigkeitsanalyse vorlegt. Die Absolutzahl "Anzahl der Bewertungen" gibt an, wieviele Befragte die jeweilige Tätigkeit einer Bewertung unterzogen haben. Die Befragten sollten bei jeder einzelnen Fragestellung, also bei jeder einzelnen hinterfragten Tätigkeit, jene Spalte mit jener Tätigkeitsausprägung ankreuzen, die für sie persönlich bei der Ausübung ihrer Tätigkeit im Rettungs- und Krankentransportdienst am meisten zutrifft.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse der Tätigkeits- und Anforderungserhebung im Rahmen der Berufsfeldstudie im Überblick dar. Die Spalte "Anzahl der Bewertungen" ist in Absolutzahlen angegeben, alle weiteren Spalten sind Prozentangaben.

A) MEDIZINISCH

Tätigkeit	Anzahl der Bewertungen	selbständig ohne Anwesenheit eines Arztes			als Assistenz für einen Arzt bzw. auf Anweisung eines Arztes			dieser Begriff sagt mir nichts
		häufig	selten	nie	häufig	selten	nie	
Abkühlen bei Hitzeschäden	332	5.72	59.94	19.88	3.31	5.42	5.72	0.00
Amputate versorgen	331	1.81	52.57	27.19	3.32	10.88	4.23	0.00
Assistierte Beatmung	334	17.96	43.41	14.07	8.38	14.07	2.10	0.00
Atemfrequenz überwachen	328	40.55	29.88	7.62	11.28	9.76	0.92	0.00
Atemwege absaugen	333	26.13	47.75	8.71	6.91	9.01	1.50	0.00
Atemwege freimachen	333	41.44	39.64	2.70	8.41	5.11	2.70	0.00
Aufwärmen bei Unterkühlung	324	4.63	38.89	39.51	2.47	8.95	5.56	0.00
Augenspülung	330	4.55	42.73	37.27	0.61	7.88	6.97	0.00
Augenverband	331	12.69	51.97	19.94	1.51	9.06	4.83	0.00
Beatmung eines intubierten Patienten mit Beutel	340	10.59	26.47	33.53	12.35	15.00	1.77	0.29
Beatmung mit Taschenmaske	320	5.31	25.00	50.31	0.31	5.31	10.94	2.81
Beatmung Mund zu Mund	330	3.94	31.52	48.49	0.61	6.06	9.39	0.00
Bedienung Notfallrespirator (Oxylog, Medumat)	331	9.37	21.75	42.90	9.06	10.88	5.44	0.60
Behindertenbetreuung	334	24.85	32.93	27.84	1.20	3.29	9.88	0.00
Beißkeil setzen	334	8.68	33.83	39.82	4.49	9.28	3.89	0.00
Betreuung von Angehörigen	334	27.55	40.72	14.67	3.59	6.89	6.59	0.00
Blasenkatheter setzen	335	2.69	5.37	72.84	2.09	8.66	7.76	0.60
Blutdruck messen	335	51.64	18.81	12.84	5.08	8.66	2.99	0.00
Blutstillung durch Abbindung	332	5.72	45.78	32.83	1.81	8.13	5.72	0.00
Blutstillung durch Abdrücken	332	14.16	50.00	20.78	2.41	10.24	2.41	0.00
Blutstillung d. Druckverband	339	38.64	41.00	5.90	4.72	7.67	2.07	0.00
Blutzuckerbestimmung	334	3.59	15.27	59.58	10.18	6.59	4.79	0.00
Dammschutz	335	0.60	20.60	59.40	0.90	5.08	11.05	2.39
Defibrillation	328	0.61	6.40	68.60	7.01	7.93	9.15	0.31
Direkten Blasenzugang stechen	329	0.91	1.52	75.99	3.04	1.82	15.81	0.91
EKG - Elektroden kleben	333	13.21	15.32	46.55	13.81	8.11	3.00	0.00
EKG-Ableitungen schreiben und grob beurteilen	326	5.83	11.04	59.51	6.44	11.96	5.22	0.00

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeit	Anzahl der Bewertungen	selbständig ohne Anwesenheit eines Arztes			als Assistenz für einen Arzt bzw. auf Anweisung eines Arztes			dieser Begriff sagt mir nichts
		häufig	selten	nie	häufig	selten	nie	
Geburtshilfe	336	4.76	53.57	25.30	1.49	7.14	7.74	0.00
Guedeltubus setzen	329	4.86	25.53	49.85	4.56	7.60	7.60	0.00
Harnzuckerbestimmung	326	0.00	10.12	71.78	0.61	2.76	14.72	0.00
Heimlich-Handgriff anwenden	332	2.11	17.17	62.35	2.11	3.31	12.05	0.90
Herzdruckmassage	338	25.44	45.56	12.13	7.99	6.81	1.48	0.59
Hyperventilation begegnen	328	14.63	47.56	21.65	4.57	6.40	3.35	1.83
Infektionstransport durchführen	332	10.24	54.52	19.88	3.31	4.22	7.83	0.00
Infusionen herrichten	339	26.55	24.78	24.48	17.11	5.61	1.48	0.00
Infusionen verabreichen	332	4.52	8.13	63.25	11.75	6.63	5.72	0.00
Injektionen vorbereiten	328	10.98	15.24	45.43	17.07	10.06	1.22	0.00
Injektionen verabreichen	325	0.31	4.00	70.77	3.39	7.69	13.85	0.00
Inkubatoreinsatz	325	21.23	37.23	23.39	4.62	5.54	8.00	0.00
Intubation	317	0.32	5.36	68.77	6.94	7.57	11.04	0.00
Kaltwasseranwendung bei Verbrennungen	322	19.88	52.17	12.11	4.35	7.14	4.35	0.00
Karotispuls tasten	318	46.23	31.45	3.15	8.81	5.66	2.83	1.89
Koniotomie durchführen	300	1.67	3.33	51.00	1.00	3.00	13.33	26.67
Krankheitssymptome erkennen	320	53.13	23.75	7.50	8.13	4.06	3.44	0.00
Lagerung auf Vakuummatratze	323	69.04	13.93	2.79	10.84	2.79	0.62	0.00
Magenspülung	320	1.56	2.19	74.69	0.94	9.69	10.94	0.00
Medikamente vorbereiten	322	9.01	14.91	52.48	13.04	7.14	3.42	0.00
Medikamente verabreichen	312	1.28	8.97	66.35	7.37	7.37	8.65	0.00
Medikamente sublingual verabreichen	318	0.94	6.29	64.15	6.29	6.92	8.18	7.23
Medikamentensprays verabreichen	320	2.19	18.44	54.38	9.06	10.94	3.75	1.25
Monitoring	301	6.98	8.64	46.51	9.30	4.32	4.98	19.27
Neugeborenes abnabeln	330	2.73	42.42	35.46	0.61	8.18	10.61	0.00
Neugeborenes absaugen	326	2.45	42.95	34.97	0.61	11.04	7.98	0.00
offenen Thorax luftdicht verbinden	320	1.25	30.00	50.00	0.63	7.50	10.31	0.31
Palpation der Weichteile	288	4.17	16.32	37.15	2.43	5.56	8.33	26.04
Patienten beobachten	321	74.46	4.05	4.05	12.46	3.43	1.56	0.00
Perfusor handhaben	299	4.35	15.39	42.14	2.68	8.36	4.68	22.41
Plazenta sichern	317	2.84	31.55	45.11	0.95	7.89	11.04	0.63
Präkordialer Faustschlag	314	4.46	11.78	63.38	2.23	5.10	11.47	1.59

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeit	Anzahl der Bewertungen	selbständig ohne Anwesenheit eines Arztes			als Assistenz für einen Arzt bzw. auf Anweisung eines Arztes			dieser Begriff sagt mir nichts
		häufig	selten	nie	häufig	selten	nie	
Psychologische Patientenbetreuung, Patientenführung	319	65.83	14.42	3.14	9.09	3.76	3.76	0.00
Pulsfrequenz überwachen	323	59.44	17.96	4.64	13.00	4.03	0.93	0.00
Pulsoxymeter bedienen	316	9.49	14.87	53.48	7.91	4.11	8.23	1.90
Pupillenkontrolle	317	49.21	27.45	5.68	12.62	4.10	0.95	0.00
Radialispuls tasten	322	52.48	20.19	7.76	10.56	4.66	2.17	2.17
Reanimation von Erwachsenen	325	26.46	42.77	9.54	9.54	10.77	0.92	0.00
Reanimation von Kindern	319	8.46	33.86	38.87	1.57	10.35	6.90	0.00
Reanimation von Säuglingen	312	6.09	22.12	53.85	2.24	4.49	11.22	0.00
Reflexe kontrollieren	325	24.31	34.46	22.77	3.69	9.54	4.62	0.62
Reposition durchführen	302	6.62	25.83	40.40	3.31	7.95	7.62	8.29
Ruhigstellung von Brüchen mittels Dreiecktüchern	327	44.34	32.42	9.17	4.59	5.20	4.28	0.00
Ruhigstellung von Brüchen mittels Kramerschienen	321	21.18	29.28	35.20	2.18	4.05	8.10	0.00
Ruhigstellung von Brüchen mittels Luftschienen	326	39.57	25.77	18.71	6.14	4.60	4.60	0.61
Ruhigstellung von Brüchen mittels Vakuumkissen	320	40.94	13.44	29.69	10.94	1.56	3.44	0.00
Ruhigstellung von Brüchen mittels Vakuummatratzen	327	64.83	14.99	4.89	11.62	3.06	0.61	0.00
Safartubus setzen	320	2.81	2.50	62.81	0.63	3.13	12.81	15.31
Sauerstoffgabe über Gesichtsmaske	332	50.60	28.61	4.82	10.54	2.71	2.71	0.00
Sauerstoffgabe über Nasensonde	329	37.39	21.58	23.40	8.51	6.08	3.04	0.00
Schockbekämpfung	333	57.36	23.72	1.80	14.72	1.20	1.20	0.00
Schockzustand erkennen	333	61.86	21.62	0.90	10.81	3.60	1.20	0.00
senile Patienten betreuen	330	48.49	30.00	5.46	4.24	6.06	3.94	1.82
stabile Seitenlagerung durchführen	331	60.73	22.36	2.42	8.16	5.14	1.21	0.00
Schanzkrawatte anlegen	325	26.77	36.31	17.85	9.85	3.69	2.77	2.77
Sturzhelm abnehmen	328	17.07	51.22	15.85	3.35	9.15	2.74	0.61
subkutane Spritzen verabreichen	328	2.13	4.57	71.65	2.13	2.74	15.24	1.52
Thoraxdrainage durchführen	322	1.55	5.59	70.81	2.17	6.52	12.11	1.24
Todesfeststellung	328	2.13	14.33	61.28	3.35	6.71	12.20	0.00
Tracheotomie durchführen	315	2.22	0.95	72.70	0.32	6.98	13.33	3.49
Übergabe im Spital	330	76.67	4.55	3.33	11.21	2.42	1.21	0.61

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeit	Anzahl der Bewertungen	selbständig ohne Anwesenheit eines Arztes			als Assistenz für einen Arzt bzw. auf Anweisung eines Arztes			dieser Begriff sagt mir nichts
		häufig	selten	nie	häufig	selten	nie	
unblutiger Aderlaß	311	3.54	9.97	62.38	0.32	8.68	8.36	6.75
Venösen Zugang setzen	326	1.23	4.29	72.09	6.44	3.99	10.74	1.23
Versorgung kontaminierter Patienten	308	1.95	27.92	47.08	1.95	5.20	11.69	4.22
Versorgung von Neugeborenen	322	6.21	43.79	30.75	1.24	9.94	7.14	0.93
Wendltubus setzen	319	2.51	9.09	64.58	0.94	6.58	12.54	3.76
Wunden kleben	323	11.46	8.98	58.82	3.72	6.50	10.53	0.00
Wunden nähen	320	1.56	1.56	75.94	3.44	3.44	14.06	0.00
Wunden reinigen	331	25.38	29.31	27.80	6.04	5.74	5.74	0.00
Wunden verbinden	332	64.76	13.25	6.02	10.54	4.52	0.90	0.00
Zentralvenösen Zugang setzen	320	1.56	3.13	71.88	2.50	7.19	12.19	1.56
Zucker bei Hypo (Diabetes) geben	325	7.69	30.15	43.39	3.36	10.46	4.92	0.00

5.4.2 EINSATZTAKTISCHES ANFORDERUNGS-, TÄTIGKEITS- UND LEISTUNGSSPEKTRUM

Die Fragestellung war ident mit der des medizinischen Tätigkeitsspektrums.

B) RETTUNGSTECHNISCH

Tätigkeit	Anzahl der Bewertungen	selbständig ohne Anwesenheit eines Arztes			als Assistenz für einen Arzt bzw. auf Anweisung eines Arztes			dieser Begriff sagt mir nichts
		häufig	selten	nie	häufig	selten	nie	
Bergen mit Schaufeltrage	330	38.79	33.94	12.42	8.18	6.36	0.30	0.00
Bergen mit Bergetuch	327	19.27	44.34	21.41	5.51	6.42	3.06	0.00
Bergen mit Rautekgriff	332	57.83	24.40	3.01	7.53	5.12	2.11	0.00
Geräte-/Wagendesinfektion	322	58.70	22.67	4.35	5.59	4.35	4.35	0.00
Lagerung /Flach-, Oberkörper Hoch-, Schock-, Seitenlagerung, etc.)	327	74.31	10.40	1.84	9.79	2.75	0.92	0.00
Tragen mit Sessel	335	78.81	5.08	2.39	3.88	5.67	4.18	0.00
Tragen mit Krankentrage	334	81.74	3.89	0.60	10.18	1.20	2.40	0.00
Vor Unterkühlung schützen	322	48.76	32.92	3.11	6.83	6.52	1.86	0.00
Wagen-/Ausrüstung checken	333	77.78	8.11	0.30	7.81	2.70	3.30	0.00

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

5.4.3 RETTUNGSTECHNISCHES ANFORDERUNGS-, TÄTIGKEITS- UND LEISTUNGSSPEKTRUM

Die Fragestellung war ident mit den beiden vorhergehenden Bereichen.

C) EINSATZTAKTISCH

Tätigkeit	Anzahl der Bewertungen	selbständig ohne Anwesenheit eines Arztes			als Assistenz für einen Arzt bzw. auf Anweisung eines Arztes			dieser Begriff sagt mir nichts
		häufig	selten	nie	häufig	selten	nie	
Beweismittel sicherstellen	310	10.97	52.58	21.94	1.29	9.03	4.19	0.00
Dokumentation / Abrechnung	306	33.99	27.12	21.90	7.19	1.31	7.19	1.31
Funken	318	78.93	3.77	3.46	9.43	3.77	0.63	0.00
G-Wesen Funktion Chef SanSaSt (Sanitätssammelstelle)	288	6.25	11.46	49.31	3.13	3.47	10.07	16.32
G-Wesen Funktion: Chef Transport	259	5.79	8.88	50.58	2.70	1.93	11.58	18.53
Hubschrauberlandeplatz markieren	300	13.67	35.00	36.00	4.00	4.00	6.33	1.00
Kommunikation mit anderen Einsatzkräften: Feuerwehr, Polizei/Gendarmerie, Straßenmeisterei, Bundesheer, etc.	325	47.08	31.39	6.46	8.31	2.77	3.69	0.31
Kraftfahrzeug lenken	322	69.26	4.97	10.87	10.87	1.86	1.55	0.62
Navigieren (Planlesen, etc.)	315	40.31	28.89	16.19	6.67	2.86	4.76	0.31
Patientenleitsystem PLS	302	7.29	23.18	45.70	3.31	4.97	5.96	9.60
Triagieren	303	8.91	29.37	41.25	4.29	6.27	5.61	4.29
Übergabe im Zielkrankenhaus	320	73.13	7.50	5.00	8.44	3.44	2.19	0.31
Unfallstelle absichern	317	43.53	38.80	3.79	3.79	6.63	3.47	0.00
vom Hausarzt verschriebene Medikamente erheben	317	41.33	27.76	16.72	8.20	4.10	1.89	0.00
Zielkrankenhaus vorinformieren	327	53.82	28.75	2.75	7.65	5.81	1.22	0.00

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

5.4.4 SONSTIGE TÄTIGKEITEN DES NICHTÄRZTLICHEN SANITÄTSPERSONALS IM RETTUNGSDIENST

In diesem Bereich wurden jene Tätigkeiten angeführt, welche nicht eindeutig den ersten drei Bereichen zugeordnet werden konnten und teilweise auch nicht unbedingt Aufgabe des Rettungspersonals sein sollten.

D) SONSTIGES

Tätigkeit	Anzahl der Bewertungen	selbständig ohne Anwesenheit eines Arztes			als Assistenz für einen Arzt bzw. auf Anweisung eines Arztes			dieser Begriff sagt mir nichts
		häufig	selten	nie	häufig	selten	nie	
Bürotätigkeiten	297	25.93	21.21	45.12	1.68	1.35	4.71	0.00
EDV-Eingabe	286	22.38	9.09	60.84	1.75	0.00	5.59	0.35
Elektrikertätigkeiten	284	6.69	11.97	72.89	0.00	1.41	5.99	1.06
Installateurtätigkeiten	278	1.44	7.55	82.37	0.00	0.36	7.19	1.08
KFZ-Mechnikertätigkeiten	293	10.92	22.53	59.04	0.34	1.02	5.80	0.34
Lagerverwaltung/Einkauf	284	16.55	16.20	59.51	0.00	1.41	5.99	0.35
Lehrtätigkeit	286	22.73	17.48	52.80	0.70	1.05	4.90	0.35
Putz- und Entrümpelungstätigkeiten	288	28.82	34.03	29.86	1.04	0.35	5.56	0.35
Sozialdienst	281	14.95	33.81	44.48	0.00	0.71	6.05	0.00
Teilnahme bei Sondereinsätzen	286	17.13	48.25	27.62	0.00	2.45	4.55	0.00

Weiters war den Befragten die Möglichkeit gegeben worden, Tätigkeiten, die in unserer Befragung nicht aufschienen, zu nennen. Diese Nennungen wurden nur vereinzelt angeführt. Tätigkeiten, die das medizinische, rettungstechnische, einsatztaktische und sonstige Tätigkeitsspektrum betrafen, wurden aufgrund dieser geringen Absolutzahl nicht zugeordnet. Die Zahlen in den Klammern geben die Anzahl der Nennungen absolut an. In alphabetischer Reihenfolge waren dies: Ärztefunk (2), Ärztenotdienst (3), Alarmierung BRD bzw. Feuerwehr usw., (2), Ambulanzdienst (6), Autowaschen (5), Bergegeräte warten (1), Bestellwesen (1), Bettenschieben (2), Betriebsrat (1), Botendienste (1), Dienstlisten vervollständigen (2), Essen auf Rädern (4), Feldküche und Essensausgabe (2), Flüchtlingsbetreuung (2), Freiwillige zum Dienst suchen (1), Garage waschen (3), Journaldienst (6), Kassier (1), Leitstellendisponent bzw. Bereitschaftsleiter (2), Medikamentenverwaltung (1), Nachtdienst (1), Patientenbetreuung während des Transportes (5), sonstige Putztätigkeit (4), Rasenmähen (3), Sammeln (3), Schnee schaufeln (2), Tischlerei (1), Überwachung von NAW usw. (1), Veranstaltungsorganisation (1).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

5.4.5 TÄTIGKEITSPROFIL IN BEZUG AUF DIE VERSCHIEDENEN EINSATZMITTEL (SANITÄTSKRAFTWAGEN) UND DEREN PERSONELLE BESETZUNG

Hinsichtlich des Anforderungs- und Tätigkeitsprofils des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst in Bezug auf die unterschiedlichen Einsatzmittel muß festgestellt werden, daß hier ***keine Differenzierung oder Abstufung hinsichtlich des Aufgaben- oder Anforderungsspektrums***, und damit untrennbar verbunden der Ausbildung, erfolgen kann, ***da mit allen Formen der Sanitätskraftwägen Patienten befördert werden***, die in ihrem physischen, psychischen oder sozialen Wohlbefinden beeinträchtigt sind (WHO, ...), und dadurch bedingt eine ***jederzeitige gravierende Verschlechterung des "Gesundheits-" bzw. Krankheitszustandes*** eintreten kann, und somit eine ***sofortige fachgerechte und qualifizierte Hilfestellung sowie das Setzen lebenserhaltender bzw. stabilisierender Maßnahmen*** unbedingt erforderlich machen. Damit untrennbar verbunden leitet sich auch die ***Forderung ab, daß jedes Einsatzmittel, gleich ob NAW, RTW, KTW, RTH oder NEF, mit zwei Sanitätsfachkräften, davon zumindest mit einer entsprechend theoretisch und praktisch ausgebildeten und qualifizierten Sanitätsfachkraft aus dem Bereich der medizinischen Assistenzberufe*** (DRA/vgl. Kap. 4.2.3.) zu besetzen ist. Darüber hinaus sollte endlich die Fehlannahme, die immer wieder in der Öffentlichkeit kolportiert wird, berichtigt werden, daß man das am besten geschulte Personal am NAW einsetzen sollte. ***Vielmehr sollte und muß es so sein, daß man die höchstqualifizierten Sanitätsfachkräfte an jenen Einsatzmitteln einsetzt, bei denen im Notfall anzunehmen oder zu erwarten ist, daß sonst keine qualifizierte notfallmedizinische Versorgung möglich ist, also insbesondere am RTW, NEF und KTW,*** aber natürlich auch am NAW und RTH.

Dazu KILIAN anläßlich einer Interdisziplinären Tagung in St.Paul im Lavanttal. ***"Wer die Forderung nach einem leistungsfähigen Rettungsdienst erhebt, kann sich nicht damit begnügen, überall im Lande erstklassige ausgerüstete NAW zur Verfügung zu stellen. Die besten Einsatzmittel sind nur dann optimal zu nutzen, wenn auch das Personal den bestmöglichen Ausbildungsstand aufweist. Die Leistungsfähigkeit unseres Rettungsdienstes hängt zweifelsohne ganz wesentlich von der Qualifikation des Personals ab."*** (BERGMANN, KOTZAUREK, LEITNER, STEINBEREITHNER, 1985).

Die ***Schwächen der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung in Österreich*** liegen sicher nicht in einer zu geringen Anzahl an Einsatzmittel begründet, sondern in der ***fehlenden überregionalen und überinstitutionellen (staatlichen) Einsatzplanung durch länderübergreifende zentrale Einsatzleitstellen*** *für ca. ein bis eineinhalb Millionen Einwohner,* ***die mit hochqualifiziertem und entspre-***

chend ausgebildetem Personal sowohl in der Leitstelle als auch in den Einsatzmitteln besetzt sind.

Durch den Beitritt Österreichs zum europäischen Wirtschaftsraum und dem geplanten Beitritt zur EU werden auch die in der EU geltenden Rechtsvorschriften und Normen (z.B.: CEN-Normen) für den Rettungsdienst in Österreich zu verbindlichen Rechtsnormen. Diese Entwicklung hat den Vorteil, daß wir in einigen Jahren über einheitlich ausgestattete Einsatzmittel verfügen werden müssen. Durch den Europäischen Binnenmarkt wird es innerhalb der EU auch möglich sein, daß "ausländische" (nichtösterreichische) private Anbieter und Organisationen (z.B. die dänische Firma Falk, ...) als gewinnorientierte Dienstleistungsunternehmen massiv in das "Rettungsgeschäft" einsteigen. *Diese Entwicklung kann nur abgeschwächt werden, wenn wir uns noch rechtzeitig (das heißt sofort) dazu entschließen, unsere* ***präklinische notfallmedizinische Versorgung an internationalen und europäischen Standards anzuheben.*** Nur durch ***entsprechende Qualitätsstandards und gesetzlich geregelte Mindeststandards hinsichtlich personeller und infrastruktureller Ressourcen***, zu denen natürlich als wesentliches und derzeit schwächstes Element die Ausbildung zählt, werden die derzeitigen Rettungsanbieter die freie Marktwirtschaft in der EU überleben können. ***Es erscheint daher umso mehr als angebracht keinen Konkurrenzkampf zwischen den Organisationen aufkommen zu lassen oder andere Feindbilder aufzubauen, sondern vielmehr einen gemeinsamen Weg zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung im Interesse der Notfallpatienten zu finden.***

5.4.6 TÄTIGKEITSPROFIL HINSICHTLICH DES SPEKTRUMS AN NOTFALLPATIENTEN BEI HIGH RISK EVENTS

Zu den wesentlichen ***Aufgaben und Tätigkeiten der qualifizierten Sanitätsfachkraft*** *muß es auch gehören,* ***Risken einzuschätzen und "Verdachts- bzw. Vermutungsdiagnosen" zu stellen.***

Nicht nur die offenkundig dramatischen Patienten sind, was das Risiko eines Fehlers betrifft, als am gefährdetsten aufzufassen (RÖGGLA, LAGGNER, 1991).

Als ***High Risk Events*** (DUNN, 1989) in der Notfallmedizin gelten nach DUNN folgende Ereignisse in absteigender Reihenfolge:

1. Erwachsene mit thorakalen Schmerzen oder Luftnot;
2. fiebernde Kinder;
3. multitraumatisierte Patienten;

4. Patienten mit abdominellen Beschwerden, Appendizitis und ektope Schwangerschaft,
5. Weichteilverletzungen mit möglichem Fremdkörpereinschluß und Infektion;
6. Patienten mit ZNS-Symptomen

Zum täglichen Brot der qualifizierten Sanitätsfachkraft gehört der tägliche Umgang mit Notfallpatienten, bei denen nach Traumen oder Erkrankungen vitale Funktionssysteme gestört oder ausgefallen sind, bei denen sich eine Störung anbahnt oder aufgrund der Schwere des Geschehens nicht auszuschließen ist. In den Rettungszentren werden heute nach AHNEFELD im eben definierten Sinne Notfallpatienten in ***30 - 40 % nach Traumen*** und in ***60 - 70 % nach akuten Erkrankungen*** versorgt (BERGMANN und KRAMAR, 1984).

5.5 AUSWERTUNG UND ERGEBNISSE DES WISSENSTESTES

5.5.1 ALLGEMEINES

Dem interviewten nichtärztlichem Sanitätspersonal im Rettungsdienst wurde neben dem Fragebogen und dem Tätigkeitsspektrum weiters ein Wissenstest vorgelegt (siehe Anhang). Dieser wurde von insgesamt 70 Personen beantwortet. Das geringe Antwortverhalten ergibt sich daraus, daß manche Personen das Ausfüllen eines "Wissenstestes" aus Gründen der Unsicherheit, mangelndem Selbstbewußtsein oder vermuteten unzureichenden Kenntnissen, aber auch aus prinzipiellen Gründen ablehnten. Ca. zwei Drittel davon waren Hauptamtliche, ein Drittel Freiwillige. Mögliche Gründe für das Nichtbeantworten des Wissenstestes können zum einen in der grundsätzlichen Abneigung gegenüber "Prüfungen" liegen, zum anderen in mangelndem Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen sowie Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten bzw. des Wissens. Weiters können noch gänzlich andere Gründe, z.B. zu großer Zeitaufwand, diesen Umstand begründen und sind, ebenso wie die oben angeführten, reine Spekulationen. Jedoch ist auch durch diese Anzahl der retournierten Wissenstest-Bögen die Repräsentativität des Wissenstestes gewährleistet.

Die Zusammenstellung der Fragen wurden nach drei Kriterien, nämlich "leicht", "mittel" und "schwer", durchgeführt, wobei alle Fragestellungen nicht nur über das theoretische Wissen Auskunft geben sollten, sondern von den Experten, die diesen Wissenstest zusammenstellten, sehr wohl zum größten Teil an den praktischen Erfordernissen im Berufsalltag gemessen wurden. Insgesamt waren zwei für das nichtärztliche Personal sehr schwierige Fragen in den Wissenstest eingebaut.

Es zeigt sich somit, daß die derzeitig Tätigen im Sanitätsdienst gemessen an den Anforderungen, denen sie im Berufsalltag ausgesetzt sind, ein gewisses Wissensmanko aufweisen, welches einerseits auf die noch nicht adaptierte Ausbildung zu-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

rückzuführen ist und andererseits auch auf die Tatsache, daß der Stundenumfang, in welchem das Wissen vermittelt werden muß, eindeutig zu gering ist, um eine qualitativ hochstehende Ausbildung zu gewährleisten.

Trotzdem sei in der Folge detaillierter auf die Ergebnisse der Auswertungen dieses Wissenstestes eingegangen.

5.5.2 AUSWERTUNG NACH RICHTIGKEIT DER BEANTWORTUNG DER FRAGEN

Die Zusammenstellung der Fragen wurden nach drei Kriterien, nämlich "leicht", "mittel" und "schwer", durchgeführt, wobei alle Fragestellungen nicht nur über das theoretische Wissen Auskunft geben sollten, sondern von den Experten, die diesen Wissenstest zusammenstellten, sehr wohl zum größten Teil an den praktischen Erfordernissen im Berufsalltag gemessen wurden. Insgesamt waren zwei schwierige Fragen in den Wissenstest eingebaut.

Folgende Auflistung gibt Aufschluß über die Richtigkeit der Beantwortung der einzelnen Fragen:

	RICHTIG	FALSCH
Frage 1:	36,49 %	63,51 %
Frage 2:	83,78 %	16,22 %
Frage 3:	86,49 %	13,51 %
Frage 4:	40,54 %	59,46 %
Frage 5:	50,00 %	50,00 %
Frage 6:	1,35 %	98,65 %
Frage 7:	16,22 %	83,78 %
Frage 8:	94,60 %	5,40 %
Frage 9:	93,24 %	6,76 %
Frage10:	35,14 %	64,86 %
Frage11:	44,60 %	55,40 %
Frage12:	74,32 %	25,68 %
Frage13:	13,51 %	86,49 %
Frage14:	46,58 %	53,42 %
Frage15:	52,06 %	47,94 %

Es zeigt sich somit, daß die derzeitig Tätigen im Sanitätsdienst gemessen an den Anforderungen, denen sie im Berufsalltag ausgesetzt sind, ein gewisses Wissensmanko aufweisen, welches einerseits auf die noch nicht adaptierte Ausbildung zurückzuführen ist und andererseits auch auf die Tatsache, daß der Stundenumfang,

in welchem das Wissen vermittelt werden muß, eindeutig zu gering ist, um eine qualitativ hochstehende Ausbildung zu gewährleisten. Eine Anpassung der Ausbildung an andere Berufe des Gesundheitswesens, z.B. an das Krankenpflegepersonal, wäre nicht nur unter dem Aspekt eines möglichen EWR/EU-Beitritts ein gangbarer Weg, vielmehr soll das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst im eigentlichen Sinne nichts anderes als qualifiziert ausgebildetes und den Erfordernissen im Rettungs- und Krankentransportdienst entsprechendes Personal im präklinischen Bereich darstellen.

5.5.3 SIGNIFIKANZBERECHNUNG NACH WISSENSGRUPPEN

Einer im Fragebogen eingebaute medizinische Wissensfrage wurden zur Gliederungsbeurteilung nach Gruppen herangezogen. Es handelte sich hiebei um die Frage der ***Übertragungsmöglichkeiten von AIDS*** (Frage 34). Die richtigen Antworten zu dieser Frage entsprachen der Information der AIDS-Hilfe zu nachgewiesenen Übertragungsmöglichkeiten. Die drei Gruppen wurden nach folgenden Merkmalen gebildet:

1) alles richtig
2) eine falsche Antwort
3) zwei und mehr falsche Antworten.

Daraus ergaben sich drei annähernd gleich große Wissensgruppen, welche nun den einzelnen Fragen des Wissenstestes gegenübergestellt wurden.

5.5.4 ERGEBNISSE DES SIGNIFIKANZTESTES NACH WISSENSGRUPPEN

Der Signifikanztest - einem Vergleich zwischen erwartetem und tatsächlichem Befragungsergebnis - ergab folgendes:

Bis auf drei Fragen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Wissensgruppen und den beantworteten Fragen des Wissenstestes. Bei den Fragen 10, 14 und 15 gab es signifikante Unterschiede:

10) Welche Maßnahmen werden bei einem akuten Asthmaanfall ergriffen?

Hier ergab sich, daß jene Gruppe, die im Fragebogen keinen Fehler machte, weniger richtige Antworten gab, als dies zu erwarten war. Hingegen gaben die beiden

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

anderen Gruppen (einen Fehler und zwei und mehr Fehler) bei Frage 10 öfters richtige Antworten, als man dies annehmen konnte.

14) Welche der genannten Substanzen ist am besten geeignet, eine Asystolie zu beseitigen?

Bei Frage 14) ergab sich folgendes Bild: Jene Personengruppe, die im Fragebogen keinen Fehler und jene Personengruppe, die mehr als zwei Fehler machte, gaben mehr falsche Antworten, als dies aufgrund der Berechnungen zu erwarten war. Jene Gruppe, die im Fragebogen einen Fehler gemacht hat, gab hier weniger oft eine falsche Antwort, als dies anzunehmen war.

15) Wann muß eine Thoraxdrainage beim beatmeten Patienten geklemmt werden?

Bei Frage 15) zeigt sich folgendes Bild: Jene Gruppe, die im Fragebogen keinen bzw. einen Fehler machte, gab im Wissenstest mehr richtige Antworten, als dies zu erwarten war. Die Gruppe, die mehr als zwei Fehler im Fragebogen gemacht hatte, gab hier weniger richtige Antworten, als dies berechnet wurde.

5.5.5 AUSWERTUNG NACH DEN PARAMETERN "HAUPTAMTLICHE" UND "FREIWILLIGE"

Bei allen 15 Fragen ergab die Auswertung, daß mehr Hauptamtliche als Freiwillige richtige Antworten gaben. Dies allerdings nicht aus dem Umstand heraus, daß die Hauptamtlichen in der Überzahl waren. Die ***Signifikanzberechnungen*** ermittelten entsprechend den Parametern "Hauptamtliche" bzw. "Freiwillige" einen sgn. erwarteten Soll-Wert für die jeweilige Beantwortung pro Personengruppe und wurde dem jeweiligen tatsächlich ermittelten Wert pro Frage gegenübergestellt.

Dabei ergaben sich signifikante Unterschiede bei folgenden sechs Fragen:

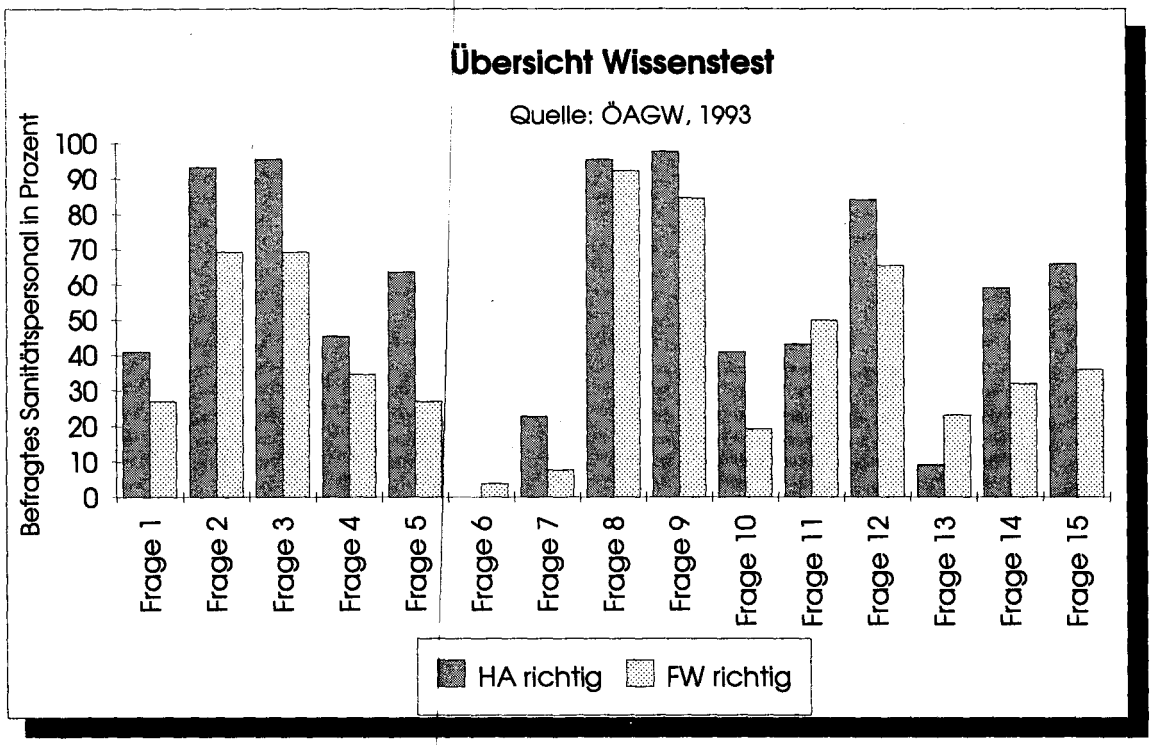
- *(2) Wie soll eine Augenverätzung eines Bauarbeiters mit Kalk vor dem Transport versorgt werden?*
- *(3) Ein Tischler hat sich mit einer Kreissäge den Daumen und den Zeigefinger der rechten Hand abgeschnitten. Was unternehmen Sie mit dem Amputat?*
- *(5) Welche der genannten Symptome passen nicht zur Diagnose "Schlaganfall"?*
- *(9) Unter einem Pseudokruppanfall versteht man ...:*
- *(14) Welche der genannten Substanzen ist am besten geeignet, eine Asystolie zu beseitigen?*
- *(15) Wann muß eine Thoraxdrainage beim beatmeten Patienten geklemmt werden?*

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Bei all diesen Fragen kreuzten die ***Freiwilligen*** öfters eine ***falsche Antwort*** an, als dies angenommen werden konnte, die ***Hauptberuflichen*** hingegen gaben wiederum ***mehr richtige Antworten***, als zu erwarten war.

Zum einen hat sich die schon im Fragebogen zu beobachtende Selbstüberschätzung der Freiwilligen hier eindeutig bestätigt, zum anderen muß angenommen werden, daß die Wissensvermittlung bzw. die Aufnahmebereitschaft bei den Freiwilligen, insbesondere durch unzureichend praktisches Training und vor allem mangelnde Erfahrung im aktiven Dienst, ihren Niederschlag findet (die Freiwilligen machen im Durchschnitt 5,4 Dienste pro Monat, die Hauptamtlichen 19,3 Dienste).

Das nachstehend angeführte Diagramm zeigt einen Überblick über das Antwortverhalten sowohl für den Bereich der Hauptamtlichen (HA) als auch der Freiwilligen (FW) bezogen auf Richtigkeit bei der Beantwortung der Fragen.



6 RETTUNGSWESEN IN ÖSTERREICH: "SANITÄTER" QUO VADIS?

- EIN NEUES BERUFSBILD ENTSTEHT!

6.1 DER WANDEL IM GESUNDHEITSWESEN UND SEINE AUSWIRKUNGEN AUF DAS NICHTÄRZTLICHE PERSONAL IM RETTUNGSDIENST

Die Entwicklung von den mobilen Lazaretten, die Larrey, der Leibarzt Napoleons, erstmals in den Kriegswirren in Rußland einsetzte, *bis zu den modernen Einsatz- und Rettungsmitteln und den damit verbundenen Möglichkeiten, die sich* ***bei einer entsprechend qualifizierten Besetzung bieten,*** *war ein langer Weg, der auch heute noch nicht zu Ende ist.*

Der Heidelberger Chirurg Kirschner hat im Jahre 1936 die Ansichten der präklinischen Notfallmedizin revolutioniert: Der lebensbedrohlich verletzte Patient muß nicht so schnell wie irgend möglich ins nächstgelegene Krankenhaus, sondern ein kompetenter Arzt muß so schnell wie möglich zum Patienten, da die Lebensbedrohung in zeitlicher Nähe zum Ereignis am größten ist. Diese Grundforderung erlebte Anfang der 60er Jahre eine Renaissance und führte in Verbindung mit neuen notfallmedizinischen Erkenntnissen, Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zwangsläufig zu einer Reorganisation des Rettungsdienstes, die die Aufgaben- und Zielstellung genauso wie die Ausstattung der Einsatzmittel und schließlich die Qualifikation des eingesetzten ärztlichen und nichtärztlichen Personals betraf. *Nun durften bei der Erstversorgung von Notfallpatienten nicht mehr die Aufgaben des Transportes oder die Anwendung klassischer Methoden der Ersten Hilfe (Verbände, etc.) im Vordergrund stehen,* ***sondern das Erkennen und die Analyse der Lebensbedrohung sowie das Anwenden lebensrettender Sofortmaßnahmen am Notfallort und während des Transportes. Nur zeitgerecht angewandte und während der kritischen Zeitspanne bis zum Eintreffen in der Klinik fortgesetzte Maßnahmen können irreversible Schäden***, z.B.: durch Schock oder Störungen der Herz- und Atemfunktion, ***begrenzen und somit die Basis für eine optimale kausale klinische Therapie legen***.

Diese Aussagen und ***Forderungen*** *wurden in weiterer Folge* ***auf alle akuten lebensbedrohlichen Erkrankungen ausgeweitet****, die zwar* ***andere Ursachen als Unfallverletzungen*** *haben, sich* ***jedoch in den Auswirkungen kaum unterscheiden*** *und sogar die* ***gleichen Sofortmaßnahmen erfordern****. Bei der* ***veränderten Aufgabenstellung*** *geht es jedoch* ***nicht nur um die Erhaltung des Lebens****, sondern in weitaus mehr Fällen um die* ***Minderung des therapeutischen***

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

***Aufwandes in der Klinik**, und besonders auch um die **Minderung der Invalidität**. Diese heute unabweisbare Tatsache muß man denjenigen vorhalten, die die Aufgabenstellung dessen, was wir heute unter **Notfallmedizin in seiner Gesamtheit** verstehen, immer noch nicht verstanden haben oder vielleicht auch nicht verstehen wollen, die aber für die **Schaffung der Voraussetzungen einer verbesserten und effizienten Erstversorgung** (Anm.. und damit verbunden für eine qualitativ hochstehende Ausbildung des gesamten Rettungspersonals) verantwortlich sind* (AHNEFELD, 1984).

Ein den heutigen Anforderungen gerecht werdender ***Rettungsdienst kann nur dann effizient und sinnvoll sein, wenn neben anderen Voraussetzungen, ein den Anforderungen und Erfordernissen adäquat ausgebildetes Rettungspersonal zur Verfügung steht.*** Dazu führt Prof. Dr. KILIAN vom Klinikum der Universität Ulm anläßlich der Interdisziplinären Tagung in St.Paul im Lavanttal wie folgt aus: *"Diesem Anspruch liegt die Tatsache zugrunde, daß es heute nicht mehr wie in früheren Jahren Ziel der rettungsdienstlichen Versorgung sein kann, einen Patienten möglichst rasch vom Ort des Geschehens zum nächstgelegenen Krankenhaus zu transportieren. **Vielmehr sind am Notfallort und während des Transportes bestimmte, über einfache Sofortmaßnahmen hinausgehende Tätigkeiten zur Wiederbelebung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen notwendig.** Da nach Ahnefeld jedoch auch heute noch ca. 80 % aller zu versorgenden Notfallpatienten auf dem Transport nicht vom Notarzt, sondern vom Rettungssanitäter* (Anmerkung: bezieht sich auf die damalige Situation in Deutschland!) *betreut werden, müssen diese Maßnahmen vom Rettungssanitäter auch beherrscht und angewandt werden. ... Es erscheint in diesem Zusammenhang wichtig, darauf hinzuweisen, daß unserer Meinung nach kein Zweifel bestehen kann, daß die **Tätigkeitsmerkmale des Rettungssanitäters dem Aufgabenbereich des medizinischen Assistenzpersonals zuzuordnen sind.**"* (BERGMANN, KOTZAUREK, LEITNER, STEINBEREITHNER, 1985).

*Betrachten wir den **Rettungsdienst als verlängerten Arm der Klinik**, so soll damit ausgedrückt werden, daß hier - natürlich unter erheblich erschwerten Bedingungen und eingeschränkten Möglichkeiten - Methoden der Klinik eingesetzt werden. Es ergeben sich dadurch **zwangsläufig Anforderungen** an einen qualifizierten Rettungssanitäter, **die** - wenn auch auf einer anderen Ebene - **denen des qualifizierten Krankenpflegepersonals in Anästhesiebereichen und auf Intensivstationen gleichzusetzen sind. Es ist nicht einzusehen, daß innerhalb der Klinik höchste Anforderungen an die Qualifikation auch des nichtärztlichen Personals gestellt werden, diese Notwendigkeiten außerhalb der Klinik in einer für das Überleben des Patienten entscheidenden Phase jedoch nicht sichergestellt sind*** (KILIAN, 1985).

Eine *Vielzahl von Einflußfaktoren* hat die Anforderungen und den Stellenwert der Notfallmedizin als solches sowie in ihrer Stellung im Gesundheitswesen einem grundlegenden Wandel unterzogen:

* die Einführung einer eigenen Ausbildung des ärztlichen Personals zum Notarzt und dessen gesetzliche Verankerung als erster Schritt am Weg zum Facharzt für Notfall- und Katastrophenmedizin;
* der verstärkte Aufbau bzw. Ausbau von Aufnahmestationen und Emergency-Departments in den Krankenanstalten (RÖGGLA und LAGGNER, 1991)
* verbesserte Notrufsysteme und einheitliche österreichische, künftig sogar europäische Notrufnummern;
* Einführung eines Europäischen Notfallausweises;
* verbesserte und technische hochstehende Einsatzmittel, wenn auch derzeit noch nicht einheitlich ausgestattet, mit Beitritt zum EWR/EU gelten auch hier die CEN-Normen ;
* Einführung des Medizinproduktegesetzes (MPG);
* neue notfallmedizinische Geräte und Instrumente für zum Teil neue bzw. weiterentwickelte Untersuchungsmethoden und -verfahren sowie Therapien;
* eine starke Zunahme technischer Katastrophen in unserer modernen Zivilisation (Massenunfälle auf der Autobahn, Flugzeugabstürze, Eisenbahnunfälle, Großbrände und Giftgaskatastrophen, Sprengstoffanschläge, radioaktive Unfälle, etc.);
* neue notfallmedizinische Erkenntnisse in Diagnostik, Therapie und Frühintervention;
* überarbeitete rettungstechnische und einsatztaktische Maßnahmen zur schnelleren und sichereren Bergung bzw. Versorgung Verletzter und Verunfallter;
* Wandel in der medikamentösen und therapeutischen Behandlung von Notfallpatienten;
* ein verändertes Verhalten in Freizeit und Sport;
* der wachsende Wunsch und die Notwendigkeit nach definierten Standards in der Notfallmedizin sowie nach Einführung einer umfassenden Qualitätssicherung;
* die verstärkte Forderung der Patienten nach einer optimalen Versorgung auch in Notfällen im Sinne der Patientenrechte;

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

6.2 ALLGEMEINE PRÄMISSEN UND GRUNDFORDERUNGEN AN DAS NEUE BERUFSBILD DER SANITÄTSFACHKRAFT

Zu Beginn stellen sich folgende Grundfragen:

"Wer ist der heutige Rettungssanitäter?"

"Welche Aufgaben hat die künftige Sanitätsfachkraft zu übernehmen?"

"Wer ist sie denn eigentlich?"

Er muß vom Bericht des Geschehens, von Anzeichen und Symptomen ausgehend eine Diagnose erstellen, die *richtige Vorsorge* für die Stabilisierung und Aufrechterhaltung des Zustandes des Patienten treffen, aber er ist ***kein Arzt.***

Er muß *im Krankenwagen als Krankenpfleger* fungieren, damit der Patient die *bestmögliche Pflege* und den *größtmöglichen Komfort* während des Transportes hat, aber er ist ***kein Krankenpfleger***.

Oft wenden sich *leidende Menschen* oder aber *ältere Personen ohne Fürsorge*, in armen Verhältnissen lebend, manchmal sogar *Kinder, um die sich niemand kümmert*, an ihn, aber er ist ***kein Sozialarbeiter***.

Er muß bei *Geburten* zuhause, im Rettungswagen, auf der Straße, an ungewöhnlichen Orten helfen *zum Wohle des Neugeborenen und der Mutter*, aber er ist ***keine Hebamme***.

Er muß *schnell und sicher fahren* können, *wenn es erforderlich ist*, aber er ist ***kein Rennfahrer***.

Er muß die *Straßenverkehrsordnung genau kennen*, aber er ist ***kein Polizist***.

Er muß die *Techniken der Bergung in schwierigen Situationen bei Unfällen* beherrschen und muß über die *Wirkung* der *gefährlichen Stoffe* informiert sein, aber er ist ***kein Feuerwehrmann***.

Er muß über *Basiswissen* verfügen, um *Pannen möglichst rasch zu beheben*, aber er ist ***kein Mechaniker***.

Er muß *mit Menschen in Not und Leid umgehen können*, muß die *Bräuche anderer Kulturen kennen* und *beachten*, aber er ist ***kein Soziologe*** und auch ***kein Psychologe***.

Er muß auf eine kurze Sicht *entstandene Situation richtig beurteilen, einteilen* und *leiten* und zu einem *guten Abschluß* bringen, aber er ist ***kein Manager***.

Er muß über die *Gefahren der Beschleunigung und Richtungsänderungen auf einen Verletzten und dessen Organe Bescheid wissen*, aber er ist ***kein Physiologe***.

Er *muß immer da sein* und *all dies können, zum Wohle der Mitmenschen, zum Wohle des Staates*, aber er ist ***kein Großverdiener***.

*"Das ist ein **Idealist mit dem Wissen und Können eines Allrounders**, dem es an Anerkennung seiner Mitmenschen und der Obrigkeit fehlt, der aber den **unerschütterlichen Glauben** hat, **daß es bald einmal besser werden wird.**"* (vgl. hiezu THILL, 1991)

Wesentliche ARGUMENTE, die eine rasche Neuordnung der Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals dringend erforderlich machen, sind:

= Eine fehlende eigenständige und zeitgemäße legistische Regelung dieses Gesundheitsberufes sowie fehlende adäquate Rettungsdienstgesetze (die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst geht zurück auf das Krankenpflegegesetz BGBl.Nr. 102/1961 betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und des Sanitätshilfsdienstes i.d.F. BGBl.Nr. 872/1992). Zwischenzeitlich wurde mit BGBl.Nr. 460/1992 der medizinisch-technische Dienst einer eigenständigen gesetzlichen Regelung zugeführt. Eine ähnliche Forderung erhebt sich für den Bereich der nichtärztlichen Berufe im Rettungs- und Notfallwesen. Die Ö.A.G.W. empfiehlt in diesem Zusammenhang die Schaffung eines eigenen "Sanitätsfachkräftegesetzes - SFG" - "Bundesgesetz betreffend die Regelung des nichtärztlichen Sanitätspersonals in der präklinischen Notfallmedizin und im Rettungswesen".

= Die enormen Entwicklungen im Notfallwesen und der präklinischen Notfallmedizin machen eine Neuregelung und Adaptierung des Anforderungs- und Tätigkeitsprofils unumgänglich.

= Das Fehlen einer adäquaten und bundeseinheitlichen Dokumentation sowie von Standards und Normen in diesem Bereich macht eine Qualitätssicherung unmöglich. Dieser Umstand macht die Einführung der Qualitätssicherung nach dem Vorbild internationaler Standards mit einheitlichen österreichweit geltenden und anwendbaren Standards unumgänglich.

= Ein fehlendes Berufsbild für diesen "Gesundheitsberuf" in der präklinischen Notfallmedizin führt dazu, daß die hauptamtlich Tätigen keine Absicherung im ASVG

hinsichtlich Berufskrankheiten, Berufsunfähigkeit, etc. erfahren. Gemäß unseren derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen und der praktischen Handhabung liefern wir derzeit unser Leben tagtäglich unzureichend ausgebildeten "Hilfsarbeitern" (gemäß ASVG) und freiwilligen Hilfskräften im Rettungsdienst aus. Ist es nicht auf Basis der heutigen Erkenntnisse der präklinischen Notfallmedizin unabdingbar, diesen äußerst sensiblen Bereich der extramuralen Primärversorgung dem stationären Bereich gleichzusetzen? Oder soll die weltweit bekannte "Wiener medizinische Schule" vor den Toren der Krankenanstalten enden?

= Die zunehmende Forderung nach Eigenverantwortlichkeit und Kompetenzabgrenzung aller Gesundheitsberufe sowie die zunehmende Bedeutung von Haftungs- und Gewährleistungsansprüchen erfordern eine klare Aufgabenzuteilung und damit verbunden eine dem Stand der präklinischen Notfallmedizin entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung

= Fehlende bzw. nicht ausreichende legistische Rahmenbedingungen zur Regelung der strukturellen und infrastrukturellen Ressourcen im Rettungswesen erheben die Forderung nach der Schaffung einer gesamtösterreichischen übergeordneten legistischen Regelung für das Rettungs- und Notfallwesen (Bundesrettungsgesetz - BRG) und der entsprechenden Ausführungsgesetzgebung

Diese Ziele sollen durch die Reform der Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst auf der Basis einer umfassenden Analyse und Entwicklung entsprechender Strategien erreicht werden. Um die Akzeptanz und die Umsetzung in die Praxis sicherzustellen und um auch eine größtmögliche Compliance mit allen im Rettungswesen praktisch tätigen Personen (sowohl hauptamtlich als auch freiwillig) zu erzielen, wird im Rahmen des Projektes besonderer Wert auf die Einbeziehung führender Fachleute und Institutionen in Verbindung mit den unmittelbaren Leistungserbringern, z.B. Sozialversicherungsträger (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ...), Sozialpartner (Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft, Österreichischer Gewerkschaftsbund/HTV, Kammer für Arbeiter und Angestellte), Standesvertretungen (Ärztekammer), etc. gelegt.

6.3 FORDERUNGEN UND ZIELE DES NICHTÄRZTLICHEN PERSONALS IM RETTUNGSDIENST AN DAS NEUE BERUFSBILD ANHAND DER BERUFSFELDSTUDIE

Im Zuge der Erhebung beim nichtärztlichen Sanitätspersonal im Rettungsdienst wurden auch acht Fragen im Hinblick auf eine neue Ausbildung dieses Personals gestellt. Bei der Auswertung der Ergebnisse zu diesen Fragen, die sich mit Aspekten

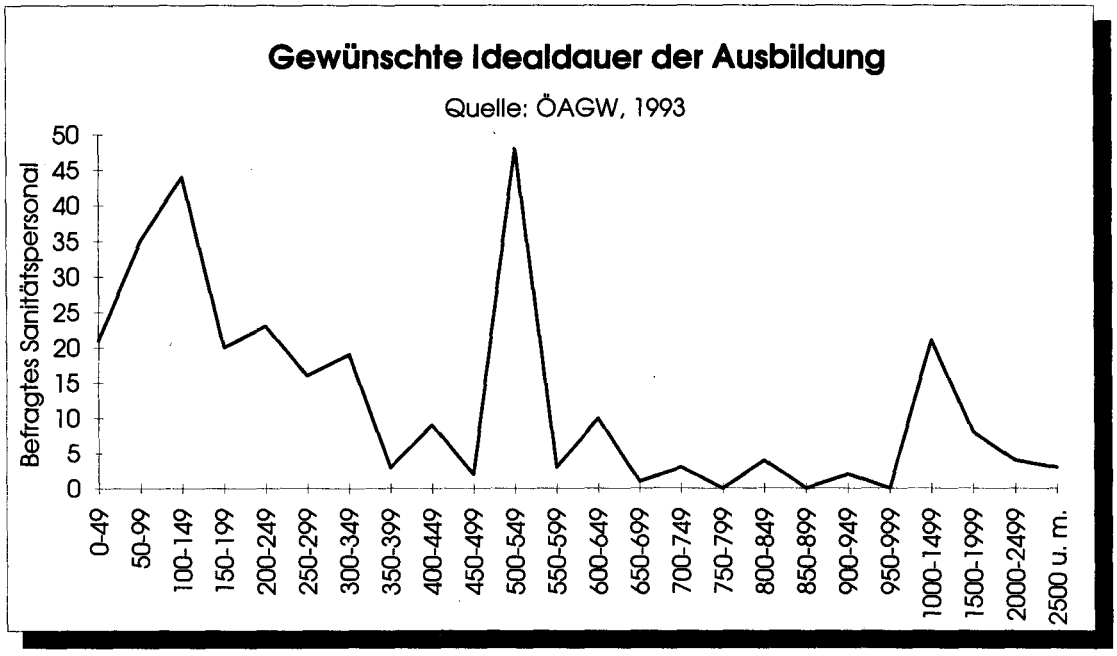
© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

und Wünschen einer reformierten bzw. neu geordneten Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals beschäftigten, konnten folgende Wünsche festgestellt werden:

Zur Frage eines ***Eignungstestes zur Bewerbung im Sanitätsdienst*** sprachen sich 89,27 % der Befragten dafür, 4,52 % dagegen, 6,21 % konnten sich weder dafür noch dagegen entschließen.

Die ***Kriterien, die ein Eignungstest vor allem berücksichtigen sollte***, wurden folgendermaßen angegeben: körperliche Eignung (20,51 %), psychische Eignung (17,66 %), Lernbereitschaft (13,96 %). Soziale Einstellung, Belastbarkeit und Persönlichkeit waren weitere wichtige Nennungen.

Zu ***gewünschten Idealdauer einer neuen Ausbildung*** wurden folgende Angaben gemacht: Das Befragungsklientel gliederte sich bei der Beantwortung dieser Frage in drei Gruppen; die "Minimalisten", die "Realisten" und die "Idealisten. Diese Gruppen entsprechen den Spitzen, die im Diagramm verdeutlicht werden.



Die "Minimalisten" geben als Idealdauer max. 150 Stunden an, die "Realisten" mit 500 bis 549 Stunden und die "Idealisten" mit 1000 bis 1499 Stunden an. Es waren vorwiegend Hauptamtliche, die für eine Erhöhung der Ausbildungsstunden waren und vorwiegend Freiwillige, die sich für eine niedrige Stundenanzahl aussprachen.

Zu ***Vorstellungen über die Verteilung der Praxis- bzw. Theorieanteile:*** Im Mittelwert betrachtet sprechen sich die Befragten für einen Theorieanteil von 45,69 % und einen Praxisanteil von 54,29 % aus.

Wir wollen nun die Ergebnisse der Auswertung zu dieser Frage genauer betrachten. Es sprechen sich 16,99 % für einen Theorieanteil von der Grundausbildung von 30 bis 39 %, 27,30 % für einen Theorieanteil von 40 bis 49 % und 33,71 % für einen Theorieanteil von 50 bis 59 % Erhöhung aus.

Bei der Praxis hingegen sprechen sich 33,89 % der Befragten für einen Praxisanteil an der Grundausbildung von 50 bis 59 %, 28,89 % der Befragten für einen Praxisanteil von 60 bis 69 % und 17,78 % der Befragten für einen Praxisanteil von 70 bis 79 % aus.

Der Signifikanztest nach den Merkmalen "Hauptamtliche" und "Freiwillige" ergab kaum Unterschiede in Antwortverhalten der Befragten. Sowohl Hauptamtliche als auch Freiwillige sind sich einer Meinung darüber, in welchem Ausmaß die Theorie- und Praxisanteile verteilt sein sollen, um eine zukünftige Ausbildung praxisnahe und für den im Sanitätsdienst Beschäftigten adäquat zu gestalten.

Als ***wichtigste Fächer der Grundausbildung*** wurden die Fächer Anatomie (165 Nennungen), Krankenpflege (78 Nennungen), Spezielle Notfallmedizin (67 Nennungen), Krankheitslehre (23 Nennungen) und Kommunikation (12 Nennungen) von insgesamt 15 möglichen Fächern genannt. Hier ließ das nichtärztlichen Sanitätspersonal seine Erfahrungen aus der bisherigen Ausbildung einfließen.

Zu ***Änderungen an der bestehenden Grundausbildung*** konnte sich das Befragungsklientel bei vorgegebenen Antwortparametern "dafür", "dagegen" und "ich weiß nicht" entscheiden. Die Auswertung ergab folgendes: Das Personal ist für einheitliche Lehrinhalte (95,87 %), für einheitliche Aufnahmebedingungen (91,29 %), für eine einheitliche Prüfungsform (92,17 %), für besser qualifizierte Vortragende (88,03 %), für mehr Praxis als bisher (95,18 %), gegen mehr Theorie als bisher (52,67 %), für mehr Stunden als bisher (88,29 %), gegen weniger Stunden als bisher (95,40 %) und für andere Inhalte als bisher (62,28 %) aus. Die Betrachtung des Signifikanztestes nach den Merkmalen "Hauptamtliche" und "Freiwillige" ergibt folgendes: mehr Hauptamtliche sprechen sich für einheitliche Lehrinhalte aus, als angenommen, die Freiwilligen sprechen sich im Gegensatz dazu nicht so stark für einheitliche Lehrinhalte aus, als dies angenommen wurde. Bei den "einheitlichen Aufnahmebedingungen" sind Hauptamtliche und Freiwillige einer Meinung. Bei der "einheitlichen Prüfungsform" gibt es signifikante Unterschiede: es sprechen sich mehr Hauptamtliche dafür und mehr Freiwillige dagegen aus, als dies zu erwarten gewesen wäre. Ebenso verhält es sich bei dem Antwortparameter "besser qualifizierte Vortragende". Beim Antwortparameter "mehr Praxis" gab es keine signifikan-

ten Unterschiede. Beim Antwortparameter "mehr Theorie" zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied: weitaus weniger Freiwillige als erwartet sprechen sich für mehr Theorie aus. Die Hauptamtlichen hingegen sprechen sich hochsignifikant für mehr theoretische Inhalte aus als erwartet. Bei der Nennung "mehr Stunden als bisher" konnte ein leicht signifikanter Unterschied dahingehend festgestellt werden, daß sich mehr Hauptamtliche und weniger Freiwillige als erwartet für mehr Stunden entschieden haben. Bei den Antwortparametern "weniger Stunden als bisher" und "andere Inhalte als bisher" gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den hauptamtlichen und freiwillig Tätigen im Sanitätsdienst.

Weiters wurde das Personal zur einem ***österreichweit einheitlich vorgeschriebenen Fort- und Weiterbildungspaß*** befragt. Diese Frage war deswegen so interessant, da sie für die jeweilige im Sanitätsdienst tätige Gruppe einzeln, also einerseits hinsichtlich der Hauptamtlichen und andererseits hinsichtlich der Freiwilligen, gestellt wurde. Im Gesamtüberblick gesehen sprachen sich bei der Gruppe der Hauptamtlichen 85,96 % für und 3,73 % gegen die Einführung eines solchen Fort- und Weiterbildungspasses aus, 10,32 % hingegen konnten sich weder dafür noch dagegen entscheiden. Bei den Freiwilligen waren 76,36 % dafür und 6,36 % gegen die Einführung eines solchen Passes, 17,27 % konnten sich weder dafür noch dagegen entscheiden. Der Signifikanztest nach den Merkmalen "Hauptamtliche und "Freiwillige" zu dieser Frage zeigte folgendes interessantes Bild: Weitaus mehr Freiwillige als erwartet entschieden sich für den Fort- und Weiterbildungspaß bei den Hauptamtlichen; die Hauptamtlichen selbst entschieden sich jedoch auch in erhöhtem Ausmaß für die Einführung eines solchen Passes als erwartet. Bei der Einführung eines Fort- und Weiterbildungspasses für Freiwillige entschieden sich genau doppelt soviel Freiwillige gegen die Einführung als dies zu erwarten war. Die Hauptamtlichen konnten sich nicht signifikant für oder gegen die Einführung des Passes bei Freiwilligen entscheiden.

Die Frage zu österreichweit ***einheitlichen Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien*** brachte ein eindeutiges Ergebnis: 341 von 358 befragten im nichtärztlichen Sanitätsdienst Tätigen befürworteten einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien für ganz Österreich. Der Signifikanztest zu dieser Frage ergab, daß mehr Hauptamtliche als erwartet sich für eine Vereinheitlichung aussprachen, signifikant weniger Freiwillige dafür.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

6.4 FORDERUNGEN UND ERGEBNISSE DER INTERDISZIPLINÄREN FACHGRUPPENTAGUNG SOWIE DER WORKSHOPS DES ÖGB, FACHGEWERKSCHAFT HANDEL, TRANSPORT, VERKEHR UND SOZIALE BERUFE - HTV, BUNDESFACHGRUPPE FÜR KRANKENTRANSPORT

Bei der 2. Arbeitstagung der Bundesfachgruppe Krankentransporte vom 23. bis 25. Oktober 1992 in Kirchberg in Tirol wurde von den Teilnehmern aus allen Bundesländern in zwei Arbeitsgruppen ihr Tätigkeitsfeld analysiert und entsprechend ihren Erfahrungen neue Aspekte für bzw. Forderungen an ein neues Berufsbild und daraus folgernd an die neue Ausbildung der Sanitätsfachkraft ausgearbeitet.

Die Arbeitsinhalte wurden auf zwei Arbeitsgruppen aufgeteilt. Die erste Arbeitsgruppe arbeitete an den folgenden drei Hauptthemenbereichen: Erweiterte Erste Hilfe, Organisatorische Inhalte der Ausbildung zum Rettungsassistenten und Transport von Patienten - Vitalfunktionen, die zweite Arbeitsgruppe befaßte sich mit einer möglichen Gliederung der Lehrfächer. Die Ergebnisse sind im folgenden übersichtsartig zusammengefaßt:

Wunschkatalog zur erweiterten Ersten Hilfe

- venöser Zugang - Infusion
- Notfallmedizin - Ausweitung
- Intubation/Bülaudrainage
- Defibrillator/EKG
- Reanimation
- Geräte-Bedienung
- Protokollierung
- Todesfeststellung
- Geburtshilfe
- Verbandslehre, Wund- u. Frakturversorgung
- Medikamentenkunde
- Infrastruktur d. Umgebung / Ortskenntnis
- mindestens 150 Ausfahrten und mindestens 4 Wochen Ausfahrt als "Einzuschulender" (= 3. Mann)
- Priorität bei Nachschulung: praktische Tätigkeit im Krankenhaus

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Organisatorische Lehrinhalte - Rettungsassistent

- o Triage - Delegation
- o Einsatzkommando
- o Zusammenarbeit
- o Infrastruktur
- o Gesetze
- o Eigenschutz
- o Hygiene
- o Katastrophe
- o Geräte
- o Pharmakologie
- o Psychologie
- o Sprachschulung
- o Sozialkunde
- o Schulung
- o Fahrzeugkunde
- o Streßbewältigung

Transport von Personen - Vitalfunktionen

- o Einfache medizinische Tätigkeiten
- o Ausbildung Geburtshilfe
- o Lagerung/Pflege des Patienten
- o Sozialkomponente
- o Gesprächsführung
- o Organisatorische Fähigkeiten
- o Erkennen und Setzen von Prioritäten
- o Wagen- und Medizingerätekunde und Wartung

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Unterrichtsfächer für den "Rettungssanitäter"

I. Medizinische Ausbildung

1) Anatomie und Physiologie
2) Erste Hilfe
3) Geburtshilfe
4) Krankheitslehre (Erkennen von Krankheiten, Setzen von Verdachtsdiagnosen)
5) Krankenpflege
6) Hygiene
7) Sozialkunde
8) Psychologie

II. Organisatorische Grundausbildung

9) Geräte- und Instrumentenkunde
10) Katastrophenschutz
11) Berufs- und Rechtspflege/kunde
12) Fahrzeugkunde und Rettungstechnik
13) Technische Kommunikation und Einsatztaktik

III. Praktikum

a) Unfallchirurgie (Schockraum und Erstaufnahme)
b) Grundpflegepraktikum (Interne, Geriatrie, ...)
c) Geburtshilfepraktikum
d) Rettungspraktikum (Mitfahren am NAW)

560 Stunden

bei Hauptamtlichen: mind. 150 Ausfahrten
bei Freiwilligen: mind. 150 Ausfahrten

Anrechnung der Berufsjahre zum "angelernten" Beruf
➨ Berufsanerkennung

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Weiters wurden die komplexen Zusammenhänge und Rechtsgrundlagen, deren Kenntnis für die Entstehung eines Berufsbildes von essentieller Bedeutung ist, diskutiert und mögliche Modelle vorgelegt. Die Beschlüsse und Vorstellungen dieses Fachgremiums werden gemeinsam mit den Erkenntnissen aus dem internationalen Vergleich der Ausbildung im Rettungsdienst sowie der Erhebung des Ist-Zustandes inkl. Befragung in der Neugestaltung der Ausbildung sowie der Entstehung des Berufsbildes Eingang finden, zumal es ein vordringliches Ziel des Projektteams war und ist, die betroffene Personengruppe in den Planungs- und Entstehungsprozeß zu integrieren und die Erwartungen, Forderungen, Wünsche und Vorstellungen der im Rettungsdienst beschäftigten Mitarbeiter an ein neues Ausbildungsmodell im Sinne einer umfassenden und interdisziplinären Zusammenarbeit und Qualitätssicherung als wichtigen Bestandteil in die Projektarbeit mit aufzunehmen,

6.5 VORSTELLUNGEN UND STELLUNGNAHME DER KAMMER FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTE ZUM NEUEN BERUFSBILD DER SANITÄTSFACHKRAFT

Der Kammer für Arbeiter und Angestellte nahm zum neuen Berufsbild der Sanitätsfachkraft und der geplanten Ausbildungsreform wie folgt Stellung:

"Die Arbeiterkammer Wien nimmt zur Berufsbilderstellung für das nichtärztliche Personal im Rettungs- und Krankentransport wie folgt Stellung und hofft mit ihren Ausführungen zur Klärung der Rechtslage beizutragen und Hilfestellung für die Bemühungen der Berufsgruppe um die Schaffung eines eigenes Berufsbildes dienen zu können.

Hinsichtlich des Stundenumfanges im Rahmen einer Ausbildung zur Erlangung eines Berufes sind folgende Voraussetzungen notwendig: die Anerkennung eines Berufes, im Sinne eines Berufsschutzes nach den Bestimmungen des ASVG, ist an das Vorliegen einer bestimmten Ausbildungsdauer gebunden. In der Judikatur zur den einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen wird in etwa eine Gesamtausbildungsdauer (Theorie und Praxis, davon 1/3 bis 2/3 Theorie) von mindestens zwei Jahren verlangt. "Normierte Richtlinien" über die erforderliche Ausbildungsdauer gibt es nicht, das ASVG spricht nur sehr allgemein von "erlernten (angelernten) Berufen".

Hinsichtlich der Verankerung des neuen Berufes in einem eigenen Gesetz wird festgestellt, daß die Schaffung eines eigenen Gesetzes für das nichtärztliche Personal im Rettungs- und Krankentransport denkbar wäre, z.B. wie in der Bundesrepublik Deutschland als eigenes Gesetz für die Ausbildung zum Rettungsassisten-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

ten/Rettungssanitäter oder eine Einbindung in das Krankenpflegegesetz. Als dritte Möglichkeit bietet sich eine ähnliche Regelung, wie sie in der Berufskraftfahrerausbildung gemäß den §§ 21 ff Berufsausbildungsgesetz, BGBl.Nr. 142/1969 i.d.g.F. (Lehrabschlußprüfung) getroffen wurde. Die geplante etwa zweijährige Ausbildungszeit kann nach gesetzlicher Anerkennung grundsätzlich mit einem staatlichen Diplom abschließen.

Die Chancen der neuen Berufsgruppe im ASVG als anerkannter Beruf aufgenommen zu werden, sind aus Sicht der Arbeiterkammer mit der erwähnten umfassenden Ausbildung, der Ausbildungszeit und dem Diplomabschluß wie folgt: Mit einer zweijährigen Ausbildungsdauer kann auf der Basis der bisherigen Judikatur davon ausgegangen werden, daß hiermit Berufsschutz erreicht wäre. Wird eine kürzere Ausbildungsdauer festgelegt, so könnte Berufsschutz wahrscheinlich nur über eine Änderung der einschlägigen Bestimmungen im ASVG erreicht werden.

Betreffend die Zuerkennung des Berufsschutzes im Sinne des § 255 Abs. 1 ASVG hinsichtlich eines angelernten Berufes nach einigen Jahren praktischer Tätigkeit bzw. Gleichstellung nach § 255 Abs. 2 ASVG ist folgendes festzuhalten:

Liegt im Sinne der ASVG-Regelungen ein anerkannter Beruf vor, so besteht an sich auch für Arbeitnehmer, die diesen Beruf nicht oder zum Teil (wie im Falle der Absolvierung lediglich eines Ausbildungsschrittes) erlernt haben, die Möglichkeit, Berufsschutz zu erwerben. Dies liegt dann vor, wenn der Versicherte eine Tätigkeit ausübt, für die es erforderlich ist, durch praktische Arbeit qualifizierte Kenntnisse oder Fähigkeiten zu erwerben, welche jenen in einem erlernten Beruf gleichzuhalten sind (vergleiche hiezu: § 255 Abs. 2 ASVG). Zu beachten ist allerdings, daß die Judikatur zu § 255 Abs. 2 ASVG ziemlich restriktiv ist. Unter dieser Einschränkung ist auch die Möglichkeit der Anerkennung von Beschäftigungszeiten, die vor Inkrafttreten einer gesetzlich normierten Berufsausbildung liegen, zu sehen. Derartige Zeiten werden grundsätzlich dann angerechnet, wenn die Berufsausübung all die Kenntnisse erforderte, die vom neuen Berufsbild umfaßt sind. Die Heranziehung derartiger Beschäftigungszeiten ist folglich an sich möglich, allerdings werden, wie die Spruchpraxis z.B. bei den Berufskraftfahrern zeigt, sehr strenge Kriterien für die Beurteilung angelegt. Dabei muß der angelernte Arbeiter überwiegend in den letzten 15 Jahren (mindestens sieben Jahre und sieben Monate) in diesem Beruf beschäftigt gewesen sein und die gleichen Fähigkeiten wie ein gelernte Kraft aufweisen (KAMMER FÜR ARBEITER UND ANGESTELLTE, 1993)."

6.6 VORSTELLUNGEN UND STELLUNGNAHME DER BUNDESKAMMER DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT (BWK) ZU DEM NEUEN BERUFSBILD DER SANITÄTSFACHKRAFT

Die Bundeswirtschaftskammer (BWK) zeigt in Ihrer Stellungnahme in deutlicher Form die Vorteile eines Berufsbildes für die Sanitätsfachkräfte sowie die volkswirtschaftliche und sozialpolitische Bedeutung der Forschungsergebnisse der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen, insbesondere unter den Aspekten des Gesundheits- und Sozialwesens sowie der Gesundheitsökonomie, auf:

"**Zu Ihrer Analyse der notfallmedizinischen Ausbildung und deren Verbesserung beim nichtärztlichen Sanitätspersonal im Rettungsdienst darf die Bundeswirtschaftskammer mitteilen, daß sie dieses Projekt wegen der augenscheinlichen gesundheitspolitischen Verbesserung auf Grund einer eingehenden Kosten-Nutzen-Analyse befürwortet.** Die wesentliche Verbesserung der Ausbildung führt zwar zu Zusatzkosten und Folgekosten für den Betrieb des Rettungsdienstes, bewirkt aber durch enorme Multiplikatoreffekte im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen beachtliche Einsparungen. Sie ist daher volkswirtschaftlich von großem Nutzen. So kann durch eine verbesserte Ausbildung und fachgerechtere Erste-Hilfe-Maßnahmen allein schon eine Verbesserung der Lebensrettung, eine Verkürzung der Spitalsaufenthalte, insbesondere auf Intensivstationen, und eine Senkung der Invaliditätsrate herbeigeführt werden. Gerade bei schweren Unfällen, aber auch bei allen anderen gravierenden Erkrankungen, ist eine wesentlich verbesserte Hilfeleistung von entscheidender Bedeutung.

Die Bundeskammer unterstützt daher die Bestrebungen der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen zu einer Neuordnung und Neugestaltung des Notfall- und Rettungswesens. Eine zusätzlich angestrebte, verbessere Aufklärung über Unfallverhütung, Hygiene, sozial- und arbeitsmedizinische Schutzmaßnahmen würde außerdem die Mortalitäts- und Krankheitsausfallsraten weiter reduzieren.

Die Bundeswirtschaftskammer hofft daher, daß diese Bemühungen auch in der Gesundheitspolitik der Bundesregierung ihren Niederschlag finden, um sehr bald gesetzliche Grundlagen für die verbesserte Ausbildung des nichtärztlichen Rettungssanitäts-Personals zu schaffen (BUNDESWIRTSCHAFTSKAMMER, 1993)."

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

6.7 SOZIALPOLITISCHE ASPEKTE - DAS BERUFSBILD AUS DER SICHT DES ALLGEMEINEN SOZIALVERSICHERUNGSGESETZES (ASVG). EINE STELLUNGNAHME DES ÖSTERREICHISCHEN GEWERKSCHAFTSBUNDES, FACHGEWERKSCHAFT HANDEL, TRANSPORT, VERKEHR UND SOZIALBERUFE ÖGB/HTV

Der ***ÖGB, Fachgewerkschaft HTV*** (Handel, Transport, Verkehr und Sozialberufe) hat eine Stellungnahme zum geplanten Berufsbild der Sanitätsfachkraft, unter besonderer Berücksichtigung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG, abgegeben (ÖGB, Fachgewerkschaft HTV, 1993):

"Die Überlegungen und Forderungen der Gewerkschaft HTV (Handel, Transport, Verkehr) als Interessensvertretung der im Krankentransport Beschäftigten zum Thema "Ausbildung - Erarbeitung eines Berufsbildes und Schaffung eines Berufes" sind hauptsächlich vom Gedanken der Absicherung in allen sozialen Belangen geprägt.

Derzeit gelten die Dienstnehmer im privaten Rettungs- und Krankentransportdienst als ***Hilfsarbeiter***. Die jetzige Ausbildung, wie sie das Krankenpflegegesetz für die Sanitätshilfsdienste vorschreibt, zählt nicht als Berufsausbildung. Schon die Wortwahl "Sanitätshilfsdienst" bringt zum Ausdruck, daß es sich um Tätigkeiten handelt, die dazu dienen, einer anderen Person bei der Berufsausübung behilflich zu sein; ***Hilfsdienst ist daher mit Hilfstätigkeit/Hilfsarbeitertätigkeit gleichzusetzen***.

Im österreichischen Sozialrecht besteht grundsätzlich die Aufteilung in

- o Arbeitnehmer mit erlernten Berufen,
- o Arbeitnehmer mit angelernten Berufen und
- o ungelernte Arbeitnehmer.

Die Qualifikation, ob es sich um einen erlernten Beruf handelt, ist in den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen zur Berufsausbildung festgelegt, wobei zwar dem Grunde nach unterschieden wird, ob es sich um eine Lehrausbildung (duales Ausbildungsprinzip) oder um eine reine Schulausbildung handelt (z.B. diplomiertes Krankenpflegepersonal), wobei beide Formen rechtlich gleichgestellt sind. Aufbauend auf die Möglichkeit, einen Beruf zu erlernen oder sich für einen Beruf ausbilden zu lassen, kann man auch in einem Beruf angelernt werden. Dies bedeutet, daß sich ein Arbeitnehmer Kenntnisse und Fähigkeiten, die zu einem Beruf gehören und typisch für diesen sind, erwirbt, praktisch ausübt, aber diesen Beruf - rechtlich betrachtet - nicht erlernt hat, da er kein entsprechendes Abschlußzeugnis (Gesellenbrief, Facharbeiterbrief o.ä.) besitzt.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

In jenen Fällen, in denen ein gesetzlich geregelter und anerkannter Beruf vorliegt, gibt es soziale Schutzmechanismen für die in diesem Beruf tätigen Arbeitnehmer. Dies bedeutet zum Beispiel, daß in einer eigenen Liste sämtliche in Österreich anerkannten Berufskrankheiten angeführt sind bzw. jemand, der nicht mehr in der Lage ist, seinen Beruf auszuüben, als berufsunfähig gilt und somit einen Anspruch auf Pensionszahlung besitzt.

Die Bestimmungen des ASVG (51. Novelle) bezüglich Pension beinhalten in den §§ 253, 253a und 253b Grundsätzliches über die Alterspension, die vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit und die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer. § 253d regelt Fälle der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit, § 254 beinhaltet die Invaliditätspension, § 255 definiert den Begriff der Invalidität und die §§ 271 und 273 regeln die Berufsunfähigkeitspension.

Handelt es sich bei der Tätigkeit, die ein Arbeitnehmer ausübt, um eine, die als Beruf gilt, so besteht gemäß § 271 ***Berufsunfähigkeitspension***.

§ 271. "(1) Anspruch auf Berufsunfähigkeitspension hat der (die) Versicherte, wenn die Wartezeit erfüllt ist (§ 236) und er (sie) am Stichtag (§ 223 Abs. 2) noch nicht die Voraussetzungen für eine Alterspension, eine vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer oder eine vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (dauernder Erwerbsunfähigkeit) nach diesem Bundesgesetz oder nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz oder nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz erfüllt hat,

1. bei dauernder Berufsunfähigkeit,
2. bei vorübergehender Berufsunfähigkeit ab der 27. Woche ihres Bestandes; hiebei sind Zeiträume einer auf der gleichen Ursache beruhenden Berufsunfähigkeit zusammenzurechnen, wenn diese Zeiträume nicht mehr als vier Monate auseinander liegen."

Begriff der Berufsunfähigkeit

... die Möglichkeit, eine Berufsunfähigkeitspension in Anspruch zu nehmen, wenn der Betreffende gemäß § 273 berufsunfähig ist. Die ***Berufsunfähigkeit*** wird wie folgt definiert:

§ 273. "(1) Als berufsunfähig gilt der Versicherte, dessen Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. (BGBl.Nr.

13/1962, Art. IV Z. 33) - 1. Jänner 1962; (BGBl.Nr. 704/1976, Art. IV Z. 22) - 1. Jänner 1977.

(2) § 255 Abs. 5 gilt entsprechend (BGBl.Nr. 704/1976, Art. IV Z. 22) - 1. Jänner 1977; (BGBl.Nr. 588/1981, Art. IV Z. 2) - 1. Jänner 1982".

Aufgrund des oben zitierten Gesetzestextes geht eindeutig hervor, daß ein Arbeitnehmer dann, wenn er in seinem erlernten Beruf (oder artverwandten Beruf) aufgrund seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nicht mehr in der Lage ist, mindestens die Hälfte dessen zu verdienen, was ein Gesunder in diesem Beruf verdient, die Möglichkeit besitzt - auch vorübergehend, zeitlich befristet - eine Berufsunfähigkeitspension in Anspruch zu nehmen. Ausschlaggebend und wichtig für diese Regelung der Berufsunfähigkeit ist, daß der Betreffende den erlernten Beruf auch tatsächlich ausgeübt hat. Ist dies nicht der Fall, so muß auf die §§ 254 und 255 zurückgegriffen werden, die die Invaliditätspension und den ***Begriff der Invalidität*** regeln:

Invaliditätspension

§ 254. "(1) Anspruch auf Invaliditätspension hat der (die) Versicherte, wenn die Wartezeit erfüllt ist (§ 236) und er (sie) am Stichtag (§ 223 Abs. 2) noch nicht die Voraussetzung für eine Alterspension, eine vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer oder eine vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (dauernder Erwerbsunfähigkeit) nach diesem Bundesgesetz oder nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz oder nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz erfüllt hat,

1. bei dauernder Invalidität,
2. bei vorübergehender Invalidität ab der 27. Woche ihres Bestandes; hiebei sind Zeiträume einer auf der gleichen Ursache beruhenden Invalidität zusammenzurechnen, wenn diese Zeiträume nicht mehr als vier Monate auseinander liegen."

Begriff der Invalidität

§ 255. "(1) War der Versicherte überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig, gilt er als invalid, wenn seine Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in jedem dieser Berufe herabgesunken ist. (BGBl.Nr. 85/1963, Art. I Z. 12) - 1. Jänner 1962.

(2) Ein angelernter Beruf im Sinne des Abs. 1 liegt vor, wenn der Versicherte eine Tätigkeit ausübt, für die es erforderlich ist, durch praktische Arbeit qualifizierte

Kenntnisse oder Fähigkeiten zu erwerben, welche jenen in einem erlernten Berufe gleichzuhalten sind. Als überwiegend im Sinne des Abs. 1 gelten solche erlernte (angelernte) Berufstätigkeiten, wenn sie in mehr als der Hälfte der Beitragsmonate nach diesem Bundesgesetz während der letzten 15 Jahre vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) ausgeübt wurden. (BGBl.Nr. 385/1970, Art. I Z. 21, Ü. Art. II Abs. 4) - 1. Jänner 1971; (BGBl.Nr. 704/1976, Art. IV Z. 17 lit. a) - 1. Jänner 1979.

(3) War der Versicherte nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen im Sinne der Abs. 1 und 2 tätig, gilt er als invalid, wenn er infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihm unter billiger Berücksichtigung der von ihm ausgeübten Tätigkeit zugemutet werden kann, wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt."

Schon aus der textlichen Gegenüberstellung der §§ 273 und 255 ist der Unterschied deutlich erkennbar. Auf der einen Seite wird von der Berufsunfähigkeitspension gesprochen, was bedeutet, daß im erlernten und ausgeübten Beruf nicht mehr weitergearbeitet werden kann, während in § 255 vom Begriff der Invalidität ausgegangen wird, der viel weitläufiger ist und eine überwiegende Arbeitsunfähigkeit bedeutet, die nicht nur auf den konkreten Beruf, sondern generell auf jedwede Tätigkeit bezogen wird. Wenn ein Arbeitnehmer in mehreren erlernten oder auch angelernten Berufen tätig war bzw. auch zwischenzeitlich andere Tätigkeiten ausgeführt hat, so sind im § 255 (1) bzw. (2) Fälle umschrieben, die - speziell unter den Voraussetzungen des Abs. (2) - mit dem Begriff der Invalidität zu einem gleichgelagerten Ergebnis kommen, wie im Falle der Berufsunfähigkeit.

§ 255 (3) befaßt sich mit jenen Fällen, wo Arbeitnehmer nicht überwiegend (im Sinne des Abs. (2)) in erlernten oder angelernten Berufen tätig waren, sondern Arbeiten verrichtet haben, die im üblichen Sprachgebrauch als Hilfsarbeitertätigkeiten bezeichnet werden und lautet wie folgt:

§ 255. "(3) War der Versicherte nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen im Sinne der Abs. 1 und 2 tätig, gilt er als invalid, wenn er infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihm unter billiger Berücksichtigung der von ihm ausgeübten Tätigkeit zugemutet werden kann, wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt."

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Wie aus dem Gesetzestext zu ersehen ist, wird hier auch auf ***"Tätigkeiten, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet werden ..."*** verwiesen. Dies bedeutet, daß ungelernte Arbeiter, wenn sie die bisher ausgeübte Tätigkeit nicht mehr verrichten können, auf andere Tätigkeiten verwiesen werden können und erst dann als invalid gelten, wenn sie selbst diese neuen Verweisungstätigkeiten nur mehr so eingeschränkt ausführen können, daß sie weniger als die Hälfte im Vergleich zu einem Gesunden, der mit der gleichen Arbeit beschäftigt ist, verdienen. Die Formulierung "..., die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird" bedeutet bisweilen sogar eine theoretische Verweisungsmöglichkeit, da nicht berücksichtigt wird, ob diese Art der Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt überhaupt angeboten wird - die theoretische Möglichkeit alleine genügt.

Der zweite gravierende Unterschied bezieht sich auf das durch die Tätigkeit zu erzielende Entgelt. Während bei der Berufsunfähigkeit bzw. auch bei der Regelung in angelernten Berufen auf Einkommensunterschiede innerhalb dieser Tätigkeiten Bezug genommen wird, bleibt bei Ungelernten die Einkommensdifferenz, die sich zwischen dem Verdienst in der ausgeübten Tätigkeit und jenem in der Verweisungstätigkeit ergibt, außer Betracht. Lediglich dann, wenn der Betroffene auch in der Verweisungstätigkeit weniger als die Hälfte dessen, was ein Gesunder verdient, verdienen würde, kann er eine Invaliditätspension in Anspruch nehmen (Zur Erläuterung ein Beispiel: Ein Arbeitnehmer verdient in einer ungelernten Tätigkeit monatlich öS 25.000,-, kann diese nicht mehr ausüben und wird auf eine Tätigkeit verwiesen, in der das Lohnniveau bei öS 15.000,- für einen vollbeschäftigten Arbeitnehmer liegt. Die Einkommenseinbuße von öS 10.000,- muß er sich gefallen lassen; er gilt erst dann als invalid, wenn er aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes bei der Tätigkeit, auf die er verwiesen wird, weniger als öS 7.500,- im Monat verdient.).

Eine Gleichstellung zwischen Arbeitnehmern in erlernten bzw. angelernten und ungelernten Berufen bzw. Tätigkeiten ist lediglich in den Fällen des § 253 d verwirklicht: ***Vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit***

§ 253 d. "(1) Anspruch auf vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit hat der (die) Versicherte nach Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn er (sie)

1. die Wartezeit erfüllt hat (§ 236),
2. innerhalb der letzten 36 Kalendermonate vor dem Stichtag 24 Beitragsmonate der Pflichtversicherung oder innerhalb der letzten 180 Kalendermonate vor dem Stichtag 36 Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nachweist,
3. in mindestens der Hälfte der Beitragsmonate nach diesem Bundesgesetz während der letzten 15 Jahre vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) eine gleiche oder gleichartige Tätigkeit ausgeübt hat und

4. infolge seines (ihres) körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch diese Tätigkeit (Z 3) wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt."

Hier wird nach Erfüllung der Wartezeit und den vorhandenen Versicherungszeiten aufgrund der Tatsache, daß der betreffende Arbeitnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat, diesem wegen seiner geminderten Arbeitsfähigkeit eine vorzeitige Alterspension gewährt. In Abs. (1) Pkt. 4 wird lediglich auf die Tatsache verwiesen, daß jemand, der aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr in der Lage ist, wenigstens die Hälfte dessen zu verdienen, was ein Gesunder bei der gleichen Tätigkeit erzielt, einen Anspruch auf eine Pensionsleistung hat. Allerdings handelt es sich nicht um eine Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension (diese Frage wird ausgeklammert), sondern um eine Sonderform der Alterspension.

Wie aus der vorangegangenen Gegenüberstellung ersichtlich ist, herrscht eine gravierende ***Sozialdiskrepanz zwischen erlernten, angelernten und ungelernten Berufen***, die durch nichts gerechtfertigt ist. Dies muß aus gewerkschaftlicher Sicht dazu führen, daß die Tätigkeit des Rettungssanitäters, die tatsächlich ja mehr als eine reine Hilfstätigkeit ist, so aufgewertet wird, daß daraus ein Beruf entsteht. Dies geht aber nur durch eine bessere und längere und zum Teil auch schulische Ausbildung des Sanitätspersonals, und zwar in ähnlicher Weise, wie sie für das diplomierte Krankenpflegepersonal seit Jahrzehnten gehandhabt wird. ***Dies garantiert nicht nur den Betroffenen eine berufsbezogene soziale Absicherung, sondern auch den Patienten die qualitativ höchstmögliche Versorgung*** (ÖGB, FACHGEWERKSCHAFT HTV, 1993).

6.8 GESUNDHEITSPOLITISCHE VORAUSSETZUNGEN UND GESELLSCHAFTSPOLITISCHE EINFLUSSFAKTOREN

Als Präsident und Wissenschaftlicher Leiter der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen (Ö.A.G.W.) erlaube ich mir in diesem Kapitel auf die gesundheitspolitischen Voraussetzungen und gesellschaftspolitischen Einflußfaktoren näher einzugehen und möchte dies mit einem Zitat eines großen Lehrmeisters und Wissenschaftlers des Österreichischen Gesundheitswesens einleiten:

Dr. Robert KOTZAUREK, Stellvertretender Geschäftsführer des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen - ÖBIG, Fachbereichsleiter Medizin i.R., sowie Sekretär der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophen-

medizin i.R., definierte bereits 1983 anläßlich des Kongresses für ärztliche Fortbildung der medizinischen Gesellschaft für Oberösterreich in seinem Referat "Institutionelle Zusammenarbeit im Rahmen der Organisation der ambulanten Notfallversorgung" die erforderlichen Grundlagen für ein optimales Notfall- und Rettungswesen in unserem Gesundheitssystem: "***Eine gut funktionierende ambulante Notfallversorgung ist ein wesentliches Merkmal eines qualitativ hochstehenden Gesundheitssicherungssystems***. Von ihrer Effizienz, insbesondere vom klaglosen und raschen Zusammenspiel der beteiligten Institutionen, hängt es vor allem ab, ob die großen Möglichkeiten der Notfall- und Intensivmedizin voll zum Wohle des Notfallpatienten ausgeschöpft werden können." ... "***Sicherlich liegt die Lösung dieses gesundheitspolitisch eminent wichtigen Teilgebietes in einer gleichmäßig über das Bundesgebiet verteilten Notfallversorgung der Bevölkerung und in dem adäquaten Ausbildungsstand der in ihr tätig werdenden Ärzte und Helfer.*** Daß die technischen Voraussetzungen dem letzten Stand entsprechen sollten, wird als selbstverständlich vorausgesetzt."

Die anhand vieler Beispiele belegte Wirksamkeit vom Hilfsmaßnahmen zur Rettung Verunglückter und plötzlich Erkrankter hat in den letzten zehn bis zwanzig Jahren zur Bildung eines organisierten Rettungsdienstes geführt. Bereits zur Beginn dieser Entwicklung wurden die Möglichkeiten hoch eingeschätzt: ***Für 10 % bis 20 % der verstorbenen Unfallopfer würde mit schneller und qualifizierter Hilfe die Erhaltung des Lebens möglich sein*** (vergleiche HERZOG, CONTZEN, GÖGLER und AHNEFELD).

Vieles weist darauf hin, daß die oben angegebenen Schätzungen durchaus realistisch, möglicherweise sogar zu niedrig angesetzt sind (RIEDIGER, 1983).

Eine im Jahr 1977 durchgeführte Erhebung ergab, daß bei 13,2 % aller Notfalleinsätze bei Straßenverkehrsunfällen eine unmittelbare Lebensbedrohung abgewendet werden konnte (BONN). SEFRIN stellte im Jahre 1975 fest, daß 30 % der am Unfallort verstorbenen Unfallopfer keinerlei Hilfe erhalten hatten (SEFRIN, EILMES, 1975).

ALBERT fand über eine eingehende Analyse von Obduktionsbefunden und Unfallumständen bei 106 verstorbenen Notfallpatienten, daß sieben davon bei optimaler Hilfeleistung (Todesursache Schock und Aspiration) eine unbedingte Überlebenschance, zwei weitere bei frühzeitiger Behandlung eine reelle Überlebenschance gehabt hätten (insgesamt 9,4 %) (ALBERT, 1979). CONTZEN sieht hier sogar eine etwa 20%-Chance nach den bei Obduktion festgestellten Sachverhalten (CONTZEN, 1973).

Der qualifizierte und schnelle Rettungseinsatz trifft damit auf eine große Anzahl von Unfallopfern, denen das Überleben gesichert werden könnte und mit zunehmendem

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Ausbau des Rettungsdienstes auch in steigendem Maße gesichert wird (RIEDIGER, 1983).

Der Vergleich zweier Patientengruppen einer Kölner Klinik mit etwa vergleichbaren Schweregraden, mit unterschiedlichem Behandlungsbeginn aber gleicher Weiterbehandlung ergab folgenden ausgeprägten Effekt: Mittelschwer verletzte Patienten, die am Notfallort vom Notarzt versorgt wurden, starben zu 5 % trotz Weiterbehandlung in der Klinik, jedoch zu 13 %, wenn die Erstbehandlung erst in der gleichen Klinik erfolgte. Von den am Notfallort erstversorgten Schwerverletzten starben 44 %, jedoch 83 % bei der Erstversorgung in der Klinik (ENGELHARDT und LENT, 1975). ***Dies bedeutet, daß die vom Notarzt am Notfallort versorgten Patienten nach dieser Vergleichsstudie eine annähernd doppelt so hohe Überlebenschance erhalten, als jene Patienten, denen ihre Erstbehandlung erst im gleichen Krankenhaus zuteil wird, deren weitere Behandlung aber identisch ist.***

Aus den von RIEDIGER aufgezeigten Wirkungen des Rettungsdienstes wird deutlich, daß die ***Schnelligkeit der qualifizierten Hilfe für Leben und Gesundheit des Patienten in erheblichen Maße für seine Überlebenschancen und seine Gesundung von Bedeutung sind. Voraussetzung ist dazu, daß je nach Schadensschwere auch die entsprechend optimale Qualität der Hilfe geboten wird. Schnelligkeit kann die Qualifikation nur in sehr begrenztem Maße ersetzen*** (RIEDIGER, 1983).

In Verbindung von qualifizierter Hilfe durch optimal ausgebildetes Personal im Rettungswesen, bestmöglicher infrastruktureller Ausstattung und Organisation und einer drastischen Senkung der Eintreffzeiten lassen sich die Überlebenschanchen der Notfallpatienten drastisch steigern:

BROWN berechnet in einer amerikanischen Studie, daß sich die Überlebenschancen mit der Verkürzung der mittleren Eintreffzeit in einer Region folgendermaßen erhöhen: Bei einer Verkürzung der Eintreffzeit auf 30 - 120 Minuten erhöht sich die Überlebenschance um 39 %, bei einer Verkürzung der Eintreffzeit auf 10 - 30 min. erhöht sich die Überlebenschance um 69 % und ***bei einer Verkürzung der Eintreffzeit auf unter 10 Minuten erhöht sich die Überlebenschance um 118 %*** (BROWN, 1979).

Die bis 1979 vorliegenden Erkenntnisse zur Abhängigkeit der Überlebenschancen von der Rettungszeit wurden von KLEIN zusammengestellt. Demnach leben 5 Minuten nach Notfalleintritt noch ca. 85 % der später Verstorbenen, nach 15 Minuten noch ca. 72 % und nach 25 Minuten nur noch 60 %. *Entsprechend steigen naturgemäß die Möglichkeiten des Notarztes und des Rettungsdienstes bei schnellerem Eintreffen, den jeweils noch Lebenden das Leben zu erhalten*. Nach KLEIN würden demnach ***bei einer Verkürzung der mittleren Rettungszeit von 25 Minuten auf***

unter 10 Minuten etwa 20 % der getöteten Straßenverkehrsunfallopfer überleben können. Er geht davon aus, daß eine Reduktion der Rettungszeit von 25 Minuten auf 20 Minuten einen ungefähr gleich großen Effekt wie eine Verkürzung von 15 Minuten auf 10 Minuten hat. Eine relative Progression der Chance nimmt er erst bei unter 5 Minuten. an (KLEIN, 1979).

Anhand des Letalitätsverlaufes bei unterschiedlichen lebensbedrohlichen Notfallursachen hat CARA zum Ausdruck gebracht, ***daß nicht nur eine untere Zeitgrenze von 3 Minuten wesentlich ist, sondern daß je nach Kausalität des Notfalls zu jedem Zeitpunkt ein frühes Eintreffen einer qualifizierten Hilfe entscheidend ist***. So ist eine Letalitätsrate von 50 % der Notfallpatienten bei Herzstillstand nach etwa 3 Minuten, bei Atemstillstand nach etwa 10 Minuten, bei Verblutung nach etwa 30 Minuten und bei Vergiftung nach etwa 5 Stunden erreicht (CARA, 1981).

AHNEFELD vertritt anläßlich des Kongresses für ärztliche Fortbildung der Medizinischen Gesellschaft für Oberösterreich seine Feststellungen mit aller Deutlichkeit: *"Derjenige, der heute noch an der Effizienz des reorganisierten Rettungsdienstes zweifelt, ignoriert nicht Hoffnung oder Erwartungen, sondern Fakten. Derjenige, der die außerklinischen Voraussetzungen der Erstversorgung mit medizinhistorischen Maßstäben mißt und bewertet, kann den Sinn und Zweck der Rettungskette nicht verstanden haben. Derjenige, der bereit ist oder sein muß, die unabweisbaren Kosten für die klinische Behandlung bereitzustellen, aber im präklinischen Bereich glaubt, die dort vorhandenen Aufgaben und damit Kosten in unverhältnismäßiger Relation senken oder niedrig halten zu müssen, sieht nicht,* ***daß es sich um ein und denselben Patienten handelt, der der qualifizierten außerklinischen Behandlung mit gleicher, häufig höherer Dringlichkeit bedarf. Der Rettungsdienst ist der verlängerte Arm der Klinik. Erfolg oder Mißerfolg der präklinischen Therapie ent- oder belasten die Klinik, sie entscheiden insbesondere über das Schicksal des Notfallpatienten.*** Die aus historischen Gründen durch Gesetze untermauerte ***Trennung in klinischen und außerklinischen Bereich*** behält für den Normalfall Gültigkeit; diese Grenze kann und ***darf es unter den Gesichtspunkten der Notfallmedizin jedoch nicht geben.***" (AHNEFELD, 1984).

Zu den Wirkungen des Rettungsdienstes zählen neben medizinischen, gesundheitsökonomischen und organisatorischen Aspekten noch einige andere Gesichtspunkte gesellschaftspolitischer Art.

Der ***Rettungsdienst gehört***, wie die medizinischen Auswirkungen zeigen, mit ***zum System der gesellschaftlichen Gesundheitsvor- und -fürsorge. Er deckt damit ein gesellschaftliches Bedürfnis der Absicherung gegen existentiell bedrohende unvorhersehbare Umstände mit höchster sozialpolitischer Priorität ab,*** soweit es Leben und Gesundheit betrifft. Dieses Bedürfnis mag beim Einzelnen nicht so zu Tage treten, da er aufgrund der Zufälligkeit und Seltenheit solcher Er-

eignisse sich kaum damit persönlich auseinandersetzen muß und unangenehme Erwartungen in diese Richtung gerne verdrängt werden. ***Bei persönlicher Betroffenheit kann jedoch das Vertrauen in den Schutz der Gemeinschaft schwer erschüttert werden*** (RIEDIGER, 1983).

Eine von EMSER durchgeführte Befragung hinsichtlich des Zeitverhältnisses bei Rettungsabläufen ergab, daß die Befragten ein sehr gutes Gefühl für die Zeitverhältnisse haben. Sie kommen mit ihren Schätzungen den tatsächlichen Abläufen sehr nahe, aber auch 34 % (Anm.: der Befragten) ist die Rettung in Städten, 71 % auf Landstraßen und 66 % auf Autobahnen nicht schnell genug. Jeder fünfte Befragte gibt an, daß er praktisch noch nie darüber nachgedacht habe, bei einem schweren Unfall einmal selbst Hilfe anfordern oder Hilfe herbeiholen lassen zu müssen, 30 % rechnen eigentlich ständig damit (EMSER et al, 1981).

Die oben beschriebene Umfrage ist ***Ausdruck der Ambivalenz der gesellschaftlichen Einstellung*** gegenüber dem Rettungswesen als solches. Einerseits wurde und wird sein zügiger Aufbau forciert, andererseits wird dem aber auch Desinteresse entgegengesetzt. ***Ein optimal funktionierendes Rettungswesen ist*** bei einer plötzlichen Konfrontation des Einzelnen mit der Hilflosigkeit, vergleichbar auch anderen Systemen zum Schutz und zur Aufrechterhaltung der inneren Sicherheit, so z.B. Feuerwehr, Polizei, Katastrophenschutz, ein starkes ***Maß für das Gefühl des Schutzes des Einzelnen durch die Gesellschaft***. Das Rettungswesen gewinnt dadurch über die Rettungsfunktion hinaus noch eine ***bedeutsame gesellschaftspolitische Dimension*** (vgl. RIEDIGER, 1983).

Ein weiterer gesellschaftspolitischer Aspekt sollte ebenfalls nicht außer Acht gelassen werden. Es gibt Bürger, die in ihrer Freizeit im Rettungsdienst und Krankentransport bei den unterschiedlichsten Hilfsorganisationen oder aber auch in der freiwilligen Feuerwehr als freiwillige Mitarbeiter aktiv sind. Sie sind Ausdruck der Motivation einer Bevölkerungsgruppe zur Beteiligung an einer sinnvollen sozialpolitischen Aufgabe. Das Hauptproblem stellt sich dabei jedoch darin, daß diese Personengruppe ihre *nebenberufliche Tätigkeit im Rettungsdienst nur gelegentlich erbringen kann* und dadurch die für die hochqualifizierte notfallmedizinische Tätigkeit unbedingt erforderliche Praxis und Routine in den meisten Fällen nicht besitzt. Darüber hinaus ist die *derzeitige Ausbildung sowohl im Bereich der hauptamtlichen als auch der freiwilligen Mitarbeiter im Rettungsdienst im Vergleich zu den gestellten Anforderungen und zu leistenden Tätigkeiten unzureichend und erfüllt nicht die internationalen Standards in der präklinischen Notfallmedizin.* **Es ist dadurch mit höchster gesundheitspolitischer Priorität rasches Handeln und eine den internationalen Standards entsprechende Ausbildung für alle im Bereich der präklinischen Notfallmedizin tätigen Personengruppen zu fordern.** Dabei sollte dieses neue Ausbildungsmodell grundsätzlich *Hauptamtlichen als auch Freiwilligen offenstehen,* sofern jeder Einzelne die entsprechenden Anforderungen erfüllt und die

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Qualifikationsnachweise erbringen kann. Personen, die aufgrund ihrer Motivation im Rettungsdienst tätig sein wollen, sich jedoch aus welchen Gründen auch immer (z.B. berufliche oder private) außerstande sehen, die neue Ausbildung zu absolvieren, sollte jedenfalls die Möglichkeit gegeben werden, weiterhin auf sozialer Ebene oder auch im Katastrophen- und Zivilschutz aktiv zu sein.

Die notwendige **Reform des Rettungswesens beinhaltet primär die Forderung nach der bestmöglichen Versorgung des Patientenklientels durch optimal geschulte und für jede "Notfall"situation ausgebildete Fachkräfte**. Die derzeitige Ausbildung stellt ein unzureichendes Instrumentarium im Bereich des Rettungswesens dar, zumal die *Ausbildung im Vergleich zu anderen europäischen Staaten eher dürftig* erscheint und nicht dem neuesten Stand entspricht. Ein weiteres Manko stellen die ***uneinheitlichen Ausbildungsrichtlinien*** bzw. Curricula dar; sie sind trägerspezifisch unterschiedlich und bieten daher keinen Ansatz zu einer bundeseinheitlichen Ausbildung. Ebenso sind die ***Dauer und Inhalte der Ausbildung unterschiedlich.***

Da im österreichischen Rettungswesen hauptberufliche und auch freiwillig Tätige aktiv im Rettungsdienst tätig sind, stellen sich folgendes Probleme:

1) Für die hauptberuflich Tätigen ist die Rechtslage derzeit so, daß es das Berufsbild der "Sanitätsfachkraft" nicht gibt, d.h. daß das Personal im Rettungsdienst keiner Berufsgruppe angehört, sondern unverständlicherweise dem "Hilfsarbeiterstatus" zuzuordnen ist.

2) Für die freiwillig Tätigen ist eine kontinuierliche Mitarbeit im aktiven Rettungsdienst eine zusätzliche Leistung zu ihrem Beruf und kann somit nicht voll ausgefüllt werden. Dies spiegelt sich auch in der unzureichenden Ausbildung (Erste-Hilfe-Kurs, und ca. 60 Stunden theoretische Ausbildung) wider. Es ist aber zu bemerken, daß es sehr engagierte Freiwillige gibt, die ihrerseits eine bessere und qualifizierte Ausbildung anstreben und dies im Besuch von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, so z. B. zum Einsatz beim Rettungshubschrauber, kundtun.

3) Die Freiwilligen stellen ein quantitativ gesehen großes Potential dar, jedoch ist zu bemerken, daß davon ein nur geringer Teil permanent ***als aktive Freiwillige*** mit mindestens zwei Diensten pro Monat (gem. § 7 Abs. 2.2.: ... *"Jedes ausübende Mitglied mit Ausnahme der gewählten Funktionäre hat pro Monat zwei Dienstleistungen nach Maßgabe der vereinbarten Dienstverwendung zu erbringen."* ... (SATZUNGEN und GESCHÄFTSORDNUNG DES ÖRK, 1990)) hat, im Rettungsdienst tätig sind.

4) Die Hauptleistung wird insbesondere in Ballungszentren (z.B. Wien) von den hauptberuflich Tätigen ausgeführt, die jedoch im Vergleich zu anderen europäi-

schen Ländern weder über ein eigenes Berufsbild noch über eine ausreichend qualifizierte Ausbildung verfügen.

Der Beitritt zum EWR und die politische Diskussion um einen EU-Anschluß und dessen Wahrscheinlichkeit sowie die ausdrückliche Forderung nach einer qualifizierten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Ausbildung verlangen also dringendst nach der Etablierung eines eigenen Berufsbildes und einer adäquaten Ausbildung für die "Sanitätsfachkraft".

6.9 DAS NICHTÄRZTLICHE SANITÄTSPERSONAL IM ÖSTERREICHISCHEN RETTUNGSDIENST - IST-ZUSTAND UND ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN AUS NOTÄRZTLICHER SICHT

Seine langjährige Erfahrung als Notarzt und Unfallchirurg veranlaßte ***Dr. Wolfgang SCHADEN***, Facharzt für Unfallchirurgie am Unfallkrankenhaus Meidling der AUVA und Notarzt am Rettungshubschrauber Christophorus 3 in Wiener Neustadt, zum Ausbildungsstand des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst und dem Ausbildungskonzept zur Sanitätsfachkraft Stellung zu nehmen:

"Der Großteil des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst rekrutiert sich derzeit aus freiwilligen Mitarbeitern. Diese Tatsache ist historisch begründet und leitet sich aus den Gegebenheiten in und nach dem 2. Weltkrieg ab. Nun hat sich seit dieser Zeit die ***klinische Versorgung*** von plötzlich erkrankten oder verunfallten Personen enorm weiterentwickelt und flächendeckend in Österreich eine Standard erreicht, der den internationalen Ansprüchen gerecht wird. Obwohl bekannt war, daß die Zeit zwischen Eintritt des schädigenden Ereignisses und der ***ersten qualifizierten Hilfe*** für das Überleben und die Prognose eines plötzlich Erkrankten oder Verunfallten von entscheidender Bedeutung ist, wurde die präklinische Patientenversorgung lange Zeit vernachlässigt.

Früher war man bemüht, den Notfallpatienten ***möglichst rasch*** ins nächste Krankenhaus in "Sicherheit" zur Versorgung zu bringen. Diese Taktik erwies sich für viele Patienten als unzureichend, denn sie verstarben bereits auf dem unversorgten Transport oder hatten beim Eintreffen im Krankenhaus schon irreversible Schäden erlitten.

Nicht zuletzt aufgrund der technischen Entwicklung, die die apparative (transportable, netzunabhängige Absaugepumpen, EKG-Apparate, Beatmungsmaschinen, Pulsoxymeter, etc.) Versorgung von Patienten am Notfallort möglich machte, änderte sich auch das einsatztaktische Vorgehen. Es erweist sich als sinnvoller, den "Schockraum" (Notarztwagen, Notarzthubschrauber, etc.) samt Notfallmannschaft

zum Patienten zu bringen, als den umgekehrten Weg zu gehen. Diese Entwicklung wurde für das ärztliche Personal berücksichtigt und die Ausbildung zum Notarzt einschließlich einer Prüfung gesetzlich verankert.

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, daß vor allem in ländlichen Gebieten, die "flächendeckend" von Notärzten betreut werden, die durchschnittliche Eintreffzeiten über 10 und 15 Minuten liegen. Außerdem werden in Abhängigkeit von geographischen Gegebenheiten 50 bis 70 Prozent der Notfallpatienten von nichtärztlichem Sanitätspersonal versorgt.

Die Ausbildung und die Befugnisse der Rettungssanitäter haben aber mit dieser Entwicklung nicht Schritt gehalten, sodaß hier eine gefährliche Versorgungslücke entstand. In meiner über achtjährigen Erfahrung als Notarzt konnte ich eine erstaunliche Entwicklung verfolgen. Ein kleiner Anteil des Sanitätspersonals hat vorwiegend durch private Initiative seinen Ausbildungsstand erhöht und wird als Assistenz für den Notarzt bereits gestellt. Die große Zahl derer aber, die in Eigenverantwortung zu einem Notfall gerufen werden, stehen dem Patienten unverändert hilflos gegenüber.

Es ist erstaunlich, daß gerade für die entscheidende präklinische Versorgung von Notfallpatienten entweder angelernte Laien oder hauptamtliches Hilfspersonals ohne entsprechende Berufsausbildung herangezogen wird. Da auch bei voll ausgebautem Notarztsystem Eintreffzeiten von 3 bis 6 Minuten bei vitalgefährdeten Patienten nur in einem kleinen Prozentsatz der Fälle erreicht werden können, scheint es sinnvoll, qualifiziertes Sanitätspersonal strategisch so zu verteilen, daß die Versorgungslücke geschlossen werden kann.

Die Fachkräfte benötigen eine Ausbildung, die es ihnen ermöglicht, die Vitalfunktionen des Patienten wiederherzustellen oder zu sichern, und so die Transportfähigkeit zu gewährleisten, bis der Patient entweder einem Krankenhaus oder einem Notarzt übergeben werden kann.

Entsprechend diesen Voraussetzungen wurde das Ausbildungskonzept für die Sanitätsfachkräfte von der Ö.A.G.W. in Zusammenarbeit mit führenden Experten für Notfall- und Katastrophenmedizin erarbeitet.

Neben den theoretischen Grundlagen der Notfallmedizin muß verstärkt auf die praxisnahe Ausbildung des Sanitätspersonals Wert gelegt werden.

Bei entsprechender Ausbildung und laufender Qualitätssicherung sollten diesem Personal auch die rechtlichen Befugnisse und Kompetenzen übertragen werden, um die Durchführung der "Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen (ALS)"

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

durch entsprechend qualifiziertes Personal in Abwesenheit des Notarztes sicherstellen zu können.

Das therapiefreie Intervall bei der (Erst-)Versorgung des Notfallpatienten kann weiters durch die leider nicht sehr verbreitete Laienhilfe verkürzt werden. Mit einer konsequenten Ausbildung in den einfachen Erste-Hilfe-Maßnahmen (Seitenlagerung, Beatmung, Herzdruckmassage), deren Schulung freilich schon in der Pflichtschule beginnen müßte, können enorme Verbesserungen in der Prognose von Notfallpatienten erzielt werden, wie dies am Beispiel der Laienhilfe in Seattle, WA, USA, deutlich gezeigt wird.

Als Nebeneffekt einer Optimierung der präklinischen Patientenversorgung sei hier noch schlußendlich auf die Kosteneinsparung hingewiesen, die durch kürzere Intensivabteilungs- und Spitalsaufenthalte sowie durch kürzere Krankenstandszeiten und geringere Berentungszahlungen bedingt sind."

6.10 ERWARTUNGEN, FORDERUNGEN UND WÜNSCHE AUS DER SICHT DES HAUPTBERUFLICHEN PERSONALS AN DAS BERUFSBILD DER SANITÄTSFACHKRAFT

Der ***Vertreter der betroffenen Berufsgruppe***, ***Betriebsratsobmann Jakob GRUMBACH***, hauptamtlicher Sanitäter, Betriebsratsobmann beim Wiener Roten Kreuz und Vorsitzender der Bundesfachgruppe für Krankentransport bei der Fachgewerkschaft Handel, Transport, Verkehr und Sozialberufe des ÖGB, faßt als unmittelbar Betroffener und Standesvertreter die Erwartungen, Forderungen und Wünsche des hauptamtlichen Personals folgendermaßen kurz und prägnant zusammen:

"Die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen hat sich mit dem Projekt ***"Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst"*** gemeinsam mit der ÖGB-Fachgewerkschaft HTV das Ziel gesetzt, ein Berufsbildmodell, welches modern und gleichzeitig praxisorientiert ist, zu entwickeln.

Mit dem nunmehr vorliegenden Modell soll dem Gesetzgeber die legistische Möglichkeit eröffnet werden, für den wichtigen Teil - ***Primärversorgung*** - des österreichischen Gesundheitssystems ein modernes Berufsgesetz zu schaffen, welches internationalen Medizinstandards entspricht und gleichzeitig kommende europäische Normen mitberücksichtigt.

Nachdem unser nationales Gesundheitswesen immer mehr an seine ***Finanzierungsgrenzen*** stößt, gewinnt die Frage nach ***Schwerpunktsetzung*** zunehmend an Aktualität.

Teilbereiche, wie verbesserte Primärversorgung oder extramurale Pflege, müssen immer mehr forciert werden, um ein im Grunde ***gut funktionierendes Gesundheitssystem*** mittel- bis langfristig ***absichern*** zu können.

Das neue Ausbildungsmodell garantiert - ***im Zusammenspiel von hochwertiger Ausbildung und klar definiertem Tätigkeitsspektrum*** - eine Primärversorgung, welche für das Gesundheitswesen einen Kostendämpfungsfaktor größerer Dimension abgeben würde.

Im Hinblick auf die zu erwartenden Veränderungen im Zusammenhang mit dem Beitritt Österreichs zum/zur EWR/EU kann dieses moderne Berufsbild auch den derzeit arrivierten Institutionen im Rettungs- und Krankentransport eine ***Hilfestellung bei der Bewältigung der neuen Herausforderung*** sein.

Was erwarten sich die Durchführenden (Beschäftigten) von diesem Berufsbildmodell?

- Ein eigenständiges Gesetz (Sanitätsfachkräftegesetz), welches auf die speziellen Anforderungen dieser Berufsgruppe voll Rücksicht nimmt und, im Gegensatz zu heute, vom Bund vollzogen wird.

- Die genaue gesetzliche Regelung eines Tätigkeitsspektrums, welche internationalen Medizinstandards entspricht.

- Die Anhebung der Basisausbildung auf den im Modell vorgeschlagenen Mindestlevel für alle, die in Zukunft am Rettungs- und Krankentransportdienst teilnehmen wollen und dürfen.

- Die Schaffung und Überwachung einer bundesweit einheitlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnung.

- Einheitliche, gesetzliche Regelung der Fort- und Weiterbildung, bei hauptberuflich Beschäftigten während der Arbeitszeit.

- Auslese und Zugangsbeschränkung zum neuen Beruf.

- Begleitende Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung nach internationalem Vorbild.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- Eigene, moderne Berufsbezeichnung (Dipl. Rettungsassistent bzw. geprüfter Rettungssanitäter).

- Die Schaffung eines gesetzlichen Berufsbildes für das hauptamtliche Personal mit den notwendigen Anpassungen im ASVG.

- Für die derzeitig in der Praxis stehenden Mitarbeiter zufriedenstellende, praktikable Übergangsregelungen.

- Keine Ausbildungs- bzw. Schulkosten für die Absolventen bei Umschulung oder Neuausbildung.

Betrachtet man den ***gegenwärtigen Status***, so kann man die Fixierung der derzeit hauptberuflich Beschäftigten auf bundesgesetzliche Regelung, Normierung und Erweiterung des derzeitigen Tätigkeitsspektrums gut verstehen.

Bei dem seit mehr als drei Jahrzehnten in Inhalt und Umfang ziemlich gleichgebliebenen Ausbildungsstand von ca. 130 Stunden ist das ***Tätigkeitsspektrum*** der Ausübenden sehr ***eingeengt***. Diese schmale Ausbildungsbasis führt gleichzeitig dazu, daß die Beschäftigten ***keine Gleichwertigkeit mit anderen Berufen*** erreichen und somit ***von den Schutzmaßnahmen im Rahmen des ASVG ausgeschlossen*** sind.

Besonders tragisch kommt diese ***Schutzlosigkeit*** durch das ASVG dann zur Geltung, wenn eine ***Berufsunfähigkeit*** durch Unfall, Abnützungserscheinungen durch langjährige Tätigkeit, akute Infektionskrankheiten, aber auch einfach höheres Lebensalter, eintritt.

Den hauptberuflich Beschäftigten im Rettungs- und Krankentransportdienst ist ***unverständlich***, daß jedermann akzeptiert, daß ein Bäcker 3 Jahre lernen muß, um seinen Beruf eigenverantwortlich ausüben zu dürfen, ihnen selbst jedoch nur 130 Ausbildungsstunden zum "***Lebensretter mit Hilfsarbeiterstatus***" zugestanden wird.

Ein weiterer kritischer ***Problemfall*** ist die derzeitige "Berufs-" bzw. "Tätigkeitsbezeichnung". Nach Absolvierung der 130-Stunden-Ausbildung erhält der Ausgebildete den "***Berufs***"-***Titel*** - Sanitätsgehilfe.

Diese ***Bezeichnung*** ist für eine, auch bei einem derzeitig eingeschränkten Tätigkeitsspektrum, hohe eigenverantwortliche Tätigkeit ***keine imagefördernde Maßnahme***, zumal niemand sagen kann, wer denn eigentlich der Sanitäter ist.

Die ***berechtigten Forderungen*** der hauptberuflich Beschäftigten an ein ***modernes Berufsbild*** sind jedoch nicht ausschließlich auf die gesetzliche Ebene beschränkt.

Ein ***Beruf*** besteht ja nicht nur aus der gesetzlichen Verordnung, sondern erhält seinen ***praktischen Wert erst in der täglichen Ausführung***.

Daraus leiten sich für die handelnden Personen ***Erwartungen und Wünsche*** ab, welche abgesehen von den gesetzlichen Normen und Rahmenbedingungen, nur durch die jeweiligen Arbeitgeber erfüllt werden können.

Dinge, wie eine 40-Stunden-Woche, bessere Bezahlung, die Einführung einer Fünf-Tage-Woche, von Aufstiegsmöglichkeiten, besserer Öffentlichkeitsarbeit der Institutionen, bessere Ausbildner, mehr Mitbestimmung bei der Besetzung von Einsatzmittel und Fahrzeugwahl, oder die Forderung nach ständiger Schulung zur Wissenserhaltung und -erweiterung, Imagebildung und Ähnlichem sind Erwartungen und Wünsche, welche aus der Sicht der Betroffenen legitim und ***für einen modernen Beruf unbedingt notwendig*** sind.

Das ***Endergebnis aller Bemühungen*** auf dem Weg zu einem neuen, modernen Berufsbild, einerseits auf legistischer, andererseits auf praktischer Ebene, muß zusammengefaßt folgendes Resultat ergeben:

Ein ***Patient***, welcher in einem ***lebensbedrohenden Zustand*** auf Hilfe angewiesen ist, ***kann sich erwarten***, daß ihm ***bestmöglichste Hilfe*** garantiert ist. Es wird ihm, auch wenn - *zeitlich begrenzt* - kein Arzt verfügbar ist, die Chance eingeräumt, daß sein ***Leben erhalten*** und/oder nicht mehr rückgängig zu machende ***Folgeschäden vermieden*** werden.

Diese Maßnahmen werden von entsprechend ***qualifizierten Professionisten*** erbracht, welche sich ihres ***Wissens und Könnens bewußt*** sind und ***keine Probleme*** mit einem schlechten ***Berufsimage*** haben."

6.11 ERWARTUNGEN, FORDERUNGEN UND WÜNSCHE AUS DER SICHT DES FREIWILLIGEN NICHTÄRZTLICHEN PERSONALS IM RETTUNGSDIENST AN DAS BERUFSBILD DER SANITÄTSFACHKRAFT

Matthias SCHABL, langjähriger freiwilliger RTW-Sanitäter und Abteilungskommandant des ÖRK, Verantwortlicher für Dienstbetrieb und Schulung der Bezirksstelle Korneuburg, Landesverband Niederösterreich, vom Hauptberuf Wirtschaftsin-

formatiker, vertritt die Wünsche des freiwilligen, nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungs- und Krankentransportdienst und nimmt wie folgt Stellung zum Ausbildungskonzept zur Sanitätsfachkraft der Ö.A.G.W.:

"Derzeit gibt es bei den Rettungsorganisationen mit Ausnahme der Wiener Rettung und den kleinen Privatorganisationen ca. 25.000 freiwillige Mitarbeiter, wovon ca. 12.000 als aktive Freiwillige ihren Dienst versehen. ***Das Aufgabengebiet der Freiwilligen gleicht dem der hauptamtlich Beschäftigten***: Sanitäter von Krankentransportwagen, Rettungstransportwagen, Notarztwagen und Notarzthubschraubern; Fahrer von KTWs, RTWs und NAWs, Journaldienste, Schnelleinsatzgruppe SEG mit Pager-Bereitschaft und die Führung der Dienststelle. Somit

- lenken Freiwillige Einsatzfahrzeuge mit Blaulicht und Folgetonhorn durch die Straßen;
- bergen polytraumatisierte Unfallopfer und transportieren sie ins Spital;
- holen Herzinfarkt-Patienten aus den Wohnungen ab;
- unterstützen Notärzte bei notfallmedizinischen Maßnahmen, das durchaus dem Tätigkeitsbereich eines OP-Gehilfen entsprechen würde;
- disponieren Einsätze und entscheiden aufgrund von Notfallmeldungen über die Art des Einsatzmittels;
- übernehmen bei Großschadensereignissen Koordinationsfunktionen und
- entscheiden, welches Personal auf welchem Einsatzmittel mit welchem Material eingesetzt wird.

Andererseits ist die Leistung der freiwilligen Helfer aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht zuletzt wegen fehlender Statistiken schwer zu quantifizieren. Mit großen regionalen Unterschieden (wie z.B. in Wien) kann jedoch gesagt werden, daß derzeit ein geregelter Nacht- und Wochenenddienst ohne freiwillige Unterstützung in einigen Regionen nicht möglich wäre.

Die Finanzierung des Rettungs- und Krankentransportdienstes ist derzeit keinesfalls gewährleistet. Es besteht der massive Wunsch nach kostendeckenden Tarifen im Rettungs- und Krankentransportdienst nach ausländischen Vorbildern. Daher kann die ***erste und wichtigste Forderung*** der Freiwilligen an das Berufsbild der Sanitätsfachkraft nur die Sicherstellung der Finanzierung sein. Das beste Ausbildungssystem muß zum Scheitern verurteilt sein, wenn das für ein flächendeckendes System notwendige Personal nicht bezahlt werden kann. Das kann im Bereich der Notfallversorgung den Umstieg von teueren zentralen und bei weiterem nicht flächendeckenden Notarztsystem auf ein flexibles und dezentrales, sich auf im Notfall hochkompetente Sanitätsfachkräfte stützendes System bedeuten (wie etwa bei den Paramedics in den USA oder einigen anderen europäischen Ländern), die im Notfall alle erforderlichen notfallmedizinischen Maßnahmen zur Lebensrettung und der Sicherung der Vitalfunktionen setzen und aufgrund ihrer Qualifikation auch setzen dürfen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Freiwillige wollen nicht Lückenbüßer oder nützliche Idioten sein, sondern ihre Arbeit der Bevölkerung zur Verfügung stellen, wobei sie zugunsten der Dienststelle auf ihre Bezahlung verzichten.

Womit die ***zweite Forderung*** gestellt wäre: ***die Qualität der Ausbildung der Freiwilligen muß auf gleich hohem Niveau wie die der Hauptamtlichen stehen***. Das bedeutet, daß die Ausbildungsinhalte, der Ausbildungsumfang, die Ausbildungsrichtlinien, etc. in gleicher Weise für die Hauptamtlichen und die Freiwilligen gelten. Der Versorgungsgrad darf nicht von der Tageszeit, vom Wochentag oder dem Notfallort abhängig sein. Daher dürfen weder unterschiedliche Ausbildungsziele noch Besetzungskriterien oder Einsatztaktiken zwischen hauptamtlich und freiwillig besetzter Dienstzeit existieren.

Wohl aber muß die Ausbildung zum Rettungssanitäter auf Kursteilnehmer abgestimmt sein, die einem anderen Beruf nachgehen oder eine andere Berufsausbildung absolvieren. In erster Linie sind dabei flexible Ausbildungszeiten zu erwähnen, da es für Freiwillige schwieriger ist, die für die Ausbildung notwendige Zeit in ihrem Kalender neben einem Fulltime-Job oder anderer Berufsausbildung zu reservieren. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter sollte nicht nur vorwiegend abends und am Wochenende angeboten werden, sondern auch die einzelnen Blöcke wiederholbar zu mehreren Terminen (Modulsystem), damit versäumte Teile nicht zu Wissenslücken oder negativem Prüfungserfolg führen. Eine begleitende Wissensüberprüfung je Ausbildungsblock ist obligat.

Angesichts der derzeitigen Notwendigkeit freiwilliger Arbeit im Krankentransportdienst ist die Erwartung durchaus gerechtfertigt, daß das Berufsbild auch auf Bedürfnisse Freiwilliger Rücksicht nimmt. Mögliche Vorteile Freiwilliger, wie die besondere Motivation oder geringe Tendenz zum Burn-out-Syndrom, können genutzt, auf spezifische Probleme, wie z.B. niedrigere Anwendungshäufigkeit mancher Notfallmaßnahmen, wegen der geringeren Anzahl von Diensten pro Monat muß explizit Rücksicht genommen werden, und zwar v.a. in der Definition einer umfassenden, aber mit hoher Akzeptanz besetzten verpflichtenden Weiterbildung, aber auch in der teilweise schmerzlichen Forderung nach einer verpflichtenden, Mindestanzahl von vier Diensten pro Monat für den Erhalt und die Verlängerung der Einsatzberechtigung für ein bestimmtes Einsatzmittel.

Die permanenten ***Anforderungen***, die die Freiwilligen erfüllen müssen, ***um die Einsatzberechtigung aufrecht zu erhalten***, sind:

- mindestens vier Dienste pro Monat,
- mindestens 100 Ausfahrten pro Jahr,
- durchschnittlich eine Reanimation pro Monat.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Wenn diese Mindesterfordernisse nicht oder nur teilweise erfüllt werden, ist zusätzlich zur regulären, verpflichtenden Fort- und Weiterbildung ***eine entsprechende Nachschulung*** bis zu 40 Stunden vorzuschreiben, wobei insbesondere eine Auffrischung des theoretischen und praktischen Wissens in Form von CPR, Praxistraining, etc. erfolgen soll und muß.

Die Aussage, daß lange Ausbildungszeiten Freiwillige abschrecken, ist nur auf den ersten Blick richtig. Es ist vielmehr so, daß jede willkürlich zusammengestellte und ungerechtfertigt auf die notwendigen Stunden aufgeblasene Ausbildung ganz selbstverständlich die Motivation in den Keller sinken und die Extrapolation der Basisausbildungszeit "... auf noch 100 Stunden ..." zum Horrorszenario werden läßt. Alleine die Einstellung, die Ausbildung nach Stunden und nicht nach Inhalten zu definieren, birgt diese Gefahr in sich. Aktuelle Beispiele zeigen, daß Freiwillige sehr wohl auch derzeit bereit sind, in Summe fast 400 Stunden (exakt 376 Stunden) Ausbildung über einen Zeitraum von durchschnittlich drei bis fünf Jahren zu absolvieren und dabei noch die notwendige Erfahrung in regelmäßigen Diensten zu sammeln, um schließlich als Sanitäter eingesetzt zu werden. Der entscheidende Erfolgsfaktor ist dabei, daß der Auszubildende ***jederzeit ein eindeutig definiertes Ziel vor Augen*** hat, nämlich die nächste Stufe in der Ausbildungsleiter und daß alle Ausbildungsaktivitäten klar erkennbar auf die Erlangung der nächsten Stufe ausgerichtet sind. Derzeit macht sich postwendend nach der Erlangung der höchsten erreichbaren Stufe (beim ÖRK derzeit Notfallsanitäter) eine gewisse Orientierungslosigkeit breit, die schließlich in der Suche nach neuen Aufgaben mündet. Die Ausbildung muß also so gestaltet werden, daß die notwendigen Inhalte in entsprechender Form vermittelt werden können, die für die Tätigkeit notwendig sind. ***Und zwar in einem Ausmaß, das prinzipiell von Freiwilligen zu bewältigen ist, wie dies durch die erste Ausbildungsstufe in der Ausbildung zur Sanitätsfachkraft, dem Rettungssanitäter, nach dem Ausbildungsmodell der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen gewährleistet ist.***

Praktisch bedeutet das:

- eine in Summe nicht wesentlich höhere Stundenzahl der ersten Ausbildungsstufe (= Rettungssanitäter), als dies jetzt schon von Freiwilligen durch Aus- und Weiterbildung erbracht wird (ca. 500 Stunden), und eine entsprechende Anzahl von Ausfahrten;
- möglichst rasch am Einsatzmittel als dritte Sanitätsfachkraft mitfahren zu können, um die Motivation für die "Lehrsaalausbildung" zu bekommen und um praktische Erfahrungen zu sammeln;
- möglichst dezentrale Ausbildung zum Rettungssanitäter gemäß dem Stufenmodell der Ausbildung zur Sanitätsfachkraft mit hervorragenden, entsprechend ausgebildeten Vortragenden, dem Lehrrettungspersonal;
- möglichst viel Bezug zur Praxis: die Theorie sollte zum Verständnis der Zusammenhänge dienen, dafür sollten alle Tätigkeiten und Maßnahmen mehrmals

praktisch geübt und in realitätsnahen Situationen im Zusammenhang einzustudieren (Planspiele, Übungen mit Verletztendarstellern, Entwicklung von Szenarien, etc.) nach internationalen Vorbildern einstudiert werden;
- praktische Ausbildung auch auf anderen Dienststellen und bei anderen Institutionen.

Nach Finanzierung, Qualität und Berücksichtigung freiwilliger Anforderungen an die organisatorische Gestaltung der Ausbildung, bleibt der Wunsch, daß es auch in Zukunft, wenn die Probleme Geld-, Personal- und Ausbildungsmangel gelöst sind, für jedermann möglich sein soll, eine so befriedigende und sinnvolle "Freizeitbeschäftigung" und Raum für soziales Engagement im Rahmen der Rettungsdienst finden zu können, vorausgesetzt, es besteht die Motivation helfen zu wollen und die Bereitschaft, die dafür notwendigen Voraussetzungen zu erbringen."

6.12 ERWARTUNGEN, FORDERUNGEN UND WÜNSCHE AUS DER SICHT DES PATIENTEN AN DIE SANITÄTSFACHKRAFT

In diesem Kapitel wird die leider sonst vielfach vernachlässigte Seite des Betroffenen, des Patienten, und seine Erwartungen, Forderungen und Wünsche an das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst und dessen Ausbildung sowie an das Rettungswesen als solches von der Patientenrechtsexpertin und akademisch geprüften Krankenhausmanagerin ***Silvia HUBER*** näher beleuchtet:

Derzeit hat das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst nach dem ASVG den Status eines Hilfsarbeiters und stellt somit keine eigene Berufsgruppe dar. Wie wenig aber das Sanitätspersonal mit der Funktion eines Hilfsarbeiters zu tun hat und welchen Anforderungen es in seiner Tätigkeit mit den Patienten wirklich ausgesetzt ist, sei hier kurz dargestellt.

Stellen wir uns zu allererst die Frage, in welchen Situationen der Patient bzw. Verunfallte mit Angehörigen des nichtärztlichen Sanitätspersonals in Kontakt kommt. Dies sind vor allem Kranken- und Rettungstransporte mit den Einsatzfahrzeugen und eventuell mit dem Rettungshubschrauber und der Flugambulanz. In jeder dieser Situationen benötigt der Patient die ***volle Aufmerksamkeit und Betreuung durch die Fachkraft***. Dies bedeutet, daß dieses Personal ***sowohl in medizinischen als auch psychologischen Belangen dem Patienten hilfreich zur Seite stehen*** und dessen ***Bedürfnisse erkennen*** soll. Diese Anforderung setzt eine umfassende Ausbildung voraus, die auf alle Arten von Situationen, in die das Sanitätspersonal in Ausübung seines Berufes kommen kann, abgestimmt sein muß.

Einen wichtigen Parameter stellt auch die ***Wahl des geeigneten Rettungsmittels*** dar. Im Zweifelsfall sollte der Patient erwarten können, daß aus Gründen der Vorsicht stets das höherwertige Rettungsmittel gewählt wird (RIEDIGER, 1983).

Vorrangiger Parameter für Verunfallte und Patienten ist der ***Zeitfaktor***, also jene Zeit, die die Sanitätsfachkraft benötigt, mit dem Rettungsmittel am Unfall- bzw. Notfallort beim Patienten einzutreffen und mit den lebensrettenden Sofortmaßnahmen zu beginnen. In Anlehnung an das Krankenanstaltengesetz, welches in § 8 Abs. 1 besagt, daß ärztliche Hilfe in einer Krankenanstalt sofort erreichbar sein muß, kann in Analogie dazu von Seiten des Patientenklientels gefordert werden, ein den Umständen und regionalen Gegebenheiten entsprechendes Rettungswesen sicherzustellen.

Je nach Patiententyp (selbständig gehend, bettlägerig, ansprechbar, nicht ansprechbar, bewußtlos, im Schockzustand, etc.) hat dieses Personal zu agieren und umsichtig, aber dem Zustand des Patienten entsprechend rasch, den Transport zum Einsatzmittel und ins Krankenhaus durchzuführen. Patient und Verunfallter erwarten Hilfe in Notsituationen, ein ***rasches Eintreffen am Unfallort, eine adäquate medizinische Versorgung und psychologische Betreuung gegebenenfalls bis zum Eintreffen des Arztes und die Herstellung der Transportfähigkeit***. Das Rettungsdienstpersonal muß fachgerecht die Sicherung der Unfallstelle vornehmen können und weitreichende Kenntnisse der richtigen Bergung und Lagerung aufweisen, um dem Patienten keine unnötigen Schmerzen zu bereiten und um Folgeschäden zu vermeiden. Weiters muß er dafür Sorge tragen, den Patienten schnellstmöglich und sicher einer medizinischen Betreuung im Zielkrankenhaus, das die entsprechenden medizinischen Ressourcen aufweist, zuzuführen.

Viele Bürger unseres Landes sehen das "Retten" aber auch in einer sehr eindeutigen Form: Sie erwarten, daß das Sanitätspersonal ***in jeder Situation, d.h. auch wenn kein Notarzt anwesend ist***, die ***richtige Entscheidung*** zu fällen weiß, und das heißt nichts anderes, als die Krankheit bzw. Symptome zu erkennen und die entsprechenden Maßnahmen zu setzen, Hilfe durch den Notarzt anfordern, bis hin zu jenen lebenserhaltenden Tätigkeiten, die eigentlich einem Arzt vorbehalten sind, wie z.B. der Defibrillation. Es muß also auch (Vermutungs-)Diagnosen stellen können. Man übersieht hier aufgrund des Bedarfes an medizinischer Versorgung und in Ermangelung eines Notarztes die Grenzen der eigentlichen Aufgaben des Sanitätspersonals und erwartet von ihm schlicht und einfach ***Hilfe zur Erhaltung des Lebens***, auch wenn dies bislang aufgrund der doch nicht sehr umfangreichen Ausbildung - im Vergleich zu anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen - sehr oft eine Gradwanderung zwischen legalem und illegalem Handeln verlangt, ungeachtet der ethisch-moralischen Verantwortung, die sowohl das Sanitätspersonal als auch der Patient und insbesondere die verantwortlichen Gesundheitspolitiker füreinander tragen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Sehr wohl kann ***Laienhilfe*** den Zeitraum bis zum Eintreffen des Rettungspersonals überbrücken helfen, wie z.B. durch Sicherung der Unfallstelle, richtige Lagerung, das Fortbringen aus Gefahrenstellen, etc., jedoch ist diese Hilfe zumeist auf diese Tätigkeiten beschränkt. Im Optimalfall können Passanten durch Mund-zu-Mund-Beatmung und das Freihalten der Atemwege die Arbeit für die Sanitätsfachkraft erleichtern, jedoch haben Untersuchungen (WEISSBRODT, 1981; JUNGCHEN, 1978, METREVELI, 1979) gezeigt, daß sich aufgrund mangelnder Kenntnisse dieser Aufgabe kaum jemand gewachsen fühlt. Nur jeder 6. ausgebildete Laienhelfer fühlt sich in der Lage, alleine und auf sich gestellt sachgerechte Hilfe zu leisten. ***Es ist somit eine Versorgung durch rettungsdienstliches Personal und/oder den Notarzt die einzig mögliche adäquate Hilfe***.

Der "moderne Patient" fragt heute viel kritischer nach Qualität und Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung und dabei insbesondere nach der ärztlichen und pflegerischen Versorgung, als dies in der Vergangenheit der Fall gewesen ist (HUBER, 1992). Die sich aufbauende kritische Distanz zwischen dem Bürger als "potentiellen Patienten" und der medizinischen Wissenschaft wird immer unverkennbarer. Daraus resultiert der Wunsch des "Individuums Mensch" an das "System Gesundheitswesen" nach mehr Sicherheit und Transparenz sowie damit verbunden nach Qualitätssicherung und mehr Kontrolle in der Gesundheitsversorgung im Konnex mit einer legistischen und gesellschaftlichen Verankerung eines eigenen Berufsgesetzes für das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst.

Der Patient erwartet von der Sanitätsfachkraft, daß sie ***fähig ist, Krankheitsbilder zu erkennen***, um die entsprechenden Maßnahmen vorzunehmen. Dies bedeutet u.a. sogar die Anforderung, Vermutungsdiagnosen zu stellen, was selbst ein Arzt ohne entsprechende apparative Ausstattung nur sehr schwer durchführen kann. Betrachtet man die derzeitige Struktur des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst, so ist deutlich zu erkennen, daß konkrete Maßnahmen und Schritte unternommen werden müssen, um dem Personal die Möglichkeit zu einer umfassenden und adäquaten Ausbildung zu geben, die es befähigt, den tatsächlichen Tätigkeitsbereich voll abzudecken.

Das Personal rekrutiert sich derzeit zum einen aus dem Potential der hauptamtlich Tätigen und zum anderen aus der Gruppe der Freiwilligen. Wirft man einen Blick auf die derzeitige ***Ausbildungsdauer*** dieser beiden Gruppen, so bemerkt man, daß sie ***aufgrund des geforderten Tätigkeitsbereiches höchst unzureichend*** ist, und das ***sowohl bei den Hauptamtlichen als auch den Freiwilligen***. Es gilt daher eine neue Personalstruktur zu schaffen, die die Wünsche der Patienten, der Hauptamtlichen, der Freiwilligen und der Ärzte vereint: den Wunsch nach einer optimalen Versorgung, den Wunsch nach einem eigenen Berufsbild und sozialer Absicherung im ASVG und den Wunsch nach sozialem Engagement durch den Bereich der Freiwilligen, deren Rolle durch eine Neustrukturierung keineswegs unter-

graben oder geschwächt werden soll und wird. Dies bedeutet, daß dem nichtärztlichen Sanitätspersonal ***generell eine bessere und adäquate Ausbildung*** zukommen und es die Möglichkeit haben soll, diese Tätigkeit als anerkannten Beruf auf EU-Basis auszuüben. Daraus resultiert die Anhebung der Ausbildungszeit für jeden qualifizierten Tätigen im Sanitätsdienst und die Schaffung eines eigenen Berufsbildes: die Sanitätsfachkraft, zum einen der Rettungssanitäter (RS) und zum anderen der Diplomierte Rettungsassistent (DRA). Die Forderungen von Patientenseite her und die Wünsche des nichtärztlichen Sanitätspersonals selbst verlangen diese Neustrukturierung und Anpassung an bereits vorhandene, EU-konforme Ausbildungsmodelle, ungeachtet der sozial- und gesellschaftspolitischen Forderungen im Falle eines Beitritts Österreichs zum EWR bzw. der EU.

Um den medizinischen Anforderungen gerecht werden zu können, muß also eine entsprechende medizinische Ausbildung sichergestellt werden, nicht zuletzt auch, um im Gesundheitswesen den Platz einnehmen zu können, der der Sanitätsfachkraft zugedacht ist. So muß von Patientenseite her als Qualitätssicherungsmaßnahme im Rettungsdienst gefordert werden, daß die medizinische Ausbildung des Diplomierten Rettungsassistenten (DRA) so gestaltet sein muß, daß er fähig ist, Krankheitsbilder zu erkennen, Vermutungsdiagnosen zu stellen, in Krisensituationen ärztlichen Beistand anzufordern und die nötigen medizinischen Maßnahmen zu tätigen. Dies ***muß allerdings auch zulassen, daß der Diplomierte Rettungsassistent (DRA)*** in Ausübung seines Berufes befähigt sein muß, ***in Ausnahmesituationen Tätigkeiten zur Erhaltung des menschlichen Lebens*** durchzuführen, denn: "Jeder Patient, insbesondere der Notfallpatient, hat einen Anspruch auf die bestmögliche präklinische Versorgung." (HEIMER, 1990).

Dem Bedürfnis des Patienten nach Hilfe steht sehr oft die soziale Komponente der Berufswahl gegenüber: Ein Gros des Sanitätspersonals wählte diesen Job unter anderem einfach aus dem Grund heraus, helfen zu wollen; zuerst vielleicht als Freiwilliger, dann doch aus steigendem Interesse und innerer Motivation heraus hauptberuflich. Die steigenden Anforderungen in der hauptberuflichen Ausübung durch mehr Dienste und folglich durch ein viel größeres Patientenpotential bedeuten aber auch, daß das Sanitätspersonal über ***psychische Stabilität*** verfügen muß. Wie schwer muß es für einen jungen Familienvater sein, wenn er in Ausübung seiner Tätigkeit z.B. bei einem Verkehrsunfall ein schwer verletzten Kind zu versorgen hat und hofft, es rechtzeitig gemeinsam mit dem Notarzt in das Krankenhaus transportieren zu können wissentlich der Tatsache, daß dies auch vielleicht seinen eigenen kleinen Kindern passieren könnte. Die komplette Verarbeitung solcher enormen ***Stressfaktoren***, die im äußersten Fall mehrere Monate in Anspruch nehmen kann, bedeutet, daß das Personal sehr viel innere Kraft, Ruhe und Ausgeglichenheit benötigt, um in solchen Situationen die Nerven zu bewahren und dem Patienten bestmöglich zu helfen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Man darf weiters nicht vergessen, daß sich in Krisensituationen das Verhalten Helfender automatisch auf die Betroffenen niederschlägt. Agiert die Sanitätsfachkraft in Ausübung ihres Berufes selbstsicher und ruhig, wirkt sich dies positiv auf die psychische Situation des Patienten aus und die Sanitätsfachkraft kann ihren Aufgaben in entsprechender Form nachkommen.

Im Krankentransport ist das Sanitätspersonal auch oft mit bettlägerigen, behinderten und alten Patienten konfrontiert. Es muß nicht ausdrücklich betont werden, daß gerade diese Personengruppen einer besonderen Betreuung bedürfen und große physische und psychische Anforderungen an das Sanitätspersonal gestellt werden. Ein zukünftiges Ausbildungsmodell sollte somit auch die psychologische Wissensvermittlung über die ***Bedürfnisse behinderter und alter Menschen*** beinhalten, um einen patientenorientierten Transport sicherzustellen.

In diesem Zusammenhang muß auch auf die ***rechtlichen Kenntnisse*** näher eingegangen werden. Die Beförderung von Patienten bzw. Verunfallten bedeutet nicht nur den Transport ins Krankenhaus und die sachrichtige Übergabe des Patienten im Krankenhaus oder den Transport zu anderen Behandlungseinrichtungen, sondern auch den Transport nach Hause. Das Sanitätspersonal hat also auch darauf zu achten, daß der Patient in häusliche Pflege rücktransferiert wird und ihn somit, wenn notwendig, an eine betreuende Ansprechperson übergibt. Dies bedeutet, daß er Kenntnisse über rechtliche Bestimmungen haben muß, denn z.B. darf eine pflegebedürftige und auf die Hilfe Dritter angewiesene Person nur dann aus der Pflege einer Krankenanstalt entlassen werden, wenn häusliche Pflege sichergestellt und die Versorgung des Patienten gewährleistet wird. Ist dies nicht der Fall, muß der Patient unverzüglich wieder in die Krankenanstalt rücktransferiert und wieder stationär aufgenommen werden, bis die Voraussetzungen für eine Entlassung aus der Krankenanstalt erfüllt sind.

Die Bedeutung der Sanitätsfachkraft ist, obwohl nur kurz umrissen, somit vielfältig: sie hat medizinische, pflegerische, soziale, ärztliche, psychologische, organisatorische, rettungstechnische, einsatztaktische und auch lehrende Aufgaben. Sie stellt eigentlich ein ***Konglomerat mehrerer Berufe*** dar und ist jene Ansprechperson für Kranke und Verletzte, Verunfallte und Angehörige, die zumeist als erste am Ort des Geschehens ist.

Derzeit wird in unserem Land ein "Patientenrechts-Kodex" erarbeitet. Er stellt eine Sammlung aller für Patienten relevanter Gesetzesabschnitte dar, ist jedoch im eigentlichen Sinn kein regulatives Gesetz. Behandelt werden in diesem "Patientenrechts-Kodex" alle Gesetze, die in irgendeiner Art und Weise den Patientenbereich tangieren, sei dies das Krankenanstaltengesetz (KAG), das Krankenpflegegesetz oder andere gesetzliche Bestimmungen und Verordnungen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Es ist für uns Patienten sehr bedauerlich, daß unsere verantwortlichen Gesundheitspolitiker nicht den Schritt zu einem Patienten(rechts)gesetz gewagt haben, ***das die Rechte und Pflichten des Patienten in Einklang mit der Gesetzgebung des Gesundheitswesens klar beschreibt***, wie dies im Koalitionsübereinkommen vereinbart war, und nicht nur zusammenfassende und deskriptive Wirkung hat. Dies umso mehr, als es für alle im Gesundheitswesen Tätigen eigene Rechtsvorschriften, Berufsgesetze, wie z.B. das Ärztegesetz, das Hebammengesetz, etc. gibt, die genauestens ausgearbeitet wurden. Das, was man landläufig unter "Patientenrechten" versteht, existiert ja schon in der jetzigen Gesetzgebung, jedoch - und das ist der eigentliche Kritikpunkt - sehr gut in den einschlägigen Gesetzen versteckt. Welcher Patient ist schon bewandert in dieser Vielfalt an Gesetzen? Welcher Patient weiß, welche Leistungen er in welchem Umfang in welcher Situation von wem erwarten und fordern darf? Man kann sich an Patientenanwälte bzw. Ombudsmänner wenden, wenn man das Gefühl hat, nicht zu seinem Recht gekommen oder unzureichend behandelt worden zu sein, aber mehr kann der normale Bürger nicht tun.

Seit Jahren gibt es in anderen Ländern patientenrechtsrelevante gesetzliche Bestimmungen, wie z.B. die "Charta der Krankenhauspatienten", "The Patients Bill on Rights" der AHA (American Hospital Association) oder den Gesetzesentwurf der Niederlande "Über den medizinischen Behandlungsvertrag (Patientenrechtsgesetz)" sowie "(Draft) Finnish Bill on the rights of patients (1989)", die richtungsweisend für die Patientenrechtsentwicklung und -diskussion im europäischen Sprachraum waren. Summa summarum wird aber generell von "stationären" Patienten gesprochen, also Patienten im Krankenhaus. Der Bereich des Rettungs- und Krankentransportdienstes wird jedoch weitestgehendst außer acht gelassen. Nur die EU hat in ihrer Entschließung zu einer Europäischen Charta für die Rechte des Kranken (1984) indirekt Bezug auf das Rettungswesen genommen:

"... 3. unterstreicht, daß eine solche Charta die folgenden Rechte berücksichtigen sollte:
a) das Recht auf die ***zur Verfügung stehende Behandlung und Betreuung, die auf das Wesen der Krankheit zugeschnitten sind***,
b) das Recht auf ***rechtzeitige Behandlung***,
c) das Recht auf ***eine ausreichende soziale Sicherung***, die es gestattet, das unter Buchstabe a) genannte Recht wahrzunehmen, ...
e) das Recht auf ***Aufnahme in ein Krankenhaus*** innerhalb eines vertretbaren Umkreises, ..."

Das unter den Punkten a), b), c) und e) Angeführte kann man mit etwas Phantasie auch auf den Bereich des Rettungs- und Krankentransportdienst umlegen:
a) Behandlung und Betreuung im Notfall bzw. akuten Krankheitsfall durch den Notarzt und/oder die Sanitätsfachkraft,

b) rechtzeitiges Eintreffen am Unfallort (Optimierung der Eintreffzeiten),
c) ausreichende soziale Sicherung des Rettungs- und Krankentransportdienstes durch Sicherung sämtlicher benötigter (finanzieller, personeller, struktureller und infrastruktureller) Ressourcen, und
e) Aufnahme in ein Krankenhaus, das den Bedürfnissen des Verletzten bzw. akut Erkrankten gerecht wird, damit eine optimale medizinische Versorgung gewährleistet werden kann.

Von Patientenseite her sind daher primär sechs Grundforderungen an das nichtärztliche Sanitätspersonal, die Sanitätsfachkraft, zu stellen:

1) die ***Absolvierung einer umfassenden Ausbildung***, die auf alle Aufgaben der Sanitätsfachkraft, sei dies der Rettungssanitäter oder der Diplomierte Rettungsassistent, abzielt und ihn somit ***zu einem unverzichtbaren Helfer und Partner des Arztes im Team zur Versorgung des Patienten*** macht,
2) die ***richtige Wahl des Transportmittels***,
3) rasches Eintreffen am Unfallort, also ein ***umfassendes Einsatzmanagement***,
4) ***adäquate medizinische Versorgung*** durch die Sanitätsfachkraft und gegebenenfalls Zuhilfeholen eines Notarztes (dies bedeutet das richtige Einschätzen der Situation des Patienten und der eigenen Fähigkeiten!),
5) adäquate ***psychologische Betreuung*** der Patienten sowie der Bezugsperson und
6) den zügigen und ***patientenorientierten Transport*** ins Zielkrankenhaus.

Wird danach getrachtet, diese Forderungen stets zu erfüllen, so kann eine qualitativ gute Versorgung des Patientengutes und somit die ***Wahrung der Rechte des Patienten***, und das sind wir alle, gewährleistet werden. Die Schaffung eines eigenen Berufsbildes für das nichtärztliche Personal stellt einen entscheidenden aktiven Schritt zur Verwirklichung dieser Ziele dar und wird sich bei legistischer Verankerung und Umsetzung in einem adäquaten Zeitraum sicher zum Wohl der Patienten entwickeln.

6.13 SOZIALMEDIZINISCHE ASPEKTE UND ANFORDERUNGEN AN DAS NEUE BERUFSBILD DER SANITÄTSFACHKRAFT

Die Anforderungen an das neue Berufsbild und die Ausbildung der Sanitätsfachkraft wurden von Dr. ***Anita RIEDER*** vom ***Institut für Sozialmedizin der Universität Wien*** folgendermaßen dargestellt:

"Sozialmedizin beschäftigt sich mit den Beziehungen zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Gesundheit beziehungsweise Krankheit und untersucht Lebensstil-Faktoren in bezug auf seelische und körperliche Gesundheit.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die Sozialmedizin beschäftigt sich außerdem mit der Reaktion der Gesellschaft auf das Phänomen Gesundheit bzw. Krankheit und versucht, Planungsaufgaben für alle Bereiche des Gesundheitswesens zu erfüllen.

Es handelt sich um ein integratives Fach, das Erkenntnisse der medizinischen und nichtmedizinischen Forschung zusammenführt und im Sinne der Gesundheitserhaltung und -verbesserung der Bevölkerung umsetzt.

Aufgrund des Anforderungsprofiles und Berufsbildes eines Diplomierten Rettungsassistenten ist sicherlich erforderlich, Ausbildungsinhalte neu zu überlegen und zu formulieren.

Dies ist sicherlich auch aus den Ergebnissen der im Projekt durchgeführten Befragung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst eindeutig hervorgegangen und bezieht sich auf den Wunsch nach Aufstockung der Stundenanzahl in der Ausbildung, nach neuen und vertieften Lehrinhalten, nach einheitlicher Ausbildung, Fort- und Weiterbildung und Prüfungsrichtlinien.

Aus sozialmedizinischer Sicht soll daher die Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten unter anderem folgende Inhalte umfassen:

Soziogenese,
welche die gesellschaftsbezogenen Mechanismen bei der Entstehung von Krankheiten sowie ihrer Entwicklung (Krankheitsfolgen bzw. Krankheitsausgang) beschreibt;

Prävention,
primäre Prävention: Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheit,
sekundäre Prävention: Krankheitsfrüherkennung,
tertiäre Prävention: Wiederherstellung der Gesundheit bzw. Verhütung eines Fortschreitens einer Erkrankung oder eines Rezidivs;

Demographie,
befaßt sich mit der statistischen Erfassung der Bevölkerung; bietet die Grundlage für die Planung im öffentlichen Leben, liefert Daten für den medizinischen Bereich in bezug auf die deskriptive Epidemiologie, somit für die Planung im Gesundheitswesen und auch für die epidemiologische Ursachen- und Interventionsforschung. Die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung korreliert mit der Krankheitsstruktur und -entwicklung. Die medizinischen Erfordernisse lassen sich daraus ableiten;

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Epidemiologie,
befaßt sich mit der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in Bevölkerungsgruppen sowie mit den Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen;

Lebenserwartung,
bedeutet einen der wichtigsten Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Neugeborenen ist ein Maß für die im Zeitraum herrschenden altersspezifischen Sterbeverhältnisse;

Sozial- und Zivilisationskrankheiten,

Compliance,
das Compliance - Verhalten - die Bereitschaft, eine medizinische Empfehlung durchzuführen, hat sowohl im präventiven als auch kurativen Bereich große Bedeutung;

Psychologische Aspekte der Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung,
sind die Grundlagen der Wissensvermittlung mit dem Ziel der positiven Einstellung und Förderung eines gesundheitsbewußten Verhaltens;

Lebensstilmedizin,
Grundprinzipien der Lebensstilmedizin sind der Einsatz medikamentöser und verhaltenstherapeutischer Strategien, Zusammenarbeit von Arzt und Patient, keine Trennung von Prävention und Therapie.

Diese Inhalte zeigen aber auch die Anforderungen und Bedürfnisse im Sinne einer Neuüberlegung der Ausbildung, im Hinblick ständig steigender Lebenserwartung, Morbiditätsstatistik und -profil, mit Berücksichtigung der Ergebnisse der epidemiologischen Forschung und bereits bestehender und erprobter Ausbildungsmodelle.

6.14 ASPEKTE DES BERUFSSCHUTZES DER SANITÄTSFACHKRAFT

Besonderes Augenmerk im Rahmen des Berufsschutzes kommt den Prophylaxemaßnahmen im Rahmen der Berufskrankheiten zu. Als Beispiel für ein umfassendes und österreichweites Modell zur Berufsprophylaxe sei hier die Hepatitis-B-Impfaktion der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, AUVA, angeführt:

Beobachtungen in den späten 70er Jahren hatten ergeben, daß die Zahl der anerkannten Berufskrankheitenfälle an Hepatitis-B seit 1960 stetig zugenommen hatte und daß das Risiko, in einem Gesundheitsberuf an Hepatitis-B zu erkranken, um

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

das 11-fache höher war, als für jeden anderen Österreicher. Um diesen steigenden Trend zu stoppen und eine Trendumkehr zu erreichen, wurde die Hepatitis-B-Impfaktion von der für die Berufskrankheitenprophylaxe zuständigen sozialen Unfallversicherung ins Leben gerufen. Im Rahmen der Impfaktion erhält jeder Impfwillige den Impfstoff und eine prävakzinelle serologische Hepatitis-B-Marker-Bestimmung kostenlos (MARUNA, 1992/93).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7 DIE AUSBILDUNG ZUR SANITÄTSFACHKRAFT

7.1 ALLGEMEINES

Folgende Berufsgruppen sollen künftig in der Primärversorgung als nichtärztliches Sanitätspersonal im Rettungsdienst zum Einsatz kommen:

- der/die Rettungshelfer/in (RH)
- der/die Rettungssanitäter/in (RS)
- der/die Diplomierte Rettungsassistent/in (DRA)

Künftig soll jeder Sanitätskraftwagen, der kranke Personen befördert, mit zwei ausgebildeten, qualifizierten Sanitätsfachkräften, und zwar mit einem DRA und einem RS besetzt sein.

7.1.1 BEGRIFFSKLÄRUNG

Im folgenden werden die wichtigsten in unserem Ausbildungsmodell verwendeten Fachtermini betreffend die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst einer Begriffsbestimmung zugeführt. Der Einfachheit halber und aufgrund der überwiegend männlichen Personenstruktur wird in weiterer Folge der männliche Terminus des jeweiligen Berufsbildes verwendet. Selbstverständlich steht gemäß dem Gleichheitsgrundsatz der Zugang zum Berufsbild gleichermaßen weiblichen als auch männlichen Personen offen.

Aufgrund unseres in Folge beschriebenen Ausbildungsmodelles wird von folgenden Begriffsdefinitionen ausgegangen:

7.1.1.1 SANITÄTSFACHKRAFT (SFK)

Unter ***Sanitätsfachkräften (SFK)*** versteht man das ***nichtärztliche Rettungsdienstfachpersonal***, das für die Erfüllung der vielfältigen rettungsdienstlichen Aufgaben und notfallmedizinischen, rettungstechnischen, einsatztaktischen, sozialen und pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der praeklinischen Notfallversorgung ausgebildet ist. Zu den Sanitätsfachkräften zählen der ***Diplomierte Rettungsassistent (DRA)***, der dem medizinischen Assistenzpersonal zuzurechnen ist und der ***Rettungssanitäter (RS)***, der zur Hilfestellung des Diplomierten Rettungsassistenten sowie des Notarztes bzw. Arztes eingesetzt wird. Im Vergleich zur internationalen Terminologie ist darunter das notfallmedizinische Hilfspersonal (medical assi-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

stant), also etwa die Emergency Medical Assistant's in Europa oder die Emergency Medical Technicians - EMT's in den USA zu verstehen.

7.1.1.2 DER RETTUNGSHELFER (RH)

Rettungshelfer (RH) sind jene *Personen, die* ***in Ausbildung zum Rettungssanitäter*** *stehen und die theoretische Ausbildung zum RS bereits erfolgreich absolviert haben* oder die Voraussetzungen gemäß den Übergangsbestimmungen nicht bzw. noch nicht erfüllen. Die Rettungshelfer (RH) dürfen ***ausschließlich*** als dritte Person bei den Sanitätsfachkräften am Sanitätskraftfahrzeug (SANKRA) mitfahren, wobei einer der Sanitätsfachkräfte über die Lehrberechtigung (Lehrrettungssanitäter oder Diplomierter Lehrrettungsassistent) verfügen muß, und dürfen ***ausschließlich*** unter dessen Aufsicht und nach dessen Anweisungen ihre Tätigkeiten ausüben.

7.1.1.3 DER RETTUNGSSANITÄTER (RS)

Rettungssanitäter (RS) sind jene Personen, die aufgrund ihrer 560-stündigen Ausbildung sowie ihres Praxisnachweises ***als Hilfspersonal*** des diplomierten Rettungsassistenten und des Notarztes eingesetzt werden. Der Rettungssanitäter soll bei den Maßnahmen des Notarztes sowie des Diplomierten Rettungsassistenten Hilfestellung und Unterstützung leisten und ist zur Erste-Hilfe-Leistung bis zum Eintreffen qualifizierterer Hilfe durch den Notarzt bzw. den DRA befähigt. Seine primären Aufgaben bestehen in der pflegerischen und sozialen Betreuung von kranken, verletzten und sonstigen hilfebedürftigen Personen im Rahmen des Rettungs- und Krankentransportdienstes.

Der Ausbildungsstand des Rettungssanitäters korrespondiert mit jenem des "Emergency Medical Technician - Intermediate" der USA, in anderen englischsprachigen und einigen europäischen Ländern.

7.1.1.4 DER CAND. DRA

Cand. DRA ist jener ***RS, der im zweiten und dritten Ausbildungsabschnitt zum Diplomierten Rettungsassistenten steht*** und der selbständig und eigenverantwortlich nur jene Tätigkeiten, die dem RS zustehen, ausführen darf. Die dem DRA vorbehaltenen Tätigkeiten darf der Cand. DRA nur unter Aufsicht eines Dipl. Lehrrettungsassistenten oder eines Arztes ausführen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.1.1.5 DER DIPLOMIERTE RETTUNGSASSISTENT (DRA)

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

Nach der Studie *"Comparative study of the organisation and functioning of emergency medical assistance services"* des ***Council of Europe*** werden Personen mit einer derartig hochqualifizierten Ausbildung im Rahmen der Emergency Medical Assistance Services als "***EMERGENCY MEDICAL ASSISTANT (EMA)***" bezeichnet (COUNCIL OF EUROPE, 1990). In den USA, Kanada, Australien und einigen europäischen Ländern ist das Synonym für Personen mit einer derartigen Ausbildung, jedoch teilweise auf Basis einer anderen Versorgungsstruktur, "*EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN - PARAMEDIC (EMT-P)*" (vgl. hiezu BOSSAERT, 1992).

7.1.1.6 DER DIPLOMIERTE LEHRRETTUNGSASSISTENT (DLRA)

Diplomierte Lehrrettungsassistenten (DLRA) sind praxiserfahrene sowie charakterlich und pädagogisch geeignete DRA, die durch die *erfolgreiche Teilnahme an der* ***Sonderausbildung zum Diplomierten Lehrrettungsassistenten (DLRA)*** die ***Berechtigung*** erlangen, im Auftrag des Trägers der Ausbildungsstätte (Österreichische Rettungsakademie, Rettungssanitäterschule, Lehrrettungsstelle, Lehrrettungswagen, etc.) und in Abstimmung mit der Schul-, Kurs- oder Akademieleitung, ***in Ausbildung befindliche Sanitätsfachkräfte*** (Rettungshelfer und Cand. DRA) ***hinsichtlich rettungsdienstlicher Belange theoretisch und praktisch auszubilden*** und zu unterrichten. Dazu zählen *auch die Praktikanten im Rahmen ihrer Ausbildung für den Rettungsdienst in der Lehrrettungsstelle und am Lehrrettungswagen*. Unter rettungsdienstlichen Belangen sind alle Tätigkeiten und Maßnahmen zu verstehen, die der DRA selbständig und eigenverantwortlich ausführt.

7.1.1.7 DER NOTARZT (NA)

Notarzt ist ein Arzt, der gemäß § 15a des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1984 - ÄrzteG),

wiederverlautbart im BGBl.Nr. 373/1984 i.d.F. BGBl.Nr. 314/1987, BGBl.Nr. 138/1989, BGBl.Nr. 45/1991, BGBl.Nr. 461/1992 und BGBl.Nr. 851/1992 die Voraussetzungen für die ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines organisierten Notarztdienstes erfüllt.

Praktische Ärzte und Fachärzte eines klinischen Sonderfaches, die beabsichtigen, eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Notarztdienste (Notarztwagen bzw. Notarzthubschrauber) auszuüben, haben einen Lehrgang gemäß 15a Abs. 2 ÄrzteG im Gesamtausmaß von 60 Stunden zu besuchen. Zusätzlich ist mindestens alle zwei Jahre eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung zu besuchen. Praktische Ärzte und Fachärzte eines klinischen Sonderfaches, die die Voraussetzungen der Abs. 2 und 3 erfüllen und eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Notarztdienste ausüben, dürfen zusätzlich die Bezeichnung "Notarzt" führen.

7.1.1.8 DER LEITENDE NOTARZT (LNA)

Leitender Notarzt ist jener Arzt, der über eine Zusatzausbildung gemäß Ärztegesetz (oder in Zukunft vielleicht auch über eine Facharztausbildung für Notfall- und Katastrophenmedizin) verfügt, die vorgeschriebenen Fortbildungsveranstaltungen besucht hat, genauso wie der Leiter einer zentralen Notfallaufnahmestation im Krankenhaus ein in der Notfallmedizin besonders erfahrener Arzt ist und über die nötigen Kenntnisse und Erfahrungen für die notfallmedizinische Organisation und Leitung einer Rettungsdienststelle verfügt. Wünschenswert wäre es. Für den "Leitenden Notarzt" eine eigene Sonderausbildung zu schaffen, die der Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse, insbesondere hinsichtlich Rettungs- und Notfallmanagement, Organisation und Mitarbeiterführung, Motivation und Krisenmanagement sowie hinsichtlich Dokumentation und Qualitätssicherung, übernimmt. Dem LNA kommen als ärztlichem Leiter der Rettungsdienststelle neben der notfallmedizinischen Organisation und Leitung noch weitere wesentliche Aufgaben zu: Überprüfung des notfallmedizinischen Ausbildungsstandes der beteiligten Ärzte sowie des nichtärztlichen Personals, Organisation und teilweise Durchführung der notfallmedizinischen Fort- und Weiterbildung, Überprüfung der Patienten- und Einsatzdokumentation, Beurteilung der praktischen Tätigkeit der Sanitätsfachkräfte im Rahmen der Verlängerung der Berufsberechtigung sowie Erteilung von Einzelermächtigungen an die DRA, Anwendung der Qualitätssicherung, Kontrolle und Verbesserung der Ausstattung und der Hygiene bei den SANKRA's sowie deren Equipement sowie sonstige notfallmedizinische Aufgaben. Der LNA trägt in der Rettungsdienststelle die Letztverantwortung hinsichtlich aller notfallmedizinischen Belange und Maßnahmen. Die Sanitätsfachkräfte dürfen im Rahmen der sie tangierenden gesetzlichen Bestimmungen sowie subsidiär entsprechend ihrer Ausbildung und Erfahrung nur entsprechend den medizinischen Anweisungen des LNA verfahren. Der LNA ist dabei an die Standards der praeklinischen Notfallmedizin (= Stan-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

dardisierte Medizinische Anordnungen bzw. Anweisungen, SMA), die von einer österreichweiten unabhängigen Kommission entsprechend dem internationalen Standard der medizinischen Wissenschaft erstellt werden, gebunden und gleichzeitig geschützt, da sie den allgemein geforderten "Stand der Wissenschaft" auf dem Bereich der Notfallmedizin reglementieren.

7.1.1.9 DER LEHRRETTUNGSWAGEN (LRW)

Lehrrettungswagen ist jener Sanitätskraftwagen, der infrastrukturell entsprechend den internationalen Standards (CEN- bzw. DIN-Normen) ausgestattet ist und an denen ein DLRA die praktische und theoretische Ausbildung am Einsatzmittel, bei der Versorgung und Betreuung der Patienten am Unfallort und während des Transportes hinsichtlich notfallmedizinischer Maßnahmen, Einsatztaktik und Rettungstechnik sowie sozialer, psychologischer und pflegerischer Maßnahmen durchführt und der darüber hinaus aufgrund seines Einzugsgebietes über eine ausreichende Einsatzfrequenz verfügt und ständig mit einem Notarztdienst (z.B.: Krankenhaus, Rendez-vous-System, etc.) verbunden ist und unter der Führung und laufenden ärztlichen Aufsicht eines Leitenden Notarztes steht.

7.1.1.10 DIE LEHRRETTUNGSSTELLE (LRS)

Lehrrettungsstelle ist jene Rettungseinsatzstelle, an der zumindest ein Lehrrettungswagen stationiert ist. ***Die Besetzung*** dieser Lehrrettungsstelle muß :

1) bei der *Ausbildung von Praktikanten zum RS*
   mit Diplomierten Lehrrettungsassistenten und/oder Lehrrettungssanitätern in der Übergangszeit und bei der
2) *Ausbildung von Praktikanten zum DRA*
   ausschließlich ***mit Dipl. Lehrrettungsassistenten (DLRA)***

während der gesamten Betriebszeit (also de facto 24 Stunden am Tag) für Ausbildungszwecke zum RS oder DRA gewährleistet und ständig mit einem Notarztdienst (z.B.: Krankenhaus, Rendez-vous-System, etc.) verbunden sein und unter der Führung und ärztlichen Aufsicht eines Leitenden Notarztes stehen. Die Lehrrettungsstelle muß von der Österreichischen Rettungsakademie (ÖRAK) und der zuständigen Sanitätsbehörde als Ausbildungsstelle akkreditiert sein und über die nötige personelle und infrastrukturelle Ausstattung verfügen (siehe Kapitel 7.2.2.6.3). Weiters muß eine Mindesteinsatzfrequenz, deren Höhe vom Gesetzgeber noch festzulegen ist, nachgewiesen werden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.1.1.11 DIE RETTUNGSSANITÄTERSCHULE (RSS)

Rettungssanitäterschule (RSS) ist jene Ausbildungsstätte, die *ausschließlich für die Ausbildung zum Rettungssanitäter* sowie die verpflichtende Fort- und Weiterbildung bestimmt ist und deren Träger alle gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen und Erfordernisse erfüllt. Die RSS muß über einen Ärztlichen und einen Rettungsdienstlich-Organisatorischen Leiter sowie über entsprechende Vertretungen verfügen. Die Träger der Ausbildungsstätten haben eine ausreichende Anzahl an Praktikumsplätzen für das Krankenhaus- und das Rettungspraktikum zu gewährleisten. Die Durchführung der Krankenhauspraktika fällt in die Kompetenz des Ärztlichen Leiters der jeweiligen Krankenanstalt. Die Durchführung des Rettungspraktikums fällt in die Kompetenz des Diplomierten Lehrrettungsassistenten (DLRA) bzw. des Lehrrettungssanitäters unter der Aufsicht des Leitenden Notarztes des Lehrrettungsdienstes.

7.1.1.12 DIE ÖSTERREICHISCHE RETTUNGSAKADEMIE (ÖRAK)

Die Österreichische Rettungsakademie (ÖRAK) und ihre Departements *sind Ausbildungsstätten* ***an Universitätsstandorten mit Medizinischer Fakultät und Krankenpflegeschulen***, die zur Ausbildung für die Sanitätsfachkräfte, insbesondere jedoch für die Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten (DRA) sowie für die unter Kapitel 7.3.1 beschriebenen Sonderausbildungen (mit Ausnahme der Sonderausbildung zum Diplomierten Arbeitsmedizinischen Assistenten), als auch für die Organisation und Durchführung der verpflichtenden Fort- und Weiterbildung eingerichtet sind. Da die Ausbildung des Sanitätspersonals in die Bundeskompetenz fällt, sollte der Träger der Ausbildungsstätten der Bund bzw. die Sozialversicherungsträger oder eine öffentliche Körperschaft sein. Die Österreichische Rettungsakademie mit ihren Departements sollten nur in Verbindung mit Universitätskliniken errichtet werden, die mit den zur Erreichung des Ausbildungszweckes notwendigen personellen, strukturellen und infrastrukturellen Ressourcen ausgestattet sind. Der Träger der Ausbildungsstätte hat für die Akademieleitung inklusive der Departements einen ***"Medizinisch-Wissenschaftlichen Direktor und Generalmanager (MWD/GM)"*** mit entsprechender Ausbildung und praktischer Erfahrung auf den Gebieten der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung, des öffentlichen Sanitätsdienstes und des Managements im Gesundheitswesen zu bestellen. Für die Bereiche Notfallmedizin und Rettungsdienst sind ebenfalls verantwortliche Personen einzusetzen: und zwar ist ein für diese Tätigkeit fachlich geeigneter, aktiv im Rettungsdienst tätiger Notarzt, der die hierfür erforderliche Eignung und Berufserfahrung besitzt, als ***"Leitenden Notarzt" (LN) der Österreichischen Rettungsakademie*** und ihrer Departements zu bestellen. Weiters ist ein für diese Tätigkeit fachlich geeigneter Diplomierter Lehrrettungsassistent (DLRA), der aktiv im Rettungsdienst tätig ist und die hierfür erforderliche fachliche und pädagogische

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Eignung besitzt sowie eine mehr als dreijährige aktive Berufserfahrung nachweisen kann, zum ***"Leitenden Diplomierten Lehrrettungsassistenten" (Leit. DLRA)*** der Österreichischen Rettungsakademie und der Departements zu bestellen. Die Vertretungen haben die gleichen Voraussetzungen zu erfüllen.

7.1.1.13 DIE RETTUNGSLEITSTELLE (RLS) BZW. DISPATCH-CENTRE (DC)

Rettungsleitstellen (RLS) bzw. ***Dispatch-Centres (DC)*** sind ***moderne, öffentliche, überregionale, länderüberschreitende und hochqualifiziert besetzte Einsatzzentralen*** *für alle Einrichtungen* ***zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und des menschlichen Lebens.*** RLS bzw. DC's sind ***Lenkungs-, Koordinations- und Informationszentren des Rettungsdienstes***, die ***rund um die Uhr einsatzbereit*** und ***mit speziell ausgebildetem hochqualifiziertem Personal*** (Dipl. Organisations- und Dispatch-Centre Assistenten / Dipl. ODCA) sowie den ***erforderlichen technischen und strukturellen Hilfsmitteln*** ausgestattet sein müssen. Im Idealfall sollten die Leitstellen als gemeinsames Dispatch-Centre für Feuerwehren, Polizei/Gendarmerie, praeklinische Notfallversorgungseinrichtungen und Rettungsorganisationen, als 'Bettenzentrale' für die im Einzugsgebiet liegenden Krankenanstalten, als Koordinationsstelle für die Hubschrauber- und Flugrettung sowie für den Katastrophenschutz dienen. Eine enge Zusammenarbeit muß auch zur Vergiftungsinformationszentrale, zu den Unfallabteilungen bzw. -krankenhäusern, zu den Herzstationen, zu den geplanten Integrierten Sozial- und Gesundheitssprengeln sowie zu den ärztlichen Bereitschaftsdiensten gewährleistet sein. Zu fordern ist hier jedenfalls eine ständige Besetzung der Leitstelle mit mindestens zwei DRA mit langjähriger praktischer Berufserfahrung sowie einer speziellen Zusatz- bzw. Sonderausbildung (vergleiche hiezu Kapitel 7.3.1.4). Darüber hinaus ist zu fordern, daß die Funktion der Leitstellen im Rahmen des Katastrophenschutzes und insbesondere auch bei Großschadensereignissen ausreichend definiert wird. Rettungsleitstellen und Rettungsstationen bzw. Rettungswachen müssen ein adäquates Einsatzaufkommen haben, um effizient und kostengünstig arbeiten zu können. Das wünschenswerte Optimum eines Einzugsbereiches für Rettungsleitstellen liegt zwischen 500.000 und 1.600.000 Einwohner, je nach raumordnungsmäßigen Gegebenheiten. Dies ist jedoch nur in Ballungsregionen erreichbar. In dünner besiedelten bzw. alpinen Gebieten sollten diese Dispatch-Centres Rettungsdienstbereiche mit mindestens einem Versorgungsbereich von 200.000 Einwohner sicherstellen. Eine Überprüfung und Neufestlegung der Einsatzbereiche der einzelnen Rettungsdienststellen entsprechend den notfallmedizinischen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten ist unbedingt erforderlich.

Für jede Rettungsleitstelle ist ein Leitender Notarzt (LNA) mit entsprechender Sonderausbildung und langjähriger Praxiserfahrung zum ***Ärztlichen Direktor des Dispatch-Centres*** sowie ein *DRA mit entsprechender Sonderausbildung zum Dipl.*

ODCA und langjähriger Praxiserfahrung zum ***Rettungsdienstlichen Direktor*** zu bestellen.

7.1.1.14 QUALIFIZIERTE NOTFALLMEDIZINISCHE NOTRUFANNAHME (EMERGENCY MEDICAL DISPATCHING - EMD)

Zu den Grundaufgaben des notfallmedizinischen Dispatching zählen die Anwendung von vorformulierten Fragen, die telefonischen Laienanweisungen (pri-arrival telephone instructions) und vorgegebene Handlungsebenen und Möglichkeiten. Der Anwender des notfallmedizinischen Dispatching muß mit der Philosophie und Psychologie der Telephonintervention, Krisenintervention und dem Frage-Antwort-Management vertraut sein.

Das Emergency Medical Dispatching wurde von Dr. Jeff Clawson aus Salt Lake City entwickelt und ist ein System, welches zur Effektivierung der Notrufaufnahme immer stärker eingesetzt wird (CLAWSON, DERNOCOEUR, 1988). Auch in Österreich ist der Einsatz eines derartigen Systems versuchsweise geplant.

Beim EMD wird aus einer Vielzahl von Notrufen, die die Rettungsleitstelle (Dispatch-Centre) erreichen, vorrangig nach Dringlichkeit selektiert (Priority Dispatch). Es ist nicht damit getan, die nächste Ambulanz zu schicken, vielmehr muß es das richtige Einsatzmittel sein (vgl. ARNOLD, 1988). Durch ein speziell entwickeltes Fragenprogramm (Medical Dispatch Priority Card System) kann sich das qualifizierte Leitstellenpersonal (Dispatcher) Dipl. ODCA zielsicher und rasch einen Überblick über den Status des Patienten machen. Der Einstieg in das System mit Schlüsselfragen beginnt natürlich mit der Erhebung von Basisdaten: Ort, Name, Telefonnummer, Problemstellung, Alter, Geschlecht, bewußtlos/ansprechbar, Atmung. Je nach der Grundproblemstellung schlägt der Dispatcher in weiterer Folge eine der 32 Systemkarten auf. Auf jeder dieser Karten stehen Schlüsselfragen, um den Zustand des Patienten zu erfragen. Es wird ebenfalls ein Vorschlag zur Auswahl des Rettungs- bzw. Einsatzmittels gemacht. Ergänzend zur adäquaten Auswahl des Rettungsmittels wird es dem Dispatcher ermöglicht, dem Anrufer Ratschläge zur Hilfeleistung in Form von telefonischen Anweisungen zu geben. Über Telefon angeleitet, soll die medizinische Erste Hilfe durch den Erst- bzw. Laienhelfer bereits begonnen bzw. vorbereitet werden, um die wertvolle Zeit zwischen Notfall bzw. Notruf und Eintreffen der qualifizierten Hilfskräfte optimal zu nutzen. Diese telefonische Anleitung, verknüpft mit einer optimalen Erste-Hilfe- und CPR-Ausbildung (Cardiopulmonary Resuscitation = Herz-Lungen-Wiederbelebung) der Laien, kann dazu beitragen, die Hilfsfristen drastisch zu verkürzen.

Neben einfachen Hinweisen (z.B. nichts trinken, etc.) liegen dem Dispatcher acht verschiedene Handlungskarten (Treatment Sequence Cards) vor, mit denen er be-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

fähigt wird, Laien am Telefon in lebensrettenden Sofortmaßnahmen zu unterweisen. Sie gliedern sich in folgende Gruppen:

A) Ersticken - Kinder
B) Beatmung - Kinder
C) Herzkompression - Kinder
D) Ersticken - Erwachsene
E) Beatmung - Erwachsene
F) Herzkompression - Erwachsene
G) Entbindung

Weitere 32 doppelseitige Systemkarten (Priority Dispatch Protocoll Cards) sind so konzipiert, daß die Fragen im schlimmsten Fall immer zu einer der acht Handlungskarten führen. Die Dispatcher werden mit Hilfe eines Training-Programms eingeschult. Bei der Umstellung auf ein Computersystem auf der Leitstelle sollte das EMD in die EDV integriert werden. Dadurch entfällt das Blättern zwischen den einzelnen Karten und die Anwendung wird dadurch einfacher. Wesentlich ist, daß der Dispatcher über eine ausreichende psychologische Schulung verfügt, um ein Gefühl dafür zu haben, was man dem Anrufer zutrauen kann. Nicht jeder ist in Krisensituationen fähig zu helfen. Wichtig ist, daß die Betroffenen wissen, daß die Hilfe bereits unterwegs ist, während sie als Laien dem Notfallpatienten über telefonische Anleitung helfen und daß sie bis zum Eintreffen des Einsatzmittel nicht alleine sind und den Dispatcher jederzeit telefonisch um Rat fragen können.

7.2 DAS INTEGRIERTE AUSBILDUNGSMODELL ZUR SANITÄTS-FACHKRAFT

7.2.1 DAS AUSBILDUNGSMODELL ZUM RETTUNGSSANITÄTER (RS)

Die ***Basisausbildung*** beim Ausbildungsmodell zur Sanitätsfachkraft stellt die Ausbildung zum ***Rettungssanitäter*** dar. Sie ist zugleich die ***Mindestausbildung, die künftig jede auf einem Sanitätskraftwagen eingesetzte Sanitätsfachkraft absolviert haben muß.*** In der Zeit der Ausbildung trägt der Rettungssanitäter in spe die Bezeichnung "Rettungshelfer" (RH). Gleichzeitig stellt die Basisausbildung inhaltlich auch den ersten Ausbildungsabschnitt im Schulmodell zur Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten dar. Sanitätsfachkräfte, die die Ausbildung zum Rettungssanitäter (RS) entsprechend den beschriebenen Bestimmungen und alle erforderliche Praktika (Klinik- und Rettungspraktikum) sowie die staatliche Abschlußprüfung absolviert haben, können bei Einhaltung gewisser Voraussetzun-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

gen in den zweiten Ausbildungsabschnitt des Schulmodells der Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten einsteigen.

Die Leistungen der freiwillig Tätigen sollen in dieser Personengruppe Eingang finden. Entsprechend der Tatsache, daß jene Personen schon einen Beruf ausüben und der Einsatz im Rettungswesen freiwillig ist, erscheint es unter dem Blickwinkel einer qualifizierteren Ausbildung zur "Sanitätsfachkraft" mehr als plausibel, diese Personengruppe einer Basisausbildung zuzuführen. Europäischen Standards entsprechend sollte in dieser Basisausbildung ein Grundwissen über die Tätigkeiten im Rettungsdienst vermittelt werden und den Absolventen dazu befähigen, als wertvolle Hilfskraft für den Diplomierten Rettungsassistenten und den Notarzt tätig zu sein.

Die Basisausbildung (1. Ausbildungsabschnitt) ist im folgenden übersichtlich dargestellt:

AUSBILDUNG ZUM RETTUNGSSANITÄTER (RS)

entspricht dem 1. Ausbildungsabschnitt in der Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten

	Basisausbildung zum Rettungssanitäter (RS) (= 1. Ausbildungsabschnitt im Schulmodell):	
	Theorie: 320 Stunden	
	KH-Praktikum: 240 Stunden	560 Stunden
zuzüglich:	Rettungspraktikum: 150 Ausfahrten als 3. Sanitätsfachkraft oder 12 Wochen praktische Tätigkeit unter Aufsicht und Anleitung eines DRA bzw. eines RS mit Lehrbefugnis zur Ausbildung von Rettungssanitätern, davon eventuell 6 Wochen als Pflegepraktikum	
Abschluß:	Staatliche Abschlußprüfung mit Zeugnis zum Rettungssanitäter	

Quelle: ÖAGW, 1993

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter umfaßt 8 Wochen bzw. 320 Stunden Theorie lt. Unterrichtsplan (siehe Kapitel 7.2.1.4 Ausbildungsinhalte) und sechs Wochen bzw. 240 Stunden Krankenhauspraktikum. Im Anschluß an die theoretische und

klinische Ausbildung hat der zukünftige Rettungssanitäter mindestens 150 Ausfahrten als "dritte Sanitätsfachkraft", als sogenannter Rettungshelfer, auf einem anerkannten Lehrrettungswagen für RS unter Aufsicht und Anleitung eines Diplomierten Lehrrettungsassistenten bzw. eines Rettungssanitäters mit Lehrbefugnis zur Ausbildung von Rettungssanitätern, zu absolvieren. Bei besonderen Ausbildungserfordernissen bzw. infrastrukturellen Gegebenheiten (so z.B. beim Österreichischen Bundesheer) können sechs Wochen des Rettungspraktikums als Pflegepraktikum absolviert werden.

Für die Gruppe der Freiwilligen ist eine Organisation der theoretisch-praktischen Basisausbildung zum Rettungssanitäter - RS (320 Stunden) in Block- bzw. Modulform (8 Blöcke à 40 Stunden) vorzusehen.

Nach Abschluß der theoretischen und praktischen Basisausbildung und Absolvierung des Krankenhaus- und Rettungspraktikums kann die kommissionelle staatliche Abschlußprüfung zum Rettungssanitäter abgelegt werden. Insgesamt darf die Ausbildungsdauer einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten. In besonderen Fällen kann von der Prüfungskommission dieser Zeitraum einmalig um ein halbes Jahr verlängert werden.

7.2.1.1 ZULASSUNGSBESTIMMUNGEN ZUR AUSBILDUNG ZUM RETTUNGSSANITÄTER (RS)

Jede Person, die die Ausbildung zum RS absolvieren möchte, muß folgende Voraussetzungen erfüllen:

1) Österreichische Staatsbürgerschaft bzw. Entsprechendes gemäß Übereinkommen EWR bzw. EU
2) Mindestalter: vollendetes 18. Lebensjahr
   Höchstalter: für Einstieg ca. 30 - 35 Jahre
3) Bildungsvoraussetzung: betrifft nur Stufen-/Schulmodell: Berufsschul- bzw. Pflichtschulabschluß
4) ärztliches Gesundheitszeugnis (körperliche, geistige und seelische Eignung)
5) Leumundszeugnis - Unbescholtenheit
6) Zusätzliche *spezielle Berufsanforderungen:*
   - charakterliche Eignung (z.B. Verschwiegenheit, Ehrlichkeit, etc.)
   - Bereitschaft zur Teamarbeit
   - Bereitschaft zur Übernahme von höherer Verantwortung (über das Leben anderer Menschen)
   - technisches Verständnis
   - rasche Auffassungsgabe

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- Entscheidungsfreudigkeit
- Fähigkeit zum selbständigen Denken und Arbeiten
- Organisationstalent
- psychische Belastbarkeit
- Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung
- soziale Kompetenz

Die unter 6) genannten Berufsanforderungen können im Zuge eines Aufnahme- bzw. Eignungstestes bzw. *eines persönlichen Gespräches* überprüft werden.

Über die Aufnahme entscheidet eine Aufnahmekommission, die sich in gleicher Weise zusammensetzt wie die in Kapitel 7.2.1.6 beschriebene Prüfungskommission.

7.2.1.2 DAS TÄTIGKEITSPROFIL DES RETTUNGSSANITÄTERS

Die Tätigkeit im Rettungs- und Krankentransport erfordert neben den ***allgemeinen charakterlichen, psychischen und geistigen Anforderungen*** nicht nur ***medizinische Grundkenntnisse*** und eine entsprechende ***körperliche Leistungsfähigkeit***, sondern auch Einfühlungsvermögen und ***psychologische Grundkenntnisse*** sowie die Fähigkeit, durch beruhigende und tröstende Gespräche den Patienten zu ermutigen. Dies wiederum verlangt vom Rettungssanitäter ***soziale Kompetenz***, die durch Training erworben werden muß.

"Der Patient im Krankentransport ist kein Transportobjekt, sondern ein Individuum in einer besonderen Situation mit seinen speziellen Problemen und Ängsten" (SEFRIN, 1991). In Zukunft wird es daher notwendig sein, auf die besonderen Probleme und Ängste des Patienten einzugehen und diese Aspekte in der Ausbildung entsprechend zu berücksichtigen. Zu den im Vordergrund stehenden ***medizinischen und helfenden Maßnahmen*** zählen Erste-Hilfe-Leistungen (Herz-Lungen-Wiederbelebung, etc.), die Kontrolle der Vitalfunktionen (Puls, Blutdruck, Atmung, EKG), Krankenbeurteilung, das Anlegen von Verbänden, die Durchführung spezieller Lagerungen sowie rein ***helfende bzw. pflegerische und soziale Maßnahmen***, wie z.B. das Ankleiden von Patienten, etc.

Ein weiterer Aspekt ist die Beförderung des Patienten, weshalb auch eine spezielle Vorbereitung für den ***Transport unter erschwerten Bedingungen*** notwendig ist.

Im folgenden wird das ***zukünftige Tätigkeitsprofil des Rettungssanitäters*** dargestellt:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

A) MEDIZINISCH

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines DRA bzw. Notarztes	selbständig unter Aufsicht bzw. auf Anordnung eines DRA bzw. Notarztes	nie
Abkühlen bei Hitzeschäden	☒	☐	☐
Amputate versorgen	☐	☒	☐
Assistierte Beatmung	☐	☐	☒
Atemfrequenz überwachen	☐	☒	☐
Atemwege absaugen	☐	☒	☐
Atemwege freimachen	☐	☒	☐
Augenspülung	☐	☒	☐
Augenverband	☐	☒	☐
Beatmung eines intubierten Patienten mit Beutel	☐	☒	☐
Beatmung mit Taschenmaske	☐	☒	☐
Beatmung Mund zu Mund	☒	☐	☐
Bedienung Notfallrespirator (Oxylog, Medumat)	☐	☒	☐
Behindertenbetreuung	☒	☐	☐
Beißkeil setzen	☐	☒	☐
Betreuung von Angehörigen	☒	☐	☐
Blasenkatheter setzen	☐	☐	☒
Blutdruck messen	☒	☐	☐
Blutstillung durch Abdrücken	☒	☐	☐
Blutstillung durch Druckverband	☒	☐	☐
Blutzuckerbestimmung	☐	☒	☐
Dammschutz	☐	☒	☐
Defibrillation	☐	☐	☒
Duodenalsonde setzen	☐	☐	☒
Durchführung einfacher labordiagnostischer Untersuchungen mittels Teststreifen und Auswertung mittels Vergleichstabelle	☐	☒	☐
EKG - Elektroden kleben	☒	☐	☐
EKG-Ableitungen schreiben und grob beurteilen: 0-Linien-Überprüfung, Flimmern, Flattern, Rhythmus	☒	☐	☐
Geburtshilfe	☐	☒	☐
Guedeltubus setzen	☐	☒	☐
Harnzuckerbestimmung	☐	☒	☐

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines DRA bzw. Notarztes	selbständig unter Aufsicht bzw. auf Anordnung eines DRA bzw. Notarztes	nie
Heimlich-Handgriff anwenden	☐	☐	☒
Herzdruckmassage	☒	☐	☐
Hyperventilation begegnen	☐	☒	☐
Infektionstransport durchführen	☐	☒	☐
Infusionen herrichten	☐	☒	☐
Infusionen verabreichen	☐	☒	☐
Injektionen vorbereiten	☐	☒	☐
Injektionen verabreichen	☐	☐	☒
Inkubatoreinsatz	☐	☒	☐
Intubation	☐	☐	☒
Kaltwasseranwendung bei Verbrennungen	☒	☐	☐
Karotispuls tasten	☒	☐	☐
Koniotomie durchführen	☐	☐	☒
Krankheitssymptome erkennen	☒	☐	☐
Lagerung auf Vakuummatratze	☐	☒	☐
Medikamente vorbereiten	☐	☒	☐
Monitoring	☐	☒	☐
Neugeborenes abnabeln	☐	☒	☐
Neugeborenes absaugen	☐	☒	☐
Palpation der Weichteile	☐	☒	☐
Patienten beobachten	☒	☐	☐
Perfusor handhaben	☐	☒	☐
Plazenta sichern	☐	☐	☒
Präkordialer Faustschlag	☒	☐	☐
Psychologische Patientenbetreuung, Patientenführung	☒	☐	☐
Pulsfrequenz überwachen	☒	☐	☐
Pulsoxymeter bedienen	☒	☐	☐
Pupillenkontrolle	☒	☐	☐
Radialispuls tasten	☒	☐	☐
Reanimation von Erwachsenen	☒	☐	☐
Reanimation von Kindern	☒	☐	☐
Reanimation von Säuglingen	☒	☐	☐
Reflexe kontrollieren	☒	☐	☐
Reposition durchführen	☐	☒	☐
Ruhigstellung von Brüchen mittels Dreiecktüchern	☐	☒	☐

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines DRA bzw. Notarztes	selbständig unter Aufsicht bzw. auf Anordnung eines DRA bzw. Notarztes	nie
Ruhigstellung von Brüchen mittels Kramerschienen	☐	☒	☐
Ruhigstellung von Brüchen mittels Luftschienen	☐	☒	☐
Ruhigstellung von Brüchen mittels Vakuumkissen	☐	☒	☐
Ruhigstellung von Brüchen mittels Vakuummatratzen	☐	☒	☐
Safartubus setzen	☐	☒	☐
Sauerstoffgabe über Gesichtsmaske	☐	☒	☐
Sauerstoffgabe über Nasensonde	☐	☒	☐
Schocklagerung	☒	☐	☐
Schockzustand erkennen	☒	☐	☐
senile Patienten betreuen	☒	☐	☐
stabile Seitenlagerung durchführen	☒	☐	☐
Schanzkrawatte anlegen	☐	☒	☐
Sturzhelm abnehmen	☐	☒	☐
subkutane Spritzen verabreichen	☐	☐	☒
Thoraxdrainage durchführen	☐	☐	☒
Todesfeststellung als Vermutungsdiagnose	☐	☐	☒
Übergabe im Spital	☐	☒	☐
unblutiger Aderlaß	☐	☒	☐
Venösen Zugang setzen	☐	☒	☐
Vermutungsdiagnose stellen	☐	☐	☒
Versorgung kontaminierter Patienten	☐	☒	☐
Versorgung von Neugeborenen	☐	☒	☐
Wendltubus setzen	☐	☒	☐
Wunden reinigen	☐	☐	☒
Wunden verbinden	☐	☒	☐
Zentralvenösen Zugang setzen	☐	☐	☒
Zucker bei Hypo (Diabetes) geben	☐	☒	☐

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

B) RETTUNGSTECHNISCH

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines DRA bzw. Notarztes	selbständig unter Aufsicht bzw. auf Anordnung eines DRA bzw. Notarztes	nie
Bergen mit Schaufeltrage	☐	☒	☐
Bergen mit Bergetuch	☐	☒	☐
Bergen mit Rautekgriff	☐	☒	☐
Geräte-/Wagendesinfektion	☐	☒	☐
Lagerung /Flach-, Oberkörper-, Hoch-, Schock-, Seitenlagerung, etc.)	☐	☒	☐
Tragen mit Sessel	☐	☒	☐
Tragen mit Krankentrage	☐	☒	☐
Vor Unterkühlung schützen	☒	☐	☐
Wagen-/Ausrüstung checken	☐	☒	☐

C) EINSATZTAKTISCH

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines DRA bzw. Notarztes	selbständig unter Aufsicht bzw. auf Anordnung eines DRA bzw. Notarztes	nie
Beweismittel sicherstellen	☐	☒	☐
Funken	☐	☒	☐
Hubschrauberlandeplatz markieren	☐	☒	☐
Kommunikation mit anderen Einsatzkräften: Feuerwehr, Polizei-Gendarmerie, Straßenmeisterei, Bundesheer, etc.	☐	☒	☐
Kraftfahrzeug lenken	☒	☐	☐
Management von Großschadensereignissen	☐	☒	☐
Navigieren (Planlesen, etc.)	☒	☐	☐
Patientenleitsystem PLS	☐	☒	☐
Triagieren	☐	☐	☒
Übergabe im Zielkrankenhaus	☐	☒	☐
Unfallstelle absichern	☒	☐	☐

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines DRA bzw. Notarztes	selbständig unter Aufsicht bzw. auf Anordnung eines DRA bzw. Notarztes	nie
vom Hausarzt verschriebene Medikamente erheben	☐	☒	☐
Zielkrankenhaus vorinformieren	☐	☒	☐

D) SONSTIGES

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines DRA bzw. Notarztes	selbständig unter Aufsicht bzw. auf Anordnung eines DRA bzw. Notarztes	nie
Abrechnung	☒	☐	☐
Einsatzdokumentation	☐	☒	☐
Patientendokumentation (medizinische Dokumentation)	☐	☒	☐
Praktische Einschulung von Auszubildenden	☐	☐	☒
Teilnahme an Sondereinsätzen	☒	☐	☐

7.2.1.3 DIE KOMPETENZEN DES RETTUNGSSANITÄTERS

Aufgrund des obenstehenden Anforderungs- und Tätigkeitsprofils des Rettungssanitäters sowie aufgrund des Ausbildungsstandes und der praktischen Notwendigkeit im Rettungsdienst ergibt sich für den Rettungssanitäter folgende Kompetenzsituation:

- Begleitung im Rettungs- und Krankentransportdienst als ***nicht verantwortliche 2. Sanitätsfachkraft***
- Durchführung von Ambulanzdiensten mit einem Verantwortlichen
- Helfer für den Notarzt und den Diplomierten Rettungsassistenten (Hilfe bei Wundversorgung, Herrichten von Medikamenten, Bergen, etc.)
- Durchführung der Dokumentation, ***verantwortlich ist jedoch der Notarzt bzw. der DRA***
- Abwicklung des Funkverkehrs

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- Durchführung von Pflegemaßnahmen
- Erkennen von sozialer Bedürftigkeit und Einleiten von Sozialmaßnahmen
- Hilfestellung bei der Instandhaltung und Wartung der Geräte, Fahrzeuge, etc.
- Fort- und Weiterbildung, praktische Einschulung
- Unfallverhütung, Berufsschutz
- psychologische Betreuung des Patienten, der Angehörigen bzw. Bezugspersonen
- Inbetriebnahme und Lenken von Sanitätskraftwagen

7.2.1.4 AUSBILDUNGSINHALTE, -UMFANG UND LEHRKÖRPER

In der nachfolgenden Übersichtstabelle ist die Fächeraufteilung inkl. Stundenzuteilung und Lehrpersonal dargestellt.

Übersicht der Fächeraufteilung der theoretischen Lehrinhalte der Ausbildung zum Rettungssanitäter

Theoretische Lehrinhalte		Stunden	Lehrkörper
1)	Anatomie und Physiologie	30	Notarzt
2)	Krankheitslehre - Störungen der Vitalfunktionen	35	Notarzt
3)	Krankenpflege	35	DKS
4)	Geburtshilfe	15	Notarzt, Hebamme
5)	Erste Hilfe	50	DLRA
6)	Psychologie	10	Psychologe
7)	Sozialmedizin	5	Sozialmediziner
8)	Arbeitsmedizin	5	Arbeitsmediziner
9)	Hygiene und Desinfektionslehre	10	Arzt, Hygieniker

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

10)	Grundkenntnisse der Notfallmedikamente	10	Anästhesist, Notarzt
11)	Geräte- und Instrumentenkunde	25	Notarzt
12)	Technische Kommunikation, Einsatztaktik	15	DLRA
13)	Fahrzeugkunde, Rettungstechnik und Krankentransport	15	DLRA
14)	Dokumentation	10	DLRA
15)	Katastrophenschutz	5	DLRA
16)	Unfallverhütung, Selbstschutz	10	Experte d. UVD - AUVA
17)	Sozialwesen, Sozialkunde, Sozialversicherungsrecht, Leistungsrecht und Fürsorge	10	Jurist
18)	Rechtskunde, Berufs- und Staatsbürgerkunde	10	Jurist
19)	Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen	5	Arzt, Jurist
20)	Kommunikation, Konfliktbewältigung und Supervision	10	Psychologe
	STUNDENANZAHL:	**320**	

Quelle: ÖAGW, 1993

Hinweis: Bei der Stundenverteilung handelt es sich derzeit um eine grobe Gewichtung entsprechend den Erfordernissen. Bei der Curriculumerstellung wird von der ÖAGW nach der detaillierten Darstellung der Lehrinhalte und Ausformulierung der Lehrziele die Feinabstimmung der zu erreichenden Unterrichtsstunden erfolgen.

Die nachstehende Abbildung gibt die Praktika des Rettungssanitäters sowie deren Dauer übersichtlich wieder:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Praktika des Rettungssanitäters

A) Krankenhauspraktikum:

1	Woche	Unfallchirurgie/Schockraum	
1	Woche	Unfallchirurgie/Erstaufnahme	
2	Wochen	Geburtshilfepraktikum	
2	Wochen	Interne/Geriatrie-Pflege	
6	Wochen	à 40 Stunden	240 Stunden

B) Rettungspraktikum:

Mind. 150 Ausfahrten als 3. Sanitätsfachkraft oder 12 Wochen praktische Tätigkeit im Rettungsdienst unter Aufsicht und Anleitung eines DRA bzw. eines RS mit Lehrbefugnis zur Ausbildung von Rettungssanitätern, davon eventuell 6 Wochen als Pflegepraktikum (z.B.: Bundesheer) ≅ 480 Stunden

Quelle: ÖAGW, 1993

7.2.1.5 AUSBILDUNGSTRÄGER

Träger von Ausbildungsstätten (Österreichische Rettungsakademie (ÖRAK) und Rettungssanitäterschulen (RSS)) für die Ausbildung zum RS müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

Die ***Errichtung und der Betrieb einer Rettungssanitäterschule*** bedarf der *Bewilligung der zuständigen Sanitätsbehörde.* Um ein derartige Bewilligung zu erzielen müssen eine Reihe von *Basisvoraussetzungen* erfüllt sein:

1.) Die für die Abhaltung des theoretischen und praktischen Unterrichtes *erforderlichen Räumlichkeiten und Lehrmittel müssen zur Verfügung stehen*.

2.) Der Nachweis muß erbracht werden, daß die für die theoretische und praktische Ausbildung erforderlichen *Lehrkräfte*, die hiezu fachlich und pädagogisch geeignet sind und über die nötige Berufserfahrung und Praxis verfügen, in ausreichender Zahl vorhanden sind.

3.) Die *Verbindung mit einer Krankenanstalt* muß gegeben sein, welche die zur praktischen Ausbildung erforderlichen einschlägigen Fachabteilungen besitzt und mit den zur Erreichung des Ausbildungszweckes notwendigen Lehrern und sonstigem Personal sowie Lehrmitteln ausgestattet ist.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

4.) Ein *leitender Notarzt (LN)*, der die hiefür erforderliche fachliche Eignung und Berufserfahrung besitzt, ist als *Ärztlicher Leiter (ÄL)* und für die Ausbildung Verantwortlicher zu bestellen.

5.) Ein Lehrassistent, also ein DLRA bzw. in der Übergangsphase ein Lehrrettungssanitäter, der hiefür fachlich und pädagogisch geeignet ist und der die hiefür erforderliche fachliche Ausbildung absolviert hat, ist als *Rettungsdienstlicher und Organisatorischer Leiter (ROL) zu* bestellen.

6.) Für den Ärztlichen sowie für den Rettungsdienstlich-Organisatorischen Leiter ist jeweils eine *Vertretung zu nominieren*, die die gleichen Voraussetzungen erfüllt wie der jeweilige Leiter selbst.

7.) Eine *Prüfungs- und Aufnahmekommission* ist zu bestellen, die die in weiterer Folge beschriebenen Voraussetzungen erfüllt.

8.) *Alle gesetzlichen Bestimmungen* für die Errichtung und den Betrieb von Rettungssanitäterschulen sowie alle Ausbildungsvorschriften (Bundesgesetz, Ausbildungsverordnung, etc.) und sonstigen relevanten Sanitätsbestimmungen müssen *eingehalten werden*;

9.) Es muß *gewährleistet sein, daß die Absolventen die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die zur Ausübung des Berufes erforderlich sind, erlangen können*.

Die Trägerschaft von Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum RS sollte folgenden Behörden/Institutionen/Organisationen möglich sein:

1.) Rettungssanitäterschulen (RSS) für die Ausbildung zum RS bzw. Basisausbildung zum RS im Stufenmodell der Ausbildung zum DRA:

a) Trägerorganisationen im Rettungsdienst:
- Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK),
- Arbeiter Samariterbund(ASB),
- Malteser Hospitaldienst,
- Johanniter-Unfall-Hilfe, etc.;

b) Bund, Länder, Bezirke/Sprengel, Städte und Gemeinden, Sozialversicherungsträger und andere öffentliche Institutionen oder Organisationen:

c) Feuerwehren/Feuerwehrschulen:

d) Polizei/Polizeischulen:

e) Ärztekammern;

f) private Einrichtungen und Institutionen bzw. Organisationen.

***2.) Österreichische Rettungsakademie (ÖRAK) bzw. deren Departements für die Ausbildung zum DRA** im Rahmen des ersten Ausbildungsabschnittes mit Abschluß zum RS gemäß dem Schulmodell der Ausbildung zum DRA:* Wien, Innsbruck und Graz

3). Österreichisches Bundesheer

a) Heeressanitätsschule in Wien - Stammersdorf,

b) weitere sieben Ausbildungsstätten in den Bundesländern.

7.2.1.5.1 Rettungssanitäterschulen (RSS)

Rettungssanitäterschulen (RSS) sind jene *Ausbildungsstätten, die ausschließlich für die Ausbildung zum Rettungssanitäter sowie die verpflichtende Fort- und Weiterbildung bestimmt sind* und deren Träger alle gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen und Erfordernisse erfüllt. Die RSS muß über einen Ärztlichen und einen Rettungsdienstlich-Organisatorischen Leiter sowie über entsprechende Vertretungen verfügen. Die Träger der Ausbildungsstätten haben eine ausreichende Anzahl an Praktikumsplätzen für das Krankenhaus- und das Rettungspraktikum zu gewährleisten. Die Durchführung der Krankenhauspraktika fällt in die Kompetenz des Ärztlichen Leiters der jeweiligen Krankenanstalt, die Durchführung des Rettungspraktikums in die des DLRA bzw. des Lehrrettungssanitäters unter die Aufsicht des Leitenden Notarztes des Lehrrettungsdienstes.

7.2.1.5.2 Kursleitung

Die ***Schulleitung wird vom Träger der Ausbildungsstätte bestellt***. Zum ärztlichen Leiter einer Rettungssanitäterschule (RSS), die ausschließlich für die Ausbildung zum sowie die Fort- und Weiterbildung der Rettungssanitäter bestimmt ist, ist ein für diese Tätigkeit fachlich geeigneter Notarzt, welcher aktiv im Rettungsdienst tätig ist, zu bestellen, der die hierfür erforderliche Berufserfahrung besitzt.

Dem ***Leitenden Notarzt (Ärztlicher Leiter)*** obliegen sämtliche Belange hinsichtlich Organisation, Durchführung, Beaufsichtigung und Verantwortung des Kurses, insbesondere der medizinischen, respektive notfallmedizinischen theoretischen und

praktischen Ausbildung, der Einhaltung der Lehrinhalte, der Auswahl der Vortragenden, etc.

Der theoretische und praktische Unterricht ist in Zusammenarbeit mit dem Leitenden Diplomierten Lehrrettungsassistenten bzw. dem Leitenden Lehrrettungssanitäter so zu gestalten, daß unter Bedachtnahme auf die sachliche, personelle, gerätemäßige und fahrzeugmäßige Ausstattung eine optimale Ausbildung der Lehrgangsteilnehmer in bezug auf die vorgeschriebenen Lehrinhalte gewährleistet ist.

Zum ***Leitenden Diplomierten Lehrrettungsassistenten oder Leitenden Lehrrettungssanitäter (bzw. Rettungsdienstlich-Organisatorischen Leiter)*** der Rettungssanitäterschule (RSS) für die Ausbildung zum Rettungssanitäter ist ein für die Tätigkeit *fachlich geeigneter Diplomierter Lehrrettungsassistent* bzw. solange diese Voraussetzung (im Zeitraum der Übergangsregelung) nicht erfüllbar ist, ein *Rettungssanitäter mit der Zusatzausbildung zum Lehrrettungssanitäter* zu bestellen. Ihm obliegen als Unterstützung des Lehrgangsleiters die Betreuung der Lehrgangsteilnehmer sowie die Aufsicht über die praktische rettungsdienstliche Ausbildung. Der Leitende Lehrrettungssanitäter bzw. der Leitende Diplomierte Lehrrettungsassistent hat über die *erforderliche fachliche und pädagogische Eignung* sowie über eine *mehr als dreijährige aktive Berufserfahrung* zu verfügen, ebenso sein Vertreter.

7.2.1.6 ABSCHLUßPRÜFUNG ZUM RETTUNGSSANITÄTER, PRÜFUNGSKOMMISSION

Für die ***Zulassung zur Abschlußprüfung*** der Ausbildung zum Rettungssanitäter sind neben der *Bestätigung über den erfolgreichen Abschluß der theoretischen Ausbildung und des Krankenhauspraktikums* eine *Bestätigung über mindestens 150 Ausfahrten als Rettungshelfer* (= "3. Sanitätsfachkraft" zusätzlich zur Stammbesatzung) auf einem anerkannten Lehrrettungswagen für RS *oder Gleichwertiges* schriftlich nachzuweisen.

Die erfolgreiche Teilnahme wird durch die ***unabhängige Prüfungskommission*** mit einem ***staatsgültigem Zeugnis*** bestätigt. Mit diesem Zeugnis und den Praktikumsbestätigungen kann um die Ausstellung des ***"Berufsberechtigungspasses" (BBP) für die Berufsausübung*** angesucht werden. Dieser wird alle zwei Jahre von der Prüfungskommission verlängert, wenn die erforderliche praktische und theoretische Fort- und Weiterbildung absolviert und im ***Fort- und Weiterbildungspaß*** bestätigt sowie die ***erforderliche Berufspraxis nachgewiesen*** wurde und alle Qualitätsstandards erfüllt wurden.

Die ***Prüfungskommission*** besteht aus einem Vertreter der Landessanitätsdirektion oder dessen Stellvertreter als Vorsitzender der Prüfungskommission, einem Vertre-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

ter der jeweiligen Ausbildungsstätte für Rettungssanitäter, dem Ärztlichen (wissenschaftlichen) Leiter der Ausbildungsstätte, dem Rettungsdienstlich-organisatorischen Leiter der Ausbildungsstätte, einem Vertreter der Interessensvertretung der Sanitätsfachkräfte, den jeweiligen medizinischen und rettungsdienstlichen Kursleitern (unterrichtender Notarzt und Dipl. Lehrrettungsassistent bzw. Rettungssanitäter mit der Lehrbefugnis zur Ausbildung zum Rettungssanitäter mit mehrjähriger Berufserfahrung), den zu Prüfern bestellten Lehrkräften der Ausbildungsstätte: je einem Facharzt für Anästhesie- und Intensivmedizin, Interne Medizin/Kardiologie und Chirurgie bzw. Unfallchirurgie.

Die ***theoretischen Ausbildungsinhalte*** *werden in schriftlicher und mündlicher Form*, die ***Inhalte des Krankenhaus- und Rettungspraktikums*** *in mündlicher und praktischer Form abgenommen*. Die Dauer der Prüfung beträgt einen Tag. Eine ***Prüfungswiederholung*** ist zweimal zulässig, wobei sämtliche Prüfungsabschnitte zu wiederholen sind. Eine Prüfungswiederholung ist frühestens nach sechs Wochen bzw. zum nächsten ordentlichen Prüfungstermin möglich.

7.2.1.7 ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN, ANRECHNUNG UND ERGÄNZUNGSAUSBILDUNG

In der ***Übergangsphase*** soll es den Sanitätsgehilfen (hauptamtliches Personal) sowie Freiwilligen im Rettungsdienst gleichermaßen möglich sein, die fehlenden Theoriestunden und Praktika durch ***Ergänzungsausbildungen*** nachzuholen. ***Das Krankenhaus-Praktikum muß innerhalb einer angemessenen Nachfrist absolviert werden***. *Bei mehr als zehnjähriger praktischer Tätigkeit und Erfahrung im Rettungs- und Krankentransportdienst entfällt die Abschlußprüfung.* ***Personen, die die Voraussetzungen gemäß den Übergangsbestimmungen nicht bzw. noch nicht erfüllen****, werden genauso wie jene Personen, die sich in einer Ausbildung zum Rettungssanitäter nach dem Stufen- oder Schulmodell befinden und die theoretische Ausbildung zum RS bereits erfolgreich absolviert haben,* ***als Rettungshelfer (RH)*** *bezeichnet. Personen mit einer dzt. gültigen abgeschlossenen Ausbildung (= Sanitätsgehilfen), die keine Nachschulung im Sinne der Übergangsbestimmungen absolvieren wollen, bleiben im Status eines Rettungshelfers (RH).*

a) Anrechnung im Bereich der Hauptamtlichen:

Basierend auf der schon geleisteten Grundausbildung (135 Stunden) ist der ***Nachweis des Besuchs der fehlenden Theoriestunden*** auf insgesamt 320 Theoriestunden hinsichtlich Umfang und Inhalt zu erbringen. Angerechnet wird die nachgewiesene Grundausbildung und der Erste-Hilfe-Kurs. Besuchte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen finden wie folgt Berücksichtigung zur theoretischen Ausbildung: Anhand der ***österreichweit einheitlich zu erstellenden Liste an fachspezifischen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen*** wird

durch eine gesondert eingeführte ***unabhängige Kommission*** geprüft, ob und in welchem Umfang diese angerechnet werden können. ***Die praktische Ausbildung im Krankenhaus muß in jedem Fall nachabsolviert werden.*** Beim Nachweis des Rettungspraktikums (150 Ausfahrten), die durch die Dienststelle zu bestätigen sind, dürfte es bei den Hauptamtlichen keinerlei Probleme geben.

Personen mit über zehnjähriger Berufserfahrung (Dienstgebernachweis) benötigen bei Nachweis des Besuchs der fehlenden Theoriestunden zum Rettungssanitäter und des Rettungspraktikums keine Prüfung und erhalten nach ***Absolvierung der praktischen Ergänzungsausbildung im Krankenhaus*** die Berufsbezeichnung "Rettungssanitäter".

b) Anrechnung im Bereich der Freiwilligen:

Für die Anrechnung bei den Freiwilligen ist folgender Modus vorgesehen:

Grundvoraussetzung *ist, daß es sich bei dem Freiwilligen um einen* ***"Aktiven Freiwilligen" mit mindestens zwei Diensten pro Monat*** *handelt, der den Erste-Hilfe-Kurs mit !6 Stunden sowie eine* ***theoretische Ausbildung über mindestens 160 Stunden*** *(z.B.: den Sanitätshelfer (60 Stunden Theorie) und/oder Notfallsanitäterkurs (ca. 100 Stunden) und/oder auf die 160 Stunden anrechenbare rettungsrelevante Fort- und Weiterbildungen* ***absolviert hat.*** Über die ***Anrechnung*** und deren Umfang, sowie über die nachzuholenden Lehrinhalte entscheidet eine gesondert eingeführte ***unabhängige Kommission*** analog zu den Hauptamtlichen. Zusätzlich wird noch die ***Dauer der Tätigkeit in die Bewertung miteinbezogen***. ***Mindestvoraussetzung*** *ist eine* ***kontinuierliche aktive Dienstleistung*** (= mind. 2 Dienste/Monat) *und eine* ***Mindesteinsatzzeit im Rettungs- und Krankentransportdienst von 480 Stunden*** (entspricht dem Rettungspraktikum gemäß Ausbildungsmodell) ***in den letzten beiden Kalenderjahren.*** Falls der ***Nachweis des Rettungspraktikums*** in der oben beschriebenen Form nicht zu erbringen ist, ist das gesamte Rettungspraktikum binnen sechs Monaten ab Ausbildungsbeginn zu absolvieren.

Bedarf an theoretischen und praktischen Ergänzungsausbildungen:

Bei 2 - 5 Jahren Praxis im Rettungsdienst:

Theoretische Nachschulung im Ausmaß von mindestens 160 Stunden, Absolvierung des sechswöchigen Krankenhauspraktikums und Ablegung der kommissionellen Prüfung.

Bei 5 - 10 Jahren Praxis im Rettungsdienst:

Theoretische Nachschulung im Ausmaß von mindestens 120 Stunden, Absolvierung des sechswöchigen Krankenhauspraktikums und Ablegung der kommissionellen Prüfung.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Anrechnung zur Ausbildung zum Rettungssanitäter im Bereich der Hauptamtlichen

Grundvoraussetzungen:

- Grundausbildung entsprechend der derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen im Ausmaß von 135 Stunden
- Nachweis von mindestens 150 Ausfahrten (Dienstgebernachweis)
- Absolvierung des Krankenhauspraktikums entsprechend dem neuen Ausbildungskonzept

Ergänzungsausbildungen:

- bei einer 2 - 5jährigen Tätigkeit im Rettungsdienst:

  ➔ Theoretische Nachschulung im Ausmaß von 160 Stunden, Absolvierung eines sechswöchigen Krankenhauspraktikums und Ablegung der kommissionellen Prüfung

- bei einer 5 - 10jährigen Tätigkeit im Rettungsdienst:

  ➔ Theoretische Nachschulung im Ausmaß von 120 Stunden, Absolvierung eines sechswöchigen Krankenhauspraktikums und Ablegung der kommissionellen Prüfung

- bei einer 11- und mehrjährigen Tätigkeit im Rettungsdienst:

  ➔ Theoretische Nachschulung im Ausmaß von 80 Stunden, Absolvierung eines sechswöchigen Krankenhauspraktikums und Ablegung eines Kolloquiums

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Anrechnung zur Ausbildung zum Rettungssanitäter im Bereich der Freiwilligen

Grundvoraussetzungen:

- "aktiver" Freiwilliger (mindestens zwei Dienste pro Monat)
- Ausbildung im Mindestausmaß von 160 Stunden (angerechnet werden die Grundausbildung und spezifische Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen)
- Mindesteinsatzzeit von 480 Stunden im Rettungsdienst (Einsatznachweis) oder Absolvierung des Rettungspraktikums binnen 6 Monaten ab Ausbildungsbeginn

Ergänzungsausbildungen:

- bei einer 2 - 5jährigen Tätigkeit im Rettungsdienst:

  ➔ Theoretische Nachschulung im Ausmaß von 160 Stunden, Absolvierung eines sechswöchigen Krankenhauspraktikums und Ablegung der kommissionellen Prüfung

- bei einer 5 - 10jährigen Tätigkeit im Rettungsdienst:

  ➔ Theoretische Nachschulung im Ausmaß von 120 Stunden, Absolvierung eines sechswöchigen Krankenhauspraktikums und Ablegung der kommissionellen Prüfung

- bei einer 11- und mehrjährigen Tätigkeit im Rettungsdienst:

  ➔ Theoretische Nachschulung im Ausmaß von 80 Stunden, Absolvierung eines sechswöchigen Krankenhauspraktikums und Ablegung eines Kolloquiums

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Ab 11 Jahren Praxis im Rettungsdienst:
Theoretische Nachschulung im Ausmaß von mindestens 80 Stunden, Absolvierung des sechswöchigen Krankenhauspraktikums und Ablegung eines Kolloquiums.

Das Krankenhauspraktikum im Ausmaß von sechs Wochen ist jedenfalls verpflichtend zu erbringen.

Die freiwillig Tätigen müssen ***mindesten 20 Stunden Dienstpraxis pro Monat im Rettungs- und Krankentransportdienst in den letzten beiden Kalenderjahren*** (= 480 Mindestjahresstunden) geleistet haben, um zur Nachschulung zugelassen zu werden (diese Stundenzahl ergibt sich aus den bestehenden Satzungen und der Geschäftsordnung des ÖRK, die für aktive Freiwillige ein Mindestmaß von 2 Diensten pro Monat vorsehen). Hiezu muß vom Träger der jeweiligen Rettungsorganisation, bei Vorliegen der obenstehenden Bedingungen, eine rechtsverbindliche Bestätigung ausgestellt werden. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, ist das Rettungspraktikum (150 Ausfahrten) zur Gänze verpflichtend zu absolvieren.

Besuchte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen finden zur theoretischen Ausbildung wie folgt Berücksichtigung: Anhand der zu erstellenden Liste an fachspezifischen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen wird durch eine gesondert eingeführte unabhängige Kommission geprüft, ob und in welchem Umfang diese angerechnet werden können.

c) Anrechnung im Bereich der hauptamtlich Tätigen im Bundesheer (San.UO, San.O.):

Diese Übergangsbestimmungen sind gemeinsam mit dem Bundesministerium für Landesverteidigung zu erstellen.

Modellvorstellungen:

- Anrechnung der Sanitätsgehilfenprüfung im Ausmaß von 135 Stunden sowie etwaiger Fortbildungsveranstaltungen analog zu den Hauptamtlichen bis maximal 160 Stunden Theorie insgesamt,
- Absolvierung des sechswöchigen Krankenhauspraktikums obligat,
- Absolvierung des 12-wöchigen Rettungspraktikums, davon sechs Wochen als Pflegepraktikum möglich.

Ausbildungsziel:
GWD - Rettungssanitäter

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.2.1.8 KENNZEICHNUNG

- o ***Rote Berufskleidung in Sicherheitssignalfarben mit Hemd- bzw. Ärmelschlaufen mit Äskulap-Zeichen und Buchstaben***
  - für den Rettungshelfer: ***RH*** und
  - für den Rettungssanitäter ***RS***

  sowie Berufsbezeichnung "RETTUNGSHELFER" bzw. "RETTUNGSSANITÄTER" in großen schwarzen Balkenlettern (mindestens 12 Zentimeter groß) ***auf weißem reflektierenden Grund auf Höhe der Brustwirbelsäule am Rücken jeder Sanitätsfachkraft.***

- o ***Namensschild der jeweiligen Rettungsdienstorganisation.*** Emblem mit Personalnummer, Namen und Berufsbezeichnung.

7.2.1.9 BERUFSBEZEICHNUNG UND BERUFSANERKENNUNG

Personen, die die Ausbildung zum Rettungssanitäter absolviert und die erforderliche Prüfung abgelegt haben sowie die Voraussetzungen zur Berufsberechtigung erfüllen, dürfen die ***Berufsbezeichnung "Rettungssanitäter"*** führen. Gleiches gilt für jene Personengruppe der Hauptamtlichen, die diese Berufsbezeichnung aufgrund der Übergangsbestimmungen, nach Erfüllung der Voraussetzungen, ohne Abschlußprüfung als Berufsbezeichnung führen dürfen.

Detaillierte Ausführungen zur ***Berufsanerkennung nach dem ASVG*** als angelernter bzw. anerkannter Beruf aus der Sicht der Standesvertretung sind in Kapitel 6.7 ausführlich dargestellt.

7.2.2 DIE AUSBILDUNG ZUM DIPLOMIERTEN RETTUNGSASSISTENTEN (DRA)

Der Diplomierte Rettungsassistent (DRA) hat in der Primärversorgung der praeklinischen Notfallmedizin jenen Stellenwert, den das diplomierte Krankenpflegepersonal in der stationären intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung einnimmt. So artverwandt und ähnlich die Berufe bei oberflächlicher Betrachtung auch sind, so gravierend sind die Unterschiede hinsichtlich des bei Notfallpatienten auszuübenden Tätigkeitsspektrums. ***Während das diplomierte Krankenpflegepersonal in der Geborgenheit der Klinik im Ernstfall auf rasche qualifizierte ärztliche Hilfe vertrauen kann, ist der DRA bei den im Rahmen der qualifizierten Ersten-Hilfe zu leistenden Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen (ALS) sehr oft auf sich alleine gestellt und muß bis zum Eintreffen höherqualifizierter Hilfe (z.B.: Nachalarmierung des Not-***

arztes/NAW, Rendez-vous-System, Rettungshubschrauber, etc.) beziehungsweise bis zur Übergabe in der Notaufnahme des Zielkrankenhauses entsprechend den "Medizinischen Anweisungen" handeln. Ähnlich wie beim diplomierten Krankenpflegepersonal (vgl.: intravenöse Verabreichung von Medikamenten über Einzelermächtigung des zuständigen eigenberechtigten Arztes) werden und müssen hier über Einzelermächtigung des jeweilig zuständigen Leitenden Notarztes (LNA) der Rettungsdienststelle im Rahmen der Verlängerung der Berufsberechtigung der DRA einzelne qualifizierte bzw. notfallmedizinische Erste-Hilfe-Sofortmaßnahmen bzw. assistierende lebensrettende Sofortmaßnahmen unter strikter Einhaltung der medizinischen Anweisungen an den berufsberechtigten DRA übertragen werden.

Entsprechend diesen "Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen - ALS" darf in Situationen, in denen qualifizierte ärztliche Hilfe aus welchen Gründen auch immer nicht sofort möglich ist, ausschließlich unter strikter Einhaltung der "Medizinischen Anweisungen", als Helfer und Assistent des Arztes im Interesse des Patienten gehandelt werden. Jedes Abweichen von diesen "Medizinischen Anweisungen" stellt eine Überschreitung des Aufgaben- und Kompetenzbereiches im Sinne einer "eigenmächtigen Heilbehandlung" des DRA dar, für die sich der DRA entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zu verantworten hat.

Die obenstehenden *"Medizinischen Anweisungen"* stellen den internationalen Standard hinsichtlich der Anwendung von semimedizinischen bzw. notfallmedizinischen Erste-Hilfe-Sofortmaßnahmen durch medizinisches Assistenz- und Hilfspersonal dar, die *von einem österreichweiten interdisziplinären Expertengremium als österreichische Standards auf Basis internationaler Standards und des Standes der Wissenschaft festzulegen* sind. Durch diese Regelung sollen die derzeit bestehenden Mißstände beendet werden, daß z.B. unzureichend ausgebildetes Personal ohne ärztliche Aufsicht und ohne entsprechende theoretische und praktische Ausbildung frei von jeder medizinischen Anweisung ärztliche Handlungen ausführt.

Zum besseren Verständnis für weniger mit der Materie Befaßte sei an dieser Stelle folgendes praktische Beispiel aus fachkundiger Quelle aufgezeigt: In der Großstadt Wien, die an und für sich über eine gute Rettungsinfrastruktur verfügt, werden derzeit ca. zwei Drittel der NAW-wertigen Einsätze, das sind Notfälle, bei denen aufgrund der Schwere des Notfalls eigentlich ein Notarztwagen (= Rettungstransportwagen mit Notarzt) eingesetzt werden müßte, von Rettungstransportwagen (ohne Notarzt) und teilweise sogar von Krankentransportwagen durchgeführt. Aus Kenntnis dieser Sachlage heraus ***wurde beim Städtischen Rettungs- und Krankentransport ein Pilotversuch für einen erweiterten Handlungsspielraum des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst gestartet*** (vgl. hiezu MALZER, SCHREIBER, LEEB, KAFF, STERZ, 1992).

Diese ersten Versuche verbesserter und rascherer praeklinischer und notfallmedizinischer Versorgung können jedoch nur dann längerfristig erfolgreich sein, wenn für diese Aufgaben entsprechend qualifiziertes und geschultes Personal herangebildet und eingesetzt wird.

Nachfolgend stellt die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen das neue Ausbildungsmodell für Diplomierte Rettungsassistenten näher vor:

Einleitend wird angemerkt, daß die ***Ausbildung zum Rettungssanitäter***, egal ob im Rahmen des Stufenmodells oder des Schulmodells, ***Grundvoraussetzung*** für die Zulassung zur Ausbildung beziehungsweise Basisausbildung (I. Ausbildungsabschnitt) zum Diplomierten Rettungsassistenten ist. *Somit verfügt der Lehrgangsteilnehmer in der Ausbildung zum DRA bereits über ein gewisses Maß an medizinischem, rettungstechnischem und einsatztaktischem* ***Basiswissen***, welches er durch die Absolvierung von 150 Ausfahrten als dritte Sanitätsfachkraft bzw. einem 12-wöchigem Rettungs- und Pflegepraktikum sowie dem sechswöchigen Krankenhauspraktikum um den Kontakt zum Patienten, insbesondere zum Kranken bzw. Verunfallten, erweitern konnte. Bei der Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten im Schulmodell stellt die theoretische und praktische Ausbildung zum Rettungssanitäter den I. Ausbildungsabschnitt dar.

Um eine ***praxisorientierte Ausbildung*** zum Diplomierten Rettungsassistenten zu gewährleisten, wurde die ***Gestaltung des Unterrichts in Blockform alternierend zwischen praktischer und theoretischer Wissensvermittlung*** vorgenommen. Unter IP-1 ist somit der 1. Block des Intensivpraktikums und unter TL-1 der erste Block des theoretischen Unterrichts zu verstehen. Die Reihenfolge der ***Durchführung der Praktikumsblöcke erfolgt nach steigendem Anforderungsgrad*** des Cand. DRA. Die ersten sechs Praktikumsblöcke sind in einem Krankenhaus bzw. an einer Klinik zu absolvieren, der siebente und letzte Praktikumsblock stellt ein Rettungsintensivpraktikum auf einem an ein Krankenhaus gebundenen NAW und NAH dar.

Der Cand. DRA ist ab dem Ende des I. Ausbildungsabschnittes (Status Rettungssanitäter) an einer Lehrrettungsstelle angestellt, ungeachtet, ob er sich für eine Ausbildung nach dem Stufen- oder Schulmodell entschieden hat.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

ÜBERBLICK DER GESAMTAUSBILDUNG ZUM DIPLOMIERTEN RETTUNGSASSISTENTEN

I. Ausbildungsabschnitt:	**Basisausbildung** zum Rettungssanitäter (RS) Theorie: 320 Stunden KH-Praktikum: 240 Stunden	560	Stunden
zuzüglich:	**Rettungspraktikum** Mind. 150 Ausfahrten als 3. Sanitätsfachkraft oder 12 Wochen praktische Tätigkeit im Rettungsdienst unter Aufsicht und Anleitung eines DRA bzw. eines RS mit Lehrbefugnis zur Ausbildung von Rettungssanitätern, davon eventuell 6 Wochen als Pflegepraktikum; entspricht mind.	≅ 480	Stunden
Abschluß:	Staatliche Abschlußprüfung mit Zeugnis zum Rettungssanitäter		

Quelle: ÖAGW, 1993

II. Ausbildungsabschnitt:	**Intensivlehrgang**		
	I. Theorielehrgang (TL) Block A bis G *)	1120	Stunden
	II. 14 Wochen Intensivpraktikum (IP) *)	560	Stunden
	Summe:	1680	Stunden

*): Am Ende eines jeden Blockes ist eine Zwischenprüfung zu absolvieren.

Quelle: ÖAGW, 1993

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

III. Ausbildungsabschnitt:	**Lehrrettungspraktikum** 12 Monate praktische Tätigkeit als Praktikant an einer Lehrrettungsstelle unter Aufsicht eines Dipl. Lehrrettungsassistenten in Vollzeitform (40-Stunden-Woche) inkl. eines 6-wöchigen Intensivlehrganges zur Prüfungsvorbereitung und eines 4-wöchigen Intensivlehrganges für Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen (ALS)	1680	Stunden
Diplomvoraussetzungen:	1) Verfassen einer Diplomarbeit zu einem berufsspezifischen Thema 2) Kommissionelle Abschlußprüfung (Diplomprüfung) zum DRA		
Diplom:	Diplomierter Rettungsassistent		

Quelle: ÖAGW, 1993

In zwei Wegen bzw. Berufslaufbahnen soll die Erreichung dieses Berufes grundsätzlich möglich sein: ***durch das Stufen- und das Schulmodell***. Für die Ausbildung zum DRA im Rahmen der Übergangsbestimmungen sowie beim Bundesheer wurden darüber hinaus noch zwei Ausbildungsmodelle entwickelt: das ***Übergangsmodell*** und das ***Ausbildungsmodell Bundesheer***.

7.2.2.1 DAS INTEGRIERTE AUSBILDUNGSMODELL ZUM DIPLOMIERTEN RETTUNGSASSISTENTEN (DRA)

7.2.2.1.1 Das Stufenmodell

Hier absolviert der Cand. DRA (= ein RS in Ausbildung zum DRA) zuerst die ***Ausbildung zum Rettungssanitäter und kann später durch das Stufenmodell jederzeit, sofern er zwischenzeitlich die erforderlichen Fort- und Weiterbildungen und praktischen Tätigkeiten absolviert hat, mit dem II. Lehrabschnitt zum Diplomierten Rettungsassistenten fortsetzen***. Durch dieses integrierte Ausbildungsmodell steht jenen Personen, die sich aus welchen Gründen (private, finanzielle, etc.) auch immer, nicht sofort für eine dreijährige Ausbildung zum DRA entscheiden können, der ***"Zweite Bildungsweg"*** unter bestimmten Voraussetzungen jederzeit und somit seine "eigene berufliche Aufstiegschance" offen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Im folgenden wird das Stufenmodell kurz anhand der Abbildungen dargestellt:

Übersicht der Fächeraufteilung der theoretischen Ausbildung zum Rettungssanitäter im Stufenmodell der Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten

Theoretische Lehrinhalte		Stunden
1)	Anatomie und Physiologie	30
2)	Krankheitslehre - Störungen der Vitalfunktionen	35
3)	Krankenpflege	35
4)	Geburtshilfe	15
5)	Erste Hilfe	50
6)	Psychologie	10
7)	Sozialmedizin	5
8)	Arbeitsmedizin	5
9)	Hygiene und Desinfektionslehre	10
10)	Grundkenntnisse der Notfallmedikamente	10
11)	Geräte- und Instrumentenkunde	25
12)	Technische Kommunikation, Einsatztaktik	15
13)	Fahrzeugkunde, Rettungstechnik und Krankentransport	15
14)	Dokumentation	10
15)	Katastrophenschutz	5
16)	Unfallverhütung, Selbstschutz	10
17)	Sozialwesen, Sozialkunde, Sozialversicherungsrecht, Leistungsrecht und Fürsorge	10
18)	Rechtskunde, Berufs- und Staatsbürgerkunde	10
19)	Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen	5
20)	Kommunikation, Konfliktbewältigung und Supervision	10
	STUNDENANZAHL:	**320**

Quelle: ÖAGW, 1993

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Praktikum des Rettungssanitäters im Stufenmodell

A) Krankenhauspraktikum:

1	Woche	Unfallchirurgie/Schockraum	
1	Woche	Unfallchirurgie/Erstaufnahme	
2	Wochen	Geburtshilfepraktikum	
2	Wochen	Interne/Geriatrie-Pflege	
6	Wochen	à 40 Stunden	240 Stunden

B) Rettungspraktikum:

150 Ausfahrten als 3. Sanitätsfachkraft oder 12 Wochen praktische Tätigkeit unter Aufsicht und Anleitung eines DRA bzw. eines RS mit Lehrbefugnis zur Ausbildung von Rettungssanitätern, davon eventuell 6 Wochen als Pflegepraktikum ≅ 480 Stunden

Quelle: ÖAGW, 1993

Somit ist es Sanitätsfachkräften, die die Ausbildung zum Rettungssanitäter (RS) entsprechend den beschriebenen Bestimmungen und alle erforderliche Praktika sowie die staatliche Abschlußprüfung absolviert haben, möglich, in den zweiten Ausbildungsabschnitt des Schulmodells der Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten einzusteigen.

Überblick des II. Ausbildungsabschnittes im Stufenmodell zum Diplomierten Rettungsassistenten

Einheit	Lehr-/Praktikumsinhalt	Dauer in Wochen	Dauer in Stunden
TL-1	Block A	4 Wochen	160 Stunden
IP-1	je eine Woche: - Allgemeinpflege - Intensivpflege	2 Wochen	80 Stunden
TL-2	Block B	4 Wochen	160 Stunden

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Einheit	Lehr-/Praktikumsinhalt	Dauer in Wochen	Dauer in Stunden
IP-2	je eine Woche: - Geburtshilfe - Pädiatrie	2 Wochen	80 Stunden
TL-3	Block C	4 Wochen	160 Stunden
IP-3	je eine Woche: - Unfallchirurgie/Anästhesie - Neurochirurgie/Anästhesie	2 Wochen	80 Stunden
TL-4	Block D	4 Wochen	160 Stunden
IP-4	Anästhesie im OP-Bereich	2 Wochen	80 Stunden
TL-5	Block E	4 Wochen	160 Stunden
IP-5	Notaufnahme je eine Woche: - Kardiologie - Unfallchirurgie	2 Wochen	80 Stunden
TL-6	Block F	4 Wochen	160 Stunden
IP-6	Intensivstation	2 Wochen	80 Stunden
TL-7	Block G	4 Wochen	160 Stunden
IP-7	Rettungsintensivpraktikum je eine Woche an einem an ein Krankenhaus gebundenen NAW und einem NAH	2 Wochen	80 Stunden
Gesamt:	Theoretischer Unterricht	28 Wochen	1120 Stunden
	KH- und Rettungsintensivpraktikum	14 Wochen	560 Stunden
Summe:		42 Wochen	1680 Stunden

Quelle: ÖAGW, 1993

Legende: TL = Theorielehrgang IP = Intensivpraktikum

Am Ende eines jeden theoretischen und praktischen Lehrgangsblockes wird eine Zwischenprüfung abgenommen und erfolgt als Feedback für den Qualitätsgrad der

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Wissensvermittlung (zur Beurteilung von Ausbildnern und Auszubildenden) mit gegenseitig beschreibender Beurteilung.

Überblick des III. Ausbildungsabschnittes im Stufenmodell zum Diplomierten Rettungsassistenten

Lehrrettungspraktikum:

1) 12 Monate praktische Tätigkeit als Praktikant an einer Lehrrettungsstelle unter Aufsicht eines DLRA (40-Stunden-Woche) inkl. eines 6-wöchigen Intensivlehrgangs zur Prüfungsvorbereitung im letzten Semester sowie eines 4-wöchigen Intensivlehrganges für "Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen - ALS"

2) Verfassen der Diplomarbeit zu einem berufsspezifischen Thema

3) Diplomprüfung

Quelle: ÖAGW, 1993

7.2.2.1.2 Das Schulmodell

Dieses ***richtet sich künftig in erster Linie an Pflichtschul- und Berufsschulabgänger***, die hier in einer dreijährigen Ausbildung mit drei Ausbildungs- bzw. Schulabschnitten den Beruf des "Diplomierten Rettungsassistenten" erlernen. Eventuell könnte man in weiterer Folge in Anlehnung an die Bestrebungen des diplomierten Krankenpflegepersonals an die Integrierung der Matura in die Ausbildung denken, wodurch sich eine fünfjährige Ausbildung mit Matura und Berufsabschluß zum "Diplomierten Rettungsassistenten" ergeben würde.

Für Schüler, die eine Ausbildung zum DRA im Rahmen des Schulmodells anstreben und denen eine Teilnahme an dieser Ausbildung aus geographischen, finanziellen oder anderen würdigungswerten Gründen nicht möglich ist, sollte ein Internatsbetrieb eingerichtet werden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Stufenplan des Schulmodells:

I. Ausbildungsabschnitt:

Die Basisausbildung zum Rettungssanitäter entspricht inhaltlich dem I. Ausbildungsabschnitt zum Diplomierten Rettungsassistenten beim Stufenmodell und dauert 2 Semester. Er beinhaltet:

560 Stunden Theorie und Krankenhauspraktikum
480 Stunden Rettungspraktikum/Ausfahrten, etc.
1040 Stunden

II. Ausbildungsabschnitt:

Dieser entspricht inhaltlich dem II. Ausbildungsabschnitt zum Diplomierten Rettungsassistenten beim Stufenmodell und dauert 2 Semester.

Er beinhaltet:
a) einen theoretischen Lehrgang in Blockform
b) ein begleitendes Krankenhaus- und Rettungsintensivpraktikum unter persönlicher Betreuung eines Supervisors und Tutors.

Das Gesamtausmaß des II. Ausbildungsabschnittes beträgt 1680 Stunden.

III. Ausbildungsabschnitt:

Den III. Ausbildungsabschnitt stellt das Lehrrettungspraktikum inkl. eines sechswöchigen Intensivlehrganges zur Prüfungsvorbereitung sowie eines vierwöchigen Intensivlehrganges für assistierende lebensrettende Sofortmaßnahmen dar. In dieser Zeit muß weiters eine Diplomarbeit zu einem berufsspezifischen Thema verfaßt und am Ende dieses Ausbildungsabschnittes die Diplomprüfung abgelegt werden:

Dieser Ausbildungsabschnitt beinhaltet somit:

A) *Lehrrettungspraktikum an Lehreinrichtungen:*

12 Monate praktische Tätigkeit als Praktikant an einer Lehrrettungsstelle unter Aufsicht eines Dipl. Lehrrettungsassistenten (40-Stunden-Woche) inkl. eines 6-wöchigen Intensivlehrganges zur Prüfungsvorbereitung sowie eines 4-wöchigen Intensivlehrganges für Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen (ALS) im letzten Semester.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

B) *Verfassen der Diplomarbeit* zu einem berufsspezifischen Thema

C) *Diplomprüfung*

Das Gesamtausmaß des III. Ausbildungsabschnittes beträgt 1680 Stunden. ***Bis zum Abschluß der Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten ist der Cand. DRA lediglich zur eigenverantwortlichen Ausübung der Tätigkeiten eines RS befähigt.*** Tätigkeiten, die einem DRA vorbehalten sind, dürfen von einem Cand. DRA nur unter der Aufsicht oder auf Anordnung eines Diplomierten Lehrrettungsassistenten (DLRA) oder eines Arztes durchgeführt werden.

Allgemeine Bestimmungen für die Ausbildung zum DRA:

Die ***Abschlußprüfung*** ist jedenfalls eine ***kommissionelle Diplomprüfung*** (mündlich, schriftlich und praktisch), verbunden mit dem Verfassen einer Diplomarbeit in einem der Hauptfächer. ***Zweck und Ziel der kommissionellen Prüfung ist es festzustellen, ob sich der Studierende die für die Ausübung der berufsmäßigen Tätigkeit des DRA erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten angeeignet hat und in der Lage ist, die berufliche Tätigkeit selbständig und fachgerecht auszuführen.*** Personen, die die Diplomprüfung erfolgreich abgelegt haben, erhalten das Diplom.

Das ***Gesamtausbildungsausmaß*** aller drei Ausbildungsabschnitte beträgt somit ***4400 "Unterrichtsstunden" bzw. Unterrichtseinheiten.*** Wobei ein Unterrichtsstunde in Theorie 45 Minuten und eine Praktikumsstunde 60 Minuten dauert. *Die Ausbildungszeiten sind so festzulegen, daß sie die jeweils gesetzlich festgelegte Normalarbeitszeit nicht überschreiten.* Im Durchschnitt wird von einer Jahresarbeitszeit von 1640 bis 1680 Stunden ausgegangen.

Die Absolvierung der Fort- und Weiterbildung sowie die Handhabung des ***"Fort- und Weiterbildungspasses"*** ist in Analogie zum RS ebenfalls verpflichtend. ***Der Abschluß bringt die Anerkennung als Beruf nach dem ASVG mit sich.*** Der Absolvent erhält über Ansuchen von der Prüfungskommission einen ***"Berufsberechtigungspaß"*** (BBP) ausgestellt (Lizenzierung bzw. Zertifizierung), der nach Erfüllung aller Auflagen im Rahmen der Qualitätssicherung (abgeschlossene Ausbildung, kontinuierliche Teilnahme an der Fort- und Weiterbildung, Nachweis der praktischen Tätigkeit, Supervision, etc.) *jeweils um zwei Jahre verlängert* wird (Lizenzverlängerung bzw. Rezertifizierung).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.2.2.1.3 Das Ausbildungsmodell und Berufsziel beim Österreichischen Bundesheer

Beim Österreichischen Bundesheer entspricht das Berufsbild des DRA beim Rettungsdienst dem ***Diplomierten Unteroffiziers-Rettungsassistenten (UO.DRA) bzw. dem Diplomierten Offiziers-Rettungsassistenten (O.DRA)***. Die Ausbildung zum UO.DRA und O.DRA beim Österreichischen Bundesheer ist in erster Linie als Berufsausbildung für Zeitsoldaten (z.B.: mit zehnjähriger Verpflichtung) gedacht, die beim Bundesheer im Heeressanitätsdienst eingesetzt werden. ***In Analogie zur Ausbildung beim Krankenpflegefachdienst***, wo der UO-Kurs Teil 1 und 2 dem zweiten bzw. dritten Jahrgang entspricht und der vierte Jahrgang in einer einjährigen Karenz vom Bundesheer an einer zivilen Krankenpflegeschule (ebenso auch das beim Bundesheer nicht unterrichtete Fach Gynäkologie und Geburtshilfe) absolviert und zum Abschluß die kommissionelle Prüfung zum Diplomkrankenpfleger bei der Landessanitätsdirektion ablegt wird (BERGMANN, KOTZAUREK, et al, 1985 und Auskunft des Bundesheeres/Heeressanitätsdirektion) ***soll der UO. Cand. DRA künftig den ersten und zweiten Ausbildungsabschnitt*** (mit Ausnahme der beim Bundesheer/Heeressanitätsschule nicht absolvierbaren Intensivpraktika und des auf sechs Wochen verkürzten Rettungspraktikums) ***beim Bundesheer absolvieren, während der dritte Ausbildungsabschnitt in einer einjährigen Karenz abgeleistet wird***. Das Rettungspraktikum des ersten Ausbildungsabschnittes (= RS) soll bei den öffentlichen und privaten Rettungsorganisationen, die Intensivpraktika an den zuständigen universitären Abteilungen, Kliniken bzw. Instituten der Medizinischen Fakultäten sowie auf einem Lehrrettungswagen absolviert werden. Ausbildungsstätte für die beim Österreichischen Bundesheer zu absolvierenden Ausbildungsabschnitte ist die Heeressanitätsschule in Wien - Stammersdorf. Der Intensivlehrgang zur Prüfungsvorbereitung ist an der Österreichischen Rettungsakademie zu besuchen, für die Betreuung bei der Erstellung und die Beurteilung der Diplomarbeit kann sich der Student einen Fachprüfer einer Prüfungskommission an der Rettungsakademie wählen. Die Diplomprüfung ist entsprechend den Zulassungs- und Prüfungsbestimmungen vor der Prüfungskommission der Österreichischen Rettungsakademie abzulegen. Mit Erlangung des Diploms kann um die Ausstellung des "Berufsberechtigungspasses" (BBP) bei der Prüfungskommission angesucht werden (= Lizenzierung), die dann in weiterer Folge über die alle zwei Jahre erforderliche Verlängerung zu entscheiden hat.

7.2.2.1.4 Das Übergangsmodell

Das Übergangsmodell steht grundsätzlich den Hauptamtlichen, den Freiwilligen und den Angehörigen des Sanitätsdienstes des Bundesheeres offen. Grundvoraussetzung, um das Übergangsmodell zum DRA in Anspruch nehmen zu können, ist die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß den Ausbildungs- und Übergangsbestim-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

mungen zum Rettungssanitäter. Dies bedeutet, daß jede Person, die mit der Ausbildung zum DRA gemäß Übergangsmodell beginnt, eine abgeschlossene Ausbildung bzw. Anerkennung zum Rettungssanitäter gemäß den dortigen Übergangsbestimmungen besitzen muß. Die in Ausbildung zum DRA gemäß Übergangsmodell befindlichen Rettungssanitäter werden in Analogie zum Schul- und Stufenmodell ebenfalls als Cand. DRA bezeichnet.

Den ***Hauptamtlichen mit mehr als zehnjähriger nachgewiesener praktischer Tätigkeit*** und Berufserfahrung wird im Rahmen dieser Übergangsregelungen eine ***verkürzte Ausbildung*** ermöglicht:

In ihrem Status als Rettungssanitäter besitzen sie die entsprechenden theoretischen Kenntnisse. Diese müssen dem Status des DRA angepaßt werden. Zur Erreichung dieses Zieles muß der gesamte ***II. Ausbildungsabschnitt (Theorielehrgang und Intensivpraktikum) zur Gänze und ohne inhaltliche Einschränkungen absolviert*** werden.

Aufgrund der ***mehr als zehnjährigen praktischen Tätigkeit und Erfahrung*** im Rettungsdienst ist es dem Cand. DRA im Rahmen des Übergangsmodells möglich, den III. Ausbildungsabschnitt in der Hälfte der vorgesehenen Ausbildungsdauer, also in 800 Stunden, zu absolvieren. Der verbleibende Rest muß verpflichtend absolviert werden, um den Titel des DRA zu erhalten, wobei insbesondere darauf Bedacht zu nehmen ist, daß alle für die praktische Tätigkeit und für den Lehrplan erforderlichen praktischen Lehrinhalte, die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben bzw. erlangt werden.

Weiters hat das im Ausbildung befindliche Personal zur Erlangung des Titels Diplomierter Rettungsassistent eine Diplomarbeit zu berufsspezifischen Themen zu verfassen und eine Diplomprüfung abzulegen.

Das für das Übergangsmodell erforderliche Lehrpersonal muß, ehe es zum Unterricht zugelassen wird, eine entsprechende Sonderausbildung zum Lehrrettungssanitäter absolvieren. Diese hat sich nach den neuesten Erkenntnissen des Notfall- und Rettungswesens sowie Beispielen aus dem Ausland hinsichtlich rettungstechnischen und einsatztaktischen Erfordernissen zu orientieren. In der Übergangsphase wird es mangels einer ausreichenden Zahl an qualifizierten rettungsdienstlichen Lehrpersonen notwendig sein, in vermehrtem Ausmaß Lehrpersonal aus dem Ausland, in welchem bereits die internationalen Standards erfüllt werden, miteinzubinden und ebenfalls vermehrt Ärzte mit langjähriger praktischer Erfahrung im Rettungsdienst als Lehrpersonal einzusetzen.

Im Bereich der praktischen Ausbildung im III. Ausbildungsabschnitt (Lehrrettungspraktikum) müssen die Cand. DRA in der Übergangsphase, solange keine diplomier-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

ten Lehrrettungsassistenten zur Verfügung stehen, ihre praktischen Erfahrungen am NAW unter Aufsicht eines Notarztes erwerben.

7.2.2.2 ZULASSUNGSBESTIMMUNGEN ZUR AUSBILDUNG ZUM DIPLOMIERTEN RETTUNGSASSISTENTEN

Folgende ***Zulassungsvoraussetzungen*** müssen erfüllt werden:

1) Österreichische Staatsbürgerschaft bzw. Entsprechendes gemäß Übereinkommen EWR bzw. EU
2) Mindestalter:
   a) Schulmodell: positiv abgeschlossene 10. Schulstufe
   b) Stufenmodell: vollendetes 18. Lj. und abgeschlossene Berufsausbildung
   Höchstalter: für Einstieg ca. 30 - 35 Jahre
3) Bildungsvoraussetzung: betrifft nur Stufen-/Schulmodell: Berufsschul- bzw. Pflichtschulabschluß
4) abgeschlossene Ausbildung zum Rettungssanitäter (RS) inkl. der erforderlichen praktischen Erfahrung und Tätigkeiten und der vorgeschriebenen verpflichtenden Fort- und Weiterbildung: betrifft nur Stufenmodell
5) ärztliches Gesundheitszeugnis (körperliche, geistige und gesundheitliche Eignung zur Erfüllung der Berufspflichten)
6) Leumundszeugnis - Unbescholtenheit
7) Zusätzliche spezielle Berufsanforderungen:
   - charakterliche Eignung (z.B. Verschwiegenheit, Ehrlichkeit, etc.)
   - Bereitschaft zur Teamarbeit
   - Bereitschaft zur Übernahme von höherer Verantwortung (über das Leben anderer Menschen)
   - technisches Verständnis
   - rasche Auffassungsgabe
   - Entscheidungsfreudigkeit
   - Fähigkeit zum selbständigen Denken und Arbeiten
   - Organisationstalent
   - psychische Belastbarkeit
   - Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung
   - soziale Kompetenz
   - Vertrauenswürdigkeit

Die unter 7) genannten Berufsanforderungen können im Zuge eines ***Aufnahme- bzw. Eignungstestes*** bzw. ***eines persönlichen Gespräches*** überprüft werden.

Über die Aufnahme entscheidet eine Aufnahmekommission, die sich in gleicher Weise zusammensetzt wie die Prüfungskommission (vgl. Kap. 7.2.2.6).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

In Analogie zu § 6 Abs. 2 KrpflG, 2. Hauptstück, ist für die Ausbildung des Diplomierten Rettungsassistenten ***ein Ausbildungsjahr, das der Vertiefung der Allgemeinbildung und der Vorbereitung auf die Ausbildung zum DRA dient***, zu berücksichtigen und gemäß den einschlägigen schulrechtlichen Vorschriften am Sitz der Ausbildungsstelle zum DRA zu absolvieren. Durch dieses Schuljahr, das neben der Wissensvermittlung auch ein erzieherisches Ziel anstrebt, soll auch den Intentionen des Europäischen Übereinkommens über die theoretische und praktische Ausbildung im Bereich des diplomierten Krankenpflegepersonals, das hier in Analogie angewandt wird, weitestgehend Rechnung getragen werden. Als Voraussetzung für die Ausbildung ist demnach, genauso wie dies im Bereich der allgemeinen Krankenpflege üblich ist, grundsätzlich ***ein Bildungsgrad zu fordern, der wenigsten dem 10. Schuljahr einer allgemeinbildenden Schule entspricht***. Die Forderung nach der ***verbindlichen und positiven Absolvierung der 10. Schulstufe*** gilt jedoch genauso als erfüllt, wenn jemand eine abgeschlossene Berufsausbildung nachweisen kann, die Hauptschule und eine anschließende Handelsschule oder eine andere Berufsschule, die 6. Schulstufe einer AHS oder eine andere gleichwertige ***Schulausbildung positiv abgeschlossen*** hat.

7.2.2.3 DAS ANFORDERUNGS- UND TÄTIGKEITSPROFIL DES DIPLOMIERTEN RETTUNGSASSISTENTEN (DRA)

*Zum **Anforderungs- und Tätigkeitsprofil des Diplomierter Rettungsassistent** (DRA) als **hochqualifizierte medizinische Assistenzfachkraft**, welche aufgrund ihrer dreijährigen Ausbildung befähigt ist, die qualifizierte Durchführung assistierender lebenserhaltender bzw. lebensrettender (Sofort-)Maßnahmen bei Notfallpatienten, das Überprüfen, Wiederherstellen und Aufrechterhalten der vitalen Funktionen, die Herstellung der Transportfähigkeit, die sachgerechte Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfebedürftiger Personen am Unfallort wie auch während des Transportes zur klinischen Versorgungseinrichtung und in den Erstaufnahmen zu gewährleisten,* zählen:

A) MEDIZINISCH

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines Notarztes	selbständig und eigenverantwortlich als Assistenz des Notarztes und/oder gemäß medizinischer Anweisung	nie
Abkühlen bei Hitzeschäden	☒	☐	☐
Amputate versorgen	☒	☐	☐

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines Notarztes	selbständig und eigenverantwortlich als Assistenz des Notarztes und/oder gemäß medizinischer Anweisung	nie
Assistierte Beatmung	☒	☐	☐
Atemfrequenz überwachen	☒	☐	☐
Atemwege absaugen	☒	☐	☐
Atemwege freimachen	☒	☐	☐
Augenspülung	☒	☐	☐
Augenverband	☒	☐	☐
Beatmung eines intubierten Patienten mit Beutel	☒	☐	☐
Beatmung mit Taschenmaske	☒	☐	☐
Beatmung Mund zu Mund	☒	☐	☐
Bedienung Notfallrespirator (Oxylog, Medumat)	☒	☐	☐
Behindertenbetreuung	☒	☐	☐
Beißkeil setzen	☒	☐	☐
Betreuung von Angehörigen	☒	☐	☐
Blasenkatheter setzen	☒	☐	☐
Blutdruck messen	☒	☐	☐
Blutstillung durch Abdrücken	☒	☐	☐
Blutstillung durch Druckverband	☒	☐	☐
Blutzuckerbestimmung	☒	☐	☐
Dammschutz	☒	☐	☐
Defibrillation	☐	☒	☐
Duodenalsonde setzen	☒	☐	☐
Durchführung einfacher labordiagnostischer Untersuchungen mittels Teststreifen und Auswertung mittels Vergleichstabelle	☒	☐	☐
EKG - Elektroden kleben	☒	☐	☐
EKG-Ableitungen schreiben und grob beurteilen	☒	☐	☐
Geburtshilfe	☒	☐	☐
Guedeltubus setzen	☒	☐	☐
Harnzuckerbestimmung	☒	☐	☐
Heimlich-Handgriff anwenden	☒	☐	☐
Herzdruckmassage	☒	☐	☐
Hyperventilation begegnen	☒	☐	☐
Infektionstransport durchführen	☒	☐	☐

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines Notarztes	selbständig und eigenverantwortlich als Assistenz des Notarztes und/oder gemäß medizinischer Anweisung	nie
Infusionen herrichten	☐	☒	☐
Infusionen verabreichen	☐	☒	☐
Injektionen vorbereiten	☐	☒	☐
Injektionen verabreichen	☐	☒	☐
Inkubatoreinsatz	☒	☐	☐
Intubation ohne Relaxantien	☐	☒	☐
Kaltwasseranwendung bei Verbrennungen	☒	☐	☐
Karotispuls tasten	☒	☐	☐
Koniotomie durchführen	☐	☐	☒
Krankheitssymptome erkennen	☒	☐	☐
Lagerung auf Vakuummatratze	☒	☐	☐
Medikamente vorbereiten	☒	☐	☐
Monitoring	☒	☐	☐
Neugeborenes abnabeln	☒	☐	☐
Neugeborenes absaugen	☒	☐	☐
Palpation der Weichteile	☒	☐	☐
Patienten beobachten	☒	☐	☐
Perfusor handhaben	☒	☐	☐
Plazenta sichern	☒	☐	☐
Präkordialer Faustschlag	☒	☐	☐
Psychologische Patientenbetreuung, Patientenführung	☒	☐	☐
Pulsfrequenz überwachen	☒	☐	☐
Pulsoxymeter bedienen	☒	☐	☐
Pupillenkontrolle	☒	☐	☐
Radialispuls tasten	☒	☐	☐
Reanimation von Erwachsenen	☒	☐	☐
Reanimation von Kindern	☒	☐	☐
Reanimation von Säuglingen	☒	☐	☐
Reflexe kontrollieren	☒	☐	☐
Reposition durchführen	☒	☐	☐
Ruhigstellung von Brüchen mittels Dreiecktüchern	☒	☐	☐
Ruhigstellung von Brüchen mittels Kramerschienen	☒	☐	☐
Ruhigstellung von Brüchen mittels Luftschienen	☒	☐	☐

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines Notarztes	selbständig und eigenverantwortlich als Assistenz des Notarztes und/oder gemäß medizinischer Anweisung	nie
Ruhigstellung von Brüchen mittels Vakuumkissen	☒	☐	☐
Ruhigstellung von Brüchen mittels Vakuummatratzen	☒	☐	☐
Safartubus setzen	☒	☐	☐
Sauerstoffgabe über Gesichtsmaske	☒	☐	☐
Sauerstoffgabe über Nasensonde	☒	☐	☐
Schockbekämpfung	☒	☐	☐
Schockzustand erkennen	☒	☐	☐
senile Patienten betreuen	☒	☐	☐
stabile Seitenlagerung durchführen	☒	☐	☐
Schanzkrawatte anlegen	☒	☐	☐
Sturzhelm abnehmen	☒	☐	☐
subkutane Spritzen verabreichen	☒	☐	☐
Thoraxdrainage durchführen	☒	☐	☐
Todesfeststellung als Vermutungsdiagnose	☒	☐	☐
Übergabe im Spital	☒	☐	☐
unblutiger Aderlaß	☒	☐	☐
Verabreichung ausgewählter Notfallmedikamente	☐	☒	☐
Venösen Zugang setzen	☒	☐	☐
Versorgung kontaminierter Patienten	☒	☐	☐
Versorgung von Neugeborenen	☒	☐	☐
Wendltubus setzen	☒	☐	☐
Wunden reinigen	☒	☐	☐
Wunden verbinden	☒	☐	☐
Zentralvenösen Zugang setzen	☐	☐	☒
Zucker bei Hypo (Diabetes) geben	☒	☐	☐

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

B) RETTUNGSTECHNISCH

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines Notarztes	selbständig und eigenverantwortlich als Assistenz des Notarztes und/oder gemäß medizinischer Anweisung	nie
Bergen mit Schaufeltrage	☒	☐	☐
Bergen mit Bergetuch	☒	☐	☐
Bergen mit Rautekgriff	☒	☐	☐
Geräte-/Wagendesinfektion	☒	☐	☐
Lagerung /Flach-, Oberkörper-, Hoch-, Schock-, Seitenlagerung, etc.)	☒	☐	☐
Tragen mit Sessel	☒	☐	☐
Tragen mit Krankentrage	☒	☐	☐
Vor Unterkühlung schützen	☒	☐	☐
Wagen-/Ausrüstung checken	☒	☐	☐

C) EINSATZTAKTISCH

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines Notarztes	selbständig und eigenverantwortlich als Assistenz des Notarztes und/oder gemäß medizinischer Anweisung	nie
Beweismittel sicherstellen	☒	☐	☐
Funken	☒	☐	☐
Hubschrauberlandeplatz markieren	☒	☐	☐
Kommunikation mit anderen Einsatzkräften: Feuerwehr, Polizei-Gendarmerie, Straßenmeisterei, Bundesheer, etc.	☒	☐	☐
Kraftfahrzeug lenken	☒	☐	☐
Management von Großschadensereignissen	☒	☐	☐
Navigieren (Planlesen, etc.)	☒	☐	☐
Patientenleitsystem PLS	☒	☐	☐

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Tätigkeiten	selbständig und eigenverantwortlich ohne Anwesenheit eines Notarztes	selbständig und eigenverantwortlich als Assistenz des Notarztes und/oder gemäß medizinischer Anweisung	nie
Triagieren	☒	☐	☐
Übergabe im Zielkrankenhaus	☒	☐	☐
Unfallstelle absichern	☒	☐	☐
vom Hausarzt verschriebene Medikamente erheben	☒	☐	☐
Zielkrankenhaus vorinformieren	☒	☐	☐

D) SONSTIGES

Abrechnung	☒	☐	☐
Einsatzdokumentation	☒	☐	☐
Patientendokumentation (medizinische Dokumentation)	☒	☐	☐
Praktische Einschulung von Auszubildenden	☒	☐	☐
Teilnahme an Sondereinsätzen	☒	☐	☐

Der Diplomierte Rettungsassistent - Augen, Ohren und Hände des Notarztes?

Um Mißverständnissen und falschen Interpretationen vorzubeugen, ist es notwendig, sich eingehend mit dem Aufgabenbereich des Diplomierten Rettungsassistenten auseinander zu setzen. Die mittlere Spalte "selbständig und eigenverantwortlich als Assistenz eines Notarztes und/oder gemäß medizinischer Anweisung" des angeführten Tätigkeitsspektrums ist folgendermaßen zu verstehen: Wie z.B. auch im Krankenpflegeberuf ist es ***nichtärztlichem Personal grundsätzlich nicht gestattet, ärztliche Tätigkeiten auszuüben***. Jedoch kann und muß man davon ausgehen, daß der ***diplomierte Rettungsassistent in Ausübung seiner Tätigkeit*** - wenn auch nicht oft - ***mit Situationen konfrontiert*** wird, in denen ***nicht immer sofort ein Notarzt zur Stelle ist***, wie z.B. bei einem schweren Verkehrsunfall in einem etwas entlegeneren Gebiet oder wenn selbst bei Anwesenheit eines Notarztes ***mehrere Notfallpatienten gleichzeitig zu betreuen*** sind. Zumeist trifft der Notarzt dann im Rendez-vous-System mit einem NEF oder mit dem RTH mit der sich schon am Unfallort befindlichen Rettungseinheit zusammen. Der Diplomierte Rettungsassistent ist jedoch aufgrund seiner umfassenden Ausbildung, ebenso wie das Krankenpflegepersonal, fähig, auf Anweisung und/oder unter Aufsicht Tätigkeiten im

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Rahmen der "Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen - ALS" durchzuführen.

Durch gesetzlich geregelte und durch ein ärztliches Expertengremium entsprechend dem Stand der Wissenschaft und Technik in der praeklinischen Notfallmedizin als nationale Standards auf Basis internationaler und europäischer Standards und Normen erstellter und ***definierter "Standardisierter Medizinischer Anordnungen (SMA) bzw. Anweisungen" als "Standing Operating Procedures - SOPs", also standardisierter Handlungsabläufe,*** kann es dem Diplomierten Rettungsassistenten durch den Leitenden Notarzt (LNA) der Rettungseinsatzstelle durch Einzelermächtigung möglich gemacht werden, ***in bestimmten Situationen und unter klar und strikte definierten Voraussetzungen*** diese Tätigkeiten durchzuführen, und so ***assistierende bzw. erweiterte lebenserhaltende und lebensrettende Sofortmaßnahmen der Ersten Hilfe bis zum Eintreffen des Notarztes bzw. bis hin zum Zeitpunkt der Einlieferung im Krankenhaus*** zu setzen. Der ***Diplomierte Rettungsassistent*** verkörpert in seiner ureigensten Form als ***Helfer des Notarztes*** dessen Augen, Ohren und Hände. *Gemäß den geltenden zivilrechtlichen Bestimmungen* ist der DRA, genauso wie alle anderen medizinischen Assistenzberufe, ***als Erfüllungsgehilfe beim Behandlungsvertrag zu verstehen.*** Durch die Etablierung eines neues Berufsstandes "Diplomierter Rettungsassistent (DRA)" soll jedoch ***keinesfalls am bestehenden System der notärztlichen Versorgung in Österreich gerüttelt werden.*** Vielmehr ist es wünschenswert, dieses ***System vor allem in Verbindung mit dem Rendez-vous-System und dem NAW weiter auszubauen*** und ***auch die Ausbildung des Notarztes einer weiteren Verbesserung und Anpassung an internationale Standards zuzuführen*** und in naher Zukunft einen eigenen Facharzt für Notfall- und Katastrophenmedizin einzuführen. Dennoch ist es jedoch aus Kenntnis der geographischen Situation Österreichs sowie der allgemeinen Gegebenheiten nicht zu erwarten, daß ein alleine auf notärztlicher Basis bauendes ambulantes Notfallversorgungssystem in absehbarer Zeit realisierbar ist. Dies umso mehr, als es einem hochqualifiziertem Notarzt kaum zumutbar ist, besonders in ländlichen Regionen stundenlang "auf den nächsten Notfall" zu warten. Darüber hinaus wird auch überhaupt nicht daran gedacht, im Bereich KTW und RTW Notärzte einzusetzen, obgleich es auch dort sehr häufig um Leben oder Tod von Notfallpatienten bzw. Sekundärtransporte geht.

Durch die Etablierung des oben angeführten neuen Berufsstandes soll somit neben einer Verbesserung der Laienausbildung ***auch einer Forderung nach einer qualifizierten Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst mit erweitertem Aufgabenbereich Rechnung getragen werden.***

Durch rasche und qualifizierte Hilfe und eine optimale Verknüpfung der Laienhilfe und des qualifizierten Notfallteams, also Notarzt und DRA, könnten jährlich Tausende Unfall- und Notfallopfer gerettet werden, dazu nur ein Bei-

spiel: *"16.000 Menschen sterben in Österreich am plötzlichen Herztod.* ***30 % davon, also fast 5000 Menschen, könnten laut einer Untersuchung,*** *durch eine sofortige Wiederbelebung, die innerhalb von drei Minuten erfolgen muß,* ***gerettet werden*** *(MORAWEC, Salzburger Nachrichten, 25. 3. 1993)".*

Rasch Wiederbelebungsmaßnahmen könnten nach Univ.-Prof. Dr. Kaindl und Univ.-Prof. Dr. Weber ***jährlich tausende Todesfälle vermeiden:*** "***Bis der Notarzt eintrifft, ist es meistens schon zu spät.*** Wenn nicht *innerhalb von drei Minuten* nach Eintritt des Herz- Kreislauf- und Atemstillstandes *mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen begonnen* wird, sinken die Überlebenschancen ohne wesentliche Hirnschädigung auf drei Prozent! Umso beängstigender lesen sich aktuelle Studien über die 'Rettungsbereitschaft' und das Wissen um die sogenannten 'ABC - Regeln': In 60 % der akuten Herzattacken sind Zeugen anwesend, aber nur in etwa 17 % der Fälle erfolgen Wiederbelebungsversuche (Zitat von Univ.-Prof. Dr. Weber und Univ.-Prof. Dr. Kaindl vom 25. März 1993, Kurier)."

Univ.-Prof. Dr. Weber, Kardiologe und Ausbildungsreferent der Wiener Ärztekammer, führt anläßlich des unter seinem Vorsitz stehenden Kongresses am 26. März 1993, bei dem internationale Experten anläßlich des ***Update in Sudden Cardiac Death - Vienna***, der Vienna International Society for Medical Education and Preventive Medicine, unter dem Ehrenschutz der European Society of Cardiology, der International Society for Holter Monitoring, des European Resuscitation Council, der Austrian Society for Internal Intensiv Medicine und der Austrian Society of Cardiology, über den "Plötzlichen Herztod" diskutierten, in einem Fernsehinterview aus, daß *durch entsprechende lebensrettende Sofortmaßnahmen, also mittels einer raschen Anwendung der Cardiopulmonalen Reanimation (CPR) durch entsprechend qualifiziertes Personal bis 2.000 von 10.000 Herzkreislauf-Patienten gerettet werden könnten* (WEBER, 1993)". Diese Annahme läßt sich selbstverständlich auch auf andere Bereiche, z.B. Verkehrs- und Arbeitsunfälle sowie Freizeitunfälle oder Intoxikationen, übertragen.

Um auch tatsächlich den Diplomierten Rettungsassistenten für jene *Situationen, in denen er auf sich alleine gestellt ist*, entsprechend vorzubereiten, ist nicht nur eine ***umfassende theoretische und praktische Schulung*** notwendig. Vielmehr soll und muß auch ***während der Berufsausübung eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung gesichert*** werden, die seinem Aufgabengebiet entspricht und ihn für diese speziellen Situationen ausreichend trainiert. Die umfangreiche theoretische Wissensvermittlung und die umfassende Praxiszeit des Cand. DRA stellen eine gute Ausgangsbasis für die Ausübung seines Berufes dar, jedoch muß danach getrachtet werden, die ***erlernten Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erhalten***, damit der Diplomierte Rettungsassistent seinem Berufsziel, nämlich verunfallten und kranken Menschen zu helfen und gegebenenfalls auch ihr Leben zu retten, nachkommen kann.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.2.2.4 DIE EIGENVERANTWORTLICHEN HANDLUNGSSPIELRÄUME DES DIPLOMIERTEN RETTUNGSASSISTENTEN - LEGISTISCHE GRUNDLAGEN UND HANDLUNGSBEDARF

Bei der Kompetenzlage des DRA unterscheidet man zwischen dem Routineeinsatz und den Erste-Hilfe-Sofortmaßnahmen bzw. Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen (ALS).

Routineeinsatz:

Folgende Tätigkeiten führt der Diplomierte Rettungsassistent eigenverantwortlich im Routineeinsatz durch:

- o Anamnese erheben
- o physikalische Untersuchung durchführen (z.B. Palpation, Auskultation, Blutdruckmessung)
- o Vermutungsdiagnose stellen (auch Beurteilung des Schweregrades)
- o Gefährdung des Patienten und Eigengefährdung erkennen und entsprechende Maßnahmen setzen
- o Bergung von Verletzten und Kranken sowie deren korrekte Lagerung
- o Erstversorgung von Wunden und Verletzungen (inkl. Verbrennungen, Erfrierungen, Schienung v. Brüchen, etc.)
- o Erstversorgung von Notfällen
- o Beurteilung der Atmung, gegebenenfalls Setzen von Maßnahmen
- o Punktion einer peripheren Vene
- o Monitoring-Überwachung des Patienten
- o Hygiene-Maßnahmen setzen
- o Aufsuchen und Transport von Kranken und Verletzten
- o rettungstechnische Organisation am Einsatzort und der Leitstelle
- o Abwicklung der erforderlichen Kommunikation
- o einsatztaktische Organisation
- o Dokumentation
- o Durchführung sozialer Aufgaben; Betreuung von Patienten, Verunfallten und deren Angehörigen
- o Sicherstellung der Einsatzfähigkeit der Transportmittel: Instandhaltung, Reinigung, Wartung der Fahrzeuge und Ausstattung (einschließlich Notfallmedikamente)
- o Fort- und Weiterbildung
- o Unfallverhütung, Berufsschutz
- o Erledigung sonstiger Aufgaben

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Erste-Hilfe-Sofortmaßnahmen bzw. Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen (ALS):

Unter ***Erste-Hilfe-Sofortmaßnahmen (EHS) bzw. Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen (ALS)*** sind alle jene ***unerläßlichen Maßnahmen*** zu verstehen, ***die zur sofortigen Bekämpfung der Vitalfunktionsstörungen im Rahmen der qualifizierten Ersten Hilfe eigenverantwortlich und selbständig*** als Assistenztätigkeiten, gegebenenfalls auch in Abwesenheit eines Arztes, ***entsprechend den "Standardisierten Medizinischen Anordnungen bzw. Anweisungen - SMA"***, wenn ärztliche Erste Hilfe nicht sofort geleistet werden kann, ***von entsprechend qualifiziertem Personal, dem DRA, durchgeführt werden müssen.*** *Für den DRA ist eine* ***gesetzliche Verankerung zur sofortigen Hilfeleistungspflicht*** *zu fordern.* ***Selbstverständlich ist der Diplomierte Rettungsassistent als Assistenz und Helfer des Arztes zu verstehen****, er übernimmt aber, wenn er auf sich allein gestellt ist, in der für die Überlebenschance des Notfallpatienten so entscheidenden Phase der Erstversorgung selbständig und eigenverantwortlich jene Rettungsmaßnahmen, die er aufgrund seiner theoretischen und praktischen Ausbildung beherrscht,* auch wenn er damit auf ein Gebiet vorrückt, das sonst dem Arzt vorbehalten ist. Das gilt vor allem dann, wenn kein Arzt im Rettungsmittel mitfährt, so z.B. im RTW und KTW, die einen erheblichen Anteil an Notfallpatienten versorgen, aber auch, wenn gleichzeitig mehrere Patienten zu betreuen sind. Auch ***Chefarzt Dr. Alfred KAFF fordert*** medizinische Handlungen von nichtärztlichem Sanitätspersonal bei Notfallpatienten: "*Wir Ärzte dürfen aber in unseren Sanitätern keine Konkurrenz sehen*, sie nicht verschrecken, indem wir ihnen mitteilen, daß sie eigentlich nichts am Patienten machen dürfen, sondern *wir Ärzte sollten hinter jenen Sanitätern stehen*, die wir selbst ausgebildet haben, *von denen wir überzeugt sind,* ***daß sie medizinisch richtig gehandelt haben****, gerade wenn anders keine Möglichkeit bestanden hat, Tod oder Bedrohung des Lebens abzuwenden.*" (KAFF, 1990)

Darüber hinaus erhebt sich aus medizinischen Fachkreisen jene Forderung, daß man jene medizinischen Tätigkeiten, die bisweilen zu heftigen Diskussionen Anlaß geben, in die Hände jener gibt, die als Augen, Ohren und Hände des Notarztes mit qualitativ und quantitativ entsprechend hochwertiger Ausbildung und Erfahrung tätig werden. UNTERKOFLER hat in einer prospektiven Fragebogenstudie die tatsächliche Tätigkeit des Rettungssanitäters untersucht; demnach führen die Rettungssanitäter aus einer Zwangs- und Notlage heraus ärztliche Maßnahmen wie Intubation, Infusion- und Medikamentengabe durch, wenn der Notarzt verspätet am Notfallort eintrifft oder keine Möglichkeit besteht, diesen zu rufen (KAFF, 1990).

Der ***Städtische Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien,*** MA 70, hat ***unter der Leitung von Chefarzt Dr. Alfred KAFF*** ein Projekt gestartet, welches die oben beschriebenen Forderungen noch unterstreicht: ***Durch Sanitäter***

des Rettungsdienstes der Stadt Wien wurde ein halbautomatischer Defibrillator als Monitor und als Defibrillator erprobt. Im Rahmen einer erweiterten Reanimationsschulung wurden die Sanitäter in der Handhabung des halbautomatischen Defibrillators unterrichtet; die Vorgangsweise war durch ein Protokoll festgelegt. In 16 Monaten kam das Gerät 126 mal zum Einsatz. Bei vier kardiopulmonalen Reanimationen lag in einem Fall eine elektromechanische Dissoziation und in drei Fällen Kammerflimmern zugrunde. Alle Patienten mit Kammerflimmern konnten erfolgreich defibrilliert und ohne neurologisches Defizit aus dem Krankenhaus entlassen werden. Weitere 122 Patienten wurden am Rettungstransport monitorisiert. Der Aufwand an Schulung und Training war zwar relativ hoch, wurde jedoch insgesamt als gerechtfertigt beurteilt. *Der halbautomatische Defibrillator im Rettungsdienst ist eine Möglichkeit mehr, dem plötzlichen Herztod Einhalt zu gebieten* (MALZER, SCHREIBER, LEEB, KAFF und STERZ, 1992).

Im folgenden sind jene ***'Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen' (ALS)***, die der Diplomierte Rettungsassistent in Ausübung seines Berufes zusätzlich zu den Routinetätigkeiten eigenverantwortlich und selbständig entsprechend den "Standardisierten Medizinischen Anordnungen bzw. Anweisungen - SMA" durchführen soll, wenn kein Notarzt gerufen werden kann oder der Notarzt erst mit der Rettungseinheit zusammentrifft, *angeführt:*

- o Reanimation - Sicherung der Vitalfunktionen und Herstellen der Transportfähigkeit;
- o Setzten eines geeigneten venösen Zugangs: Punktion einer peripheren Vene (Venvlon, Verweilkanüle, etc.);
- o Infusion von Volumsersatzmitteln;
- o Verabreichung von ausgewählten Notfallmedikamenten;
- o Notfall-Monitoring;
- o Freimachen der Atemwege, Absaugen und (endotracheale) Intubation;
- o Beatmung;
- o Thoraxdrainage;
- o Blutzuckerbestimmung;
- o Notfall-Labor;
- o Defibrillation;
- o Geburtshilfe.

Die ***oben beschriebenen Tätigkeiten und assistierenden lebensrettenden Sofortmaßnahmen stellen keine Novitäten im Tätigkeitsspektrum des derzeitigen nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst dar***, obgleich sie bis dato nur von einem Teil dieses Personals ausgeübt werden. ***Teilweise basiert die Ausübung dieser Tätigkeiten auf speziellen regionalen Ausbildungskonzepten, z.B. in Linz oder Salzburg, wo obenstehende Tätigkeiten zum Großteil fixer Bestandteil in der theoretischen und praktischen Ausbildung zum***

"Notfallsanitäter" sind. Es ist dadurch nur eine ***legitime Forderung***, ***daß jenen Personen, die tagtäglich vor die Situation gestellt werden können oder stehen, derartige lebenserhaltenden Sofortmaßnahmen anwenden zu müssen, das dafür nötige Wissen vermittelt bekommen*** *und dafür Sorge getragen wird, daß ihnen auch der Erwerb der notwendigen Erfahrung im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung in der Klinik sowie im Rettungsdienst und auch anschließend im praktischen Ausbildungsjahr unter Anleitung des ärztlichen und nichtärztlichen Ausbildungspersonals zuteil wird.*

Gesetzliche Verankerung der Hilfeleistungspflicht für den DRA

Für den DRA ist in Analogie zu anderen Gesundheitsberufen, z.B. den Ärzten, eine gesetzliche Verankerung der Hilfeleistungspflicht im Falle der drohenden Lebensgefahr im Berufsrecht (Sanitätsfachkräftegesetz) vorzusehen.

Nach der ***geltenden österreichischen Rechtslage*** ist gemäß Strafgesetzbuch (StGB) jede Person grundsätzlich zur Hilfeleistung verpflichtet. Bei Nichteinhaltung begeht sie eine ***Unterlassung der Hilfeleistung gem. § 95 StGB***, Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974, BGBl.Nr. 60, über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch - StGB), i.d.g.F.:

Abs. 1: ***Wer es bei einem Unglücksfall oder einer Gemeingefahr (§ 176 leg. cit.) unterläßt, die zur Rettung eines Menschen aus der Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung offensichtlich erforderliche Hilfe zu leisten***, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen, wenn die Unterlassung der Hilfeleistung jedoch den Tod eines Menschen zur Folge hat, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen, es sei denn, daß die Hilfeleistung dem Täter nicht zuzumuten ist.

Abs. 2: Die Hilfeleistung ist insbesondere dann nicht zuzumuten, wenn sie nur unter Gefahr für Leib und Leben oder unter Verletzung anderer ins Gewicht fallender Interessen möglich wäre (FOREGGER, SERINI, 1991).

Die Gefahr bloß geringfügiger Körperverletzungen oder Gesundheitsschädigungen reicht nicht aus, denn § 95 StGB setzt voraus, daß der Betroffene der Hilfe zur Rettung aus ***der Gefahr des Todes*** oder einer ***beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung*** bedarf. Aus dem Wort "beträchtlich" ist zu schließen, daß es ein Maß zwischen leichter und schwerer Körperverletzung und Gesundheitsschädigung ausdrücken will. Ein solches Maß bietet etwa § 88 Abs. 22 Z. 2 oder 3.

Von der Gefahr einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung wird also etwa dann zu sprechen sein, wenn zumindest eine ungefähr 14-tägige Gesundheitsstörung erwartet werden kann (vgl. LSK 1979/224).

Die Hilfe muß ***offensichtlich erforderlich*** sein. Die Unterlassung einer bloß möglicherweise nötigen Hilfe ist nicht nach § 95 leg. cit. strafbar, es besteht daher auch keine Überzeugungspflicht. Voraussetzung für die Hilfeleistung ist nicht nur die Möglichkeit hiezu, sondern auch eine gewisse räumliche Nähe zum Ort des Unglücks. Ein Arzt hat die erforderliche Hilfe als Arzt zu leisten, im übrigen ist der Arzt zur Hilfeleistung kraft seines Berufes besonders aufgerufen. ***Personen, die kraft ihres Amtes zur Hilfeleistung verpflichtet sind, können sich grundsätzlich nicht darauf berufen, es sei ihnen die erforderliche Hilfeleistung nicht zumutbar.*** Die Hilfeleistung muß dem Täter möglich und zumutbar sein. Bei der Möglichkeit, einem ungeschriebenen Tatbestandsmerkmal (vgl. LSK 1986/24), kommt es u.a. auf seine Persönlichkeit, seine physischen und psychischen Kräfte, seine Lebenserfahrung und seine Bildung an (FOREGGER. SERINI, 1991).

In § 6 StGB wird die "Fahrlässigkeit" behandelt:

Abs. 1: Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen verpflichtet und nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt ist und die ihm zuzumuten ist, und deshalb nicht erkennt, daß er einen Sachverhalt verwirklichen könne, der einem gesetzlichen Tatbild entspricht.

Abs. 2: Fahrlässig handelt auch, wer es für möglich hält, daß er einen solchen Sachverhalt verwirkliche, ihn aber nicht herbeiführen kann.

Es handelt sich um jenes Sorgfaltsmaß, das ein mit den rechtlich geschützten Werten entsprechend verbundener, besonnener und einsichtiger Mensch (ZVR 1974/90: nüchterner Mensch) in der Lage des Täters aufwenden würde, um die Gefahr einer Rechtsgutbeeinträchtigung hintanzuhalten. In Ermangelung einschlägiger Vorschriften richtet sich das Maß der einzuhaltenden objektiven Sorgfalt nach den Gepflogenheiten der gewissenhaften und verständigen Angehörigen des jeweiligen Verkehrskreises (LSK 1979/167) bzw. nach dem, was von einem sich seiner Pflichten gegen die Mitwelt bewußten, den Verkehrskreis des Täters angehörigen Menschen billigerweise verlangt werden kann (LSK 1979/64). Das Maß der erforderlichen objektiven Sorgfalt wird vielfach durch geschriebene Rechtsnormen bestimmt (EvBl 1968/204). Es kommen hier v.a. ***Vorschriften für den Straßenverkehr und die Unfallverhütung*** in Betracht. Ob es sich um Vorschriften des Bundes oder der Länder, um Gesetze oder Verordnungen handelt, spielt keine Rolle. Nach ZVR 1964/183 kommen auch behördliche Verfügungen in Betracht. Unterhalb der Ebene der Rechtsnormen können für das Sorgfaltsmaß auch ***schriftliche***

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Verhaltensmaßregeln Bedeutung haben. In Betracht kommen ***Dienstanweisungen,*** *Betriebsvorschriften, Bedienungsanleitungen,* Sportregeln (s. EvBl 1987/21 = LSK 1986/70; LSK 1983/167; EvBl 1987/171 = LSK 1987/65, ZVR 1991/55) u.ä. ("Verkehrsnormen"). Ein Verstoß gegen Rechts- oder Verkehrsnormen indiziert die objektive Sorgfaltswidrigkeit, insbesondere die Vorhersehbarkeit des Erfolges (vgl. EvBl 1964/194). Ein Gegenbeweis ist jedoch zulässig. Von einer Risikoerhöhung gegenüber rechtmäßigem Alternativverhalten spricht man, wenn bei gedachtem rechtmäßigen Verhalten des Täters der Erfolg nicht eingetreten wäre (LSK 1976/25). Die subjektive Sorgfaltswidrigkeit hängt von der ***Befähigung*** des Täters unter Zumutbarkeit rechtmäßigen Verhaltens ab. Hinsichtlich der Befähigung kommt es auf die konkreten individuellen Verhältnisse des Täters an; ... (FOREGGER, SERINI, 1991).

§ 94 StGB regelt das "Imstichlassen eines Verletzten":

Abs. 1: Wer es unterläßt, einem anderen, dessen Verletzung am Körper (§ 83) er, wenn auch nicht widerrechtlich, verursacht hat, die erforderliche Hilfe zu leisten, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

Abs. 2: Hat das Imstichlassen eine schwere Körperverletzung (§ 84 Abs. 1) des Verletzten zur Folge, so ist der Täter mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren, hat es seinen Tod zur Folge, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.

Abs. 3: Der Täter ist entschuldigt, wenn ihm die Hilfeleistung nicht zuzumuten ist. Die Hilfeleistung ist insbesondere dann nicht zuzumuten, wenn sie nur unter der Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung oder unter Verletzung anderer überwiegender Interessen möglich wäre.

Abs. 4: Der Täter ist nach Abs. 1 und 2 nicht zu bestrafen, wenn er schon wegen der Verletzung mit der gleichen oder einer strengeren Strafe bedroht ist.

Unter ***Hilfe*** ist nicht nur eine Maßnahme zu verstehen, die zur Rettung aus Gefahr für Leib und Leben oder zur ärztlichen Versorgung einer Verletzung nötig ist, ***sondern auch jede andere Vorkehrung, die die physische und psychische Lage des Verunglückten erleichtert*** (SSt 31/74, ZVR 1976/309, 1977/080, 1978/222/ LSK 1978/334, 1983/172). Hilfe ist gegebenenfalls auch einem Sterbenden zu leisten. Die Hilfe muß durchaus nicht in einer unmittelbaren Betreuung des Verletzten bestehen. Meist wird der Pflicht (Anmerkung: des Laienhelfers) genügt, wenn der Verursacher der Verletzung sachkundige Hilfe durch Dritte herbeiholt oder den Verletzten zu einem Arzt oder einem Krankenhaus bringt. Es genügt aber

nicht, daß er bloß die Rettung verständigt oder ärztliche Hilfe anfordert; er ist seiner Verpflichtung erst dann entbunden, wenn der Verletzte die nötige ***Hilfe tatsächlich*** erhält (SSt 47/17, EvBl 1976/235, ZVR 1976/160, 306, 1978/221, 222, 249, LSK 1976/156, 157, 158, 1978/185, 333). ... Die tatsächliche Möglichkeit zur Hilfeleistung ist ein ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal (LSK 1986/24) (FOREGGER, SERINI, 1991).

Entsprechend der österreichischen Judikatur (VwGH 18. 9. 1973 VwSlgNF 8456 A) kann bloße ***Leistung Erster Hilfe,*** zum Beispiel bei Unfällen oder plötzlich auftretenden Erkrankungen bis zum ehestmöglichen Einsetzen einer fachgerechten ärztlichen Versorgung ***auch vom Laien selbstverantwortlich durchgeführt werden*** (AIGNER, 1985).

Tätigkeiten von Hilfspersonen nach medizinischer/ärztlicher Anordnung

In Zusammenhang mit der ***Behandlung der Kranken*** und der Betreuung der Gesunden besagt der ***§ 22 Abs. 1 des Ärztegesetzes*** folgendes: *"Der Arzt hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, auszuüben.* ***Zur Mithilfe kann er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln.***"

Die obenstehende Gesetzesstelle regelt somit die Betrauung von qualifiziertem Fachpersonal mit der Durchführung einzelner ärztlicher Tätigkeiten. So kann der Arzt im Einzelfall eine zur Berufsausübung des Krankenpflegefachdienstes berechtigte Person sowie eine Hebamme zur Vornahme subkutaner oder intramuskulärer Injektionen und zur Blutabnahme aus der Vene nach seiner Anordnung ermächtigen. ***Der Arzt hat sich dabei zu vergewissern, daß die betreffende Person die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt.*** Diese "Einzelermächtigungen" betreffen somit hauptsächlich den stationären Bereich, wo ärztliche Hilfe per Gesetz jederzeit erreichbar ist. ***Umso wichtiger ist es mit den entsprechenden "Assistierenden Lebensrettenden (Erste-Hilfe-)Sofortmaßnahmen (ALS)" durch entsprechend qualifiziertes medizinisches Fachpersonal, dem DRA, direkt am Notfall- bzw. Unfallort und unverzüglich, auch in Abwesenheit eines Arztes, entsprechend den "Standardisierten Medizinischen Anordnungen (SMA)", zu beginnen und diese Maßnahmen bis zum Eintreffen eines Notarztes (z.B. NAW, NEF, RTH, etc.) bzw. bis zur Übergabe im Krankenhaus fortzusetzen.***

Legistischer Handlungsbedarf:

Aus den oben beschriebenen Rechtsnormen sowie dem Anforderungs- und Tätigkeitsprofil des DRA ergibt sich folgender ***legistischer Handlungsbedarf***:

* gesetzliche Verankerung der ***jederzeitigen Erste-Hilfe-Leistungspflicht*** des DRA im Rahmen der "Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen - ALS", jedenfalls für den Falle drohender Lebensgefahr einer verunfallten oder kranken Person;
* gesetzliche Verankerung der "Standardisierten Medizinischen Anweisungen bzw. Anordnungen - SMA" als ***medizinische/ärztliche Dienstanweisungen*** im Status einer Rechtsnorm oder als Verhaltensmaßregel sowie des nationalen Expertengremiums bzw. der Qualitätssicherungsinstitution, das/die diese SMA's anhand von internationalen Standards und dem Stand der Wissenschaft erstellt und verbindlich festlegt;
* gesetzliche Regelung des ***Handlungsspielraums*** sowie der "Assistierenden Lebensrettenden Sofortmaßnahmen" im Rahmen des Berufs- und Ausbildungsrechtes;
* gesetzliche Verankerung von ***Mindeststandards*** in der praeklinischen Notfallmedizin;
* ***sozialversicherungsrechtliche Absicherung*** als eigenständigen Beruf;
* gesetzliche Verankerung des ***Berufsbildes*** mit den damit verbundenen Rechten und Pflichten;
* gesetzliche Festschreibung der ***Aus-, Fort- und Weiterbildung*** im Berufsgesetz sowie in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung.

7.2.2.5 AUSBILDUNGSINHALTE UND -UMFANG, LEHRKÖRPER

Unter dem Begriff Diplomierter Lehrrettungsassistent (DLRA) ist ein Diplomierter Rettungsassistent mit der Zusatzausbildung zum "Diplomierten Lehrrettungsassistenten" zu verstehen.

Für das Stufen- und Schulmodell muß das erforderliche Lehrpersonal ***in der Übergangszeit***, ehe es zum Unterricht zugelassen wird, eine entsprechende Sonderausbildung zum Lehrrettungssanitäter absolvieren. Diese hat sich nach den neuesten Erkenntnissen des Notfall- und Rettungswesens sowie Beispielen aus dem Ausland hinsichtlich rettungstechnischer und einsatztaktischer Erfordernisse zu orientieren. In der Übergangsphase wird es mangels einer ausreichenden Zahl an qualifiziertem rettungsdienstlichem Lehrpersonal notwendig sein, in vermehrten Ausmaß Lehrpersonal aus dem Ausland, in welchem bereits die internationalen Standards erfüllt

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

werden, miteinzubinden und ebenfalls vermehrt Ärzte mit langjähriger praktischer Erfahrung im Rettungsdienst als Lehrpersonal einzusetzen.

Im Bereich der praktischen Ausbildung im III. Ausbildungsabschnitt (Lehrrettungspraktikum) ***müssen die Cand. DRA in der Übergangsphase, solange keine Diplomierten Lehrrettungsassistenten zur Verfügung stehen, ihre praktischen Erfahrungen am NAW unter Aufsicht eines Notarztes erwerben***.

Im nachfolgenden Fächerspektrum sind die theoretischen Lehrinhalte im ***II. Ausbildungsabschnitt*** (Block A - G) hinsichtlich der einzelnen Ausbildungs- bzw. Lehrinhalte, des Ausbildungsumfangs und des Lehrkörpers näher ***dargestellt:***

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
1.	**Medizinische Grundlagen**	**284**	
1.1.	**Anatomie und Physiologie**		Arzt
1.1.1.	Zell- und Gewebelehre		
1.1.2.	Stütz- und Bewegungsapparat		
1.1.3.	Atmungssystem		
1.1.4.	Herz-Kreislauf-System		
1.1.5.	Blut und Lymphe		
1.1.6.	Verdauungsorgane		
1.1.7.	Harn- und Geschlechtsorgane		
1.1.8.	Haut und Hautanhangsgebilde		
1.1.9.	Nervensysteme und Sinnesorgane		
1.1.10.	Regulationssysteme des menschlichen Organismus		
1.1.11.	Endokrines System		
1.2.	**Pathologie**		Arzt
1.2.1.	Allgemeine Pathologie		
1.2.2.	Anästhesiologie und Intensivmedizin		
1.2.3.	Innere Medizin inkl. Intoxikationen		
1.2.4.	Chirurgie		
1.2.5.	Orthopädie		
1.2.6.	Urologie		
1.2.7.	Unfallchirurgie		
1.2.8.	Gynäkologie und Geburtshilfe		
1.2.9.	Pädiatrie		
1.2.10.	Augenheilkunde		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer	Stundenanzahl	Lehrkörper
1.2.11. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten		
1.2.12. Dermatologie		
1.2.13. Psychiatrie und Neurologie		
1.2.14. Lungenheilkunde		
1.3. Fachspezifische naturwissenschaftliche Grundlagen		Humanbiologe, Arzt
1.3.1. Grundlagen der Physik		
1.3.2. Grundlagen der Biologie		
1.3.3. Grundlagen der Chemie		
1.4. Pharmakologie und Toxikologie		Pharmakologe, Arzt
1.4.1. Begriffsklärung		
1.4.2. Arzneiformen		
1.4.3. Verabreichung und Kennzeichnung		
1.4.4. Dosis und Wirkung		
1.4.5. Aus- und Nebenwirkungen auf den menschlichen Organismus		
1.4.6. Indikation und Kontraindikation		
1.4.7. Metabolismus		
1.4.8. Vergiftungen		
1.4.9. Notfallmedizinische Arzneimittel		
1.4.10. Gesetzliche Vorschriften über die Handhabung und den Verkehr mit Arzneimitteln		
1.5. Allgemeine und spezielle Hygiene sowie Desinfektion		Arzt, Dipl. HUVA
1.5.1. Begriffsklärung der fachspezifischen Termini		
1.5.2. Infektionslehre		
1.5.3. Bakteriologie		
1.5.4. Virologie		
1.5.5. Mykologie		
1.5.6. Parasitologie		
1.5.7. Immunologie		
1.5.8. Bedeutung der Hygiene im Arbeitsbereich		
1.5.9. Sterilisation und Desinfektion		
1.5.10. Infektionsquellen		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
1.5.11.	Umgang mit infektiösen Patientengruppen		
1.5.12.	Schutzimpfungen und Impfwesen		
1.5.13.	Gesetzliche Vorschriften		
1.6.	**Grundzüge der Sozialmedizin**		FA für Sozialmedizin, Gesundheitspsychologe
1.6.1.	Soziogenese		
1.6.2.	Demographie		
1.6.3.	Epidemiologie		
1.6.4.	Prävention		
1.6.5.	Lebenserwartung		
1.6.6.	Sozial- und Zivilisationskrankheiten		
1.6.7.	Compliance-Problem		
1.6.8.	Gesundheitsberatung		
1.6.9.	Lebensstilmedizin		
1.7.	**Strahlen- und Katastrophenschutz**		Arzt bzw. Vertreter des Bundesheeres, Ausbildner der Feuerwehrschulen
1.7.1.	Strahlenschutz		
1.7.1.1.	Grundlagen der Strahlenkunde und der Strahlenphysik		
1.7.1.2.	Verhaltensmaßnahmen beim Umgang mit Strahlung		
1.7.1.3.	Verhaltensmaßnahmen bei Strahlenunfällen		
1.7.1.4.	Selbstschutzmaßnahmen		
1.7.1.5.	Zusammenarbeit mit technischen Diensten		
1.7.1.6.	Rechtsnormen betreffend Strahlenschutz		
1.7.1.7.	Spezielle Ausrüstung		
1.7.1.8.	Strahlenschutzbeauftragter		
1.7.2.	Katastrophenschutz		
1.7.2.1.	Begriffsbestimmung		
1.7.2.2.	Katastrophenvorschriften des ÖRK		
1.7.2.3.	Alarmierung		
1.7.2.4.	Einsatzpläne		
1.7.2.5.	Arten der Katastrophen		
1.7.2.6.	Einsatzarten		
1.7.2.7.	Katastrophenseinsatzstelle		
1.7.2.8.	Schnelleinsatzgruppe		
1.7.2.9.	Einsatzleitung		
1.7.2.10.	Haupteinsatzgruppe		
1.7.2.11.	Triage		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
1.7.2.12.	Dringlichkeit der Versorgung und des Transportes		
1.7.2.13.	Ausrüstung für den Katastrophenfall		
1.7.2.14.	Katastrophenbeauftragter		
1.7.2.15.	Grundlagen der Wehrmedizin		
1.8.	**Medizinische Terminologie**		DLRA, Arzt
1.8.1.	Einführung		
1.8.2.	Medizinische Termini: Ursprung und Zusammensetzung		
1.8.3.	Anatomische und pathologische Terminologie		
1.8.3.1.	Organe		
1.8.3.2.	Körperteile		
1.8.3.3.	Krankheitszeichen		
1.8.3.4.	Krankheitsverlauf		
1.8.4.	Physiologische Terminologie		
1.8.4.1.	Organfunktionen		
1.8.4.2.	Vorgänge im menschlichen Organismus		
1.8.5.	Termini der angewandten Medizin		
1.8.5.1.	Begriffe der Anamnestik		
1.8.5.2.	Begriffe über das Zustandsbild		
1.8.5.3.	Begriffe der Untersuchung		
1.8.5.4.	Begriffe der Diagnosenstellung		
1.8.5.5.	Begriffe der Therapie		
1.8.6.	Weitere relevante Termini		
1.9.	**Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten**		Arzt, DLRA
2.	**Notfallmedizinische Grundlagen**	**300**	
2.1.	**Allgemeine Notfallmedizin**		Arzt
2.1.1.	Anamnesenerhebung		
2.1.2.	Beurteilung von Kranken und Verletzten		
2.1.3.	Erste-Hilfe-Maßnahmen		
2.1.4.	Grundlagen und Maßnahmen bei Störungen vitaler Funktionen		
2.1.4.1.	Bewußtsein		
2.1.4.2.	Atmung		
2.1.4.3.	Herzkreislauf		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
2.1.4.4.	Wasser-, Elektrolythaushalt, insbesondere Säure-Basen-Gleichgewichtshaushalt		
2.1.4.5.	Schock		
2.2.	**Spezielle Notfallmedizin**		Arzt
2.2.1.	Internistische Notfälle		
2.2.2.	Traumatologische Notfälle		
2.2.3.	Thermische Notfälle (Verbrennungen, Erfrierungen, Stromunfälle)		
2.2.4.	Strahlenunfälle und andere physikalische Noxen		
2.2.5.	Neurologische Notfälle		
2.2.6.	Pädiatrische Notfälle		
2.2.7.	Gynäkologisch-geburtshilfliche Notfälle		
2.2.8.	Psychiatrische Notfälle		
2.2.9.	Ersticken und Ertrinken; Eindringen von Fremdkörpern		
2.2.10.	Vergiftungen		
2.2.11.	Patientenbezogene Prophylaxe anhand ausgewählter Beispiele		
2.2.12.	Sonstige Notfälle		
2.3.	**Einführung in die theoretische und praktische Ausbildung im Krankenhaus**		Arzt
2.3.1.	Grundlagen und Praxis bei der Messung des Blutdrucks		
2.3.2.	Blutentnahmetechniken		
2.3.2.1.	Allgemeine Grundlagen		
2.3.2.2.	Formen der Blutentnahme		
2.3.2.3.	Vorbereitung und Durchführung der Punktion und Blutentnahme einer peripheren Vene		
2.3.2.4.	Vorbereitung und Durchführung einer Kapillarblutentnahme		
2.3.2.5.	Mögliche Komplikationen		
2.3.2.6.	Aufbewahrung, Handhabung und Weiterleitung der Blutproben		
2.3.2.7.	Entsorgung von Blutresten, Nadelmaterial, Tupfer, etc.		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer	Stundenanzahl	Lehrkörper
2.3.3. Durchführung einfacher labor-diagnostischer Schnelltests		
2.3.4. Grundlagen und Messung des Blutdruckes		
2.3.5. Grundlagen und Praxis der Messung der Körpertemperatur		
2.4. Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen (ALS)		Arzt
2.4.1. Kardiopulmonale Reanimation		
2.4.2. Grundlagen der Injektion und Infusion		
2.4.3. Grundlagen der Intubation		
2.4.4. Grundlagen des Notfallabors		
2.4.5. Umgang mit speziellen Notfallmedikamenten		
2.4.6. Grundlagen der Defibrillation		
2.4.7. Grundlagen des EKG's Handhabung und grobe Beurteilung		
2.4.8. Weitere Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen (ALS)		
3. Medizin-technische und pflegerische Maßnahmen	**98**	
3.1. Krankenpflege und notfallmedizinische Behandlungspflege		DLRA, DKS, Arzt
3.1.1. Begriffsklärung		
3.1.2. Bedürfnisse des kranken Menschen		
3.1.3. Das Verhalten zu Patienten		
3.1.4. Patientendokumentation		
3.1.5. Prinzipien der Grundpflege		
3.1.6. Notfallmedizinische Behandlungspflege		
3.1.7. Zusammenarbeit "Patient - Pflegepersonal - Rettungsassistent - Arzt"		
3.1.8. Das Betten		
3.1.9. Mobilität des zu pflegenden Menschen		
3.1.10. Lagerung und Lagerungstechniken		
3.1.11. Hygienische Maßnahmen		
3.1.12. Atmung, Puls, Körpertemperatur und Blutdruck		
3.1.13. Ernährung pflegebedürftiger Personen		
3.1.14. Der Stoffwechsel		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
3.2.	**Verbandslehre**		DLRA
3.2.1.	Grundlagen der Verbandslehre		
3.2.2.	Verbandsmaterialien		
3.2.3.	Sterile Wundversorgung und hygienische Maßnahmen		
3.2.4.	Arten der Verbände		
3.2.5.	Anlegen und Abnehmen von Verbänden		
3.3.	**Geräte- und Instrumentenkunde**		Arzt, DLRA
3.3.1.	Geräte- und Instrumentenausstattung von Einsatzmitteln		
3.3.1.1.	Geräte- und Instrumentenausstattung eines KTW		
3.3.1.2.	Geräte- und Instrumentenausstattung eines RTW		
3.3.1.3.	Geräte- und Instrumentenausstattung eines NAW		
3.3.1.4.	Geräte- und Instrumentenausstattung eines NEF		
3.3.1.5.	Geräte- und Instrumentenausstattung eines RTH		
3.3.1.6.	Geräte- und Instrumentenausstattung von Rettungsflugzeugen		
3.3.2.	Geräte und Instrumente der anästhesiologischen und intensivmedizinischen Abteilung		
3.3.3.	Geräte und Instrumente auf einer unfallchirurgischen bzw. chirurgischen Abteilung inkl. Operationssaal		
3.3.4.	Geräte und Instrumente in der Notaufnahme und im Schockraum		
3.4.	**Praktische und theoretische Kenntnisse bei der Handhabung spezieller Geräte**		Arzt, DLRA
3.4.1.	EKG		
3.4.2.	Defibrillator		
3.4.3.	Herzschrittmacher		
3.4.4.	Vakuummatratze		
3.4.5.	Inkubator		
3.4.6.	Pulsoximeter		
3.4.7.	Saugpumpe		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
3.4.8.	Infusionsbesteck		
3.4.9.	Operationsbesteck		
3.4.10.	Perfusorpumpe		
3.4.11.	Injektionsbesteck		
3.4.12.	Sonstige		
4.	**Organisation und Rettungsmanagement**	**120**	
4.1.	**Führung, Organisation und Pädagogik**		DLRA, Dipl. GRSM, Dipl. ODCA
4.1.1.	Führungsstile, Führungsverhalten		
4.1.2.	Führungsaufgaben im Rettungsdienst		
4.1.3.	Organisation des Rettungswesens		
4.1.4.	Effiziente Arbeitsgestaltung		
4.1.5.	Qualitätssicherung		
4.1.6.	Public Relations im Rettungswesen		
4.1.7.	Erfahrungen im Arbeitsbereich		
4.1.8.	Didaktik		
4.2.	**Betriebswirtschaft**		DLRA, Betriebswirt, Dipl. GRSM
4.2.1.	Leistungsgrößen und Budget		
4.2.2.	Kennzahlen		
4.2.3.	Personalbedarf		
4.2.4.	Bedarf an Einsatzmitteln		
4.2.5.	Bedarf an Versorgungsressourcen		
4.2.6.	Sicherheitstechnische Rahmenbedingungen		
4.2.7.	Grundlagen des Managements von Profit- und Non-profit-Organisationen		
4.2.8.	Buchhaltung und Rechnungswesen		
4.2.9.	Controlling		
4.3.	**Spezielle Rettungstechnik und Einsatztaktik**		DLRA, Arzt, Dipl. ODCA
4.3.1.	Kommunikation Leitstelle		
4.3.1.1.	Funktion und Aufgabe		
4.3.1.2.	Meldeweg und Meldemittel		
4.3.1.3.	Kommunikationsmittel		
4.3.1.4.	Entgegennahme von Notfallmeldungen		
4.3.2.	Einsatztaktik		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
4.3.2.1.	Notfallmanagement nach der Anzahl der Verletzten		
4.3.2.1.1.	Einzelunfall		
4.3.2.1.2.	Kleinunfall		
4.3.2.1.3.	Großunfall		
4.3.2.1.4.	Massenunfall		
4.3.2.1.5.	Katastrophe		
4.3.2.2.	Notfallmanagement nach den geographischen Gegebenheiten (Bezirk, Region, überregional, national, international)		
4.3.3.	Einsatzmittel, Rettungsmittel		
4.3.4.	Triage und Verteilung der Patienten auf Krankenanstalten		
4.3.5.	Patiententransport		
4.3.5.1.	Ablauf von Notfalleinsätzen und Patiententransport		
4.3.5.2.	Lagerung, Lagerungstechniken am Unfallort und im Rettungsmittel		
4.3.5.3.	Überwachung während des Transportes		
4.3.5.4.	Transport von Notfallpatienten		
4.3.5.5.	Transport von Nicht-Notfallpatienten		
4.3.5.6.	Transport in besonderen Fällen		
4.3.5.7.	Kooperation mit Dritten (Krankenhaus, Feuerwehr, Polizei, etc.)		
4.3.6.	Rettungssysteme		
4.3.7.	Einsatzgeographie		
4.3.8.	Gefahren an der Einsatzstelle		
4.3.8.1.	Gefahrenstelle, Gefährdung, Selbstschutz, Absicherung		
4.3.8.2.	Gefahrengutunfälle		
4.3.8.3.	Retten unter erschwerten Bedingungen		
4.3.9.	Massenanfall von Verletzten und Kranken		
4.3.9.1.	Ursachen		
4.3.9.2.	Alarmierung		
4.3.9.3.	Ablauf der rettungsdienstlichen Notfalleinsätze		
4.3.9.4.	Einbindung des Rettungsdienstes in den Katastrophenschutz		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
4.3.10.	Einsatznachbesprechung		
4.3.11.	Funkwesen		
4.4.	**Dokumentation im Rettungswesen**		DLRA, Arzt, Dipl. ODCA
4.4.1.	Dokumentation in der Leitstelle		
4.4.2.	Einsatzbericht		
4.4.2.1.	Aufgaben der Sanitätsfachkräfte		
4.4.2.2.	Aufgaben des Arztes		
4.4.2.3.	Übergabe an das Zielkrankenhaus		
4.4.3.	Statistische Erfassung		
4.4.3.1.	Datenmanagement		
4.4.3.2.	Analyse der Daten		
4.4.3.3.	Bedeutung der Auswertungsergebnisse für die Organisation der Dienststelle		
4.5.	**Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen**		DLRA, Arzt, Dipl. GRSM, Dipl. ODCA
4.5.1.	Das österreichische Gesundheitswesen: Ressorts, Kompetenzen, Aufgaben und Ziele		
4.5.1.1.	Bundesebene		
4.5.1.2.	Länderebene		
4.5.1.3.	Bezirksebene		
4.5.1.4.	Gemeindeebene		
4.5.2.	Krankenanstalten		
4.5.3.	Pflegeheime		
4.5.4.	Sozialdienste, etc.		
4.5.5.	Berufsgruppen im Gesundheitswesen		
4.5.6.	Zusammenarbeit und Koordination anhand von ausgewählten Beispielen		
5.	**Grundlagen der Psychologie**	**48**	
5.1.	**Allgemeine Psychologie**		Psychologe
5.1.1.	Begriffsklärung		
5.1.2.	Emotionaler Persönlichkeitsbereich		
5.1.3.	Kognitiver Persönlichkeitsbereich		
5.1.4.	Krankheitsverhalten		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
5.1.5.	Verhalten im Umgang mit Angehörigen, Bezugspersonen und Kindern		
5.2.	**Psychologie des kranken und sterbenden Menschen**		Psychologe, DLRA
5.2.1.	Grundlagen der Psychosomatik		
5.2.2.	Behinderte Menschen und deren Bedürfnisse		
5.2.3.	Verhalten im Umgang mit kranken Menschen		
5.2.4.	Umgang mit Kindern		
5.2.5.	Grundlagen der Gerontologie		
5.2.5.1.	Bedeutung des Sterbens		
5.2.5.2.	Verhalten im Umgang mit sterbenden Menschen		
5.3.	**Verkehrspsychologie**		Psychologe, Vertr. v. ARBÖ/ÖAMTC u. d. Kuratorium f. Verkehrssicherheit, Dipl. HUVA
5.3.1.	Begriffsklärung		
5.3.2.	Die Position des Einzelnen im Straßenverkehr		
5.3.2.1.	Fußgänger		
5.3.2.2.	Radfahrer		
5.3.2.3.	Motorisierte Verkehrsteilnehmer		
5.3.3.	Einsatzfahrzeuge im Verkehr		
5.3.4.	Öffentlichkeitsarbeit		
5.4.	**Gesundheitspsychologie**		Arzt, Psychologe
5.4.1.	Begriffsklärung		
5.4.2.	Biographie und Krankheit		
5.4.3.	Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen		
5.5.	**Psychologisches Verhalten in Extremsituationen**		Arzt, Psychologe
5.5.1.	Großunfälle		
5.5.2.	Massenpsychosen		
5.5.3.	Massenhysterie		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer	Stundenanzahl	Lehrkörper
6. Berufskunde, Ethik und Unfallverhütung	**92**	
6.1. Das Berufsbild des Rettungssanitäters (RS)		DLRA
6.1.1. Die Aufgaben des Rettungssanitäters		
6.1.2. Stellenbeschreibung		
6.1.3. Kompetenzen		
6.1.4. Motivation		
6.1.5. Berufsperspektiven		
6.2. Das Berufsbild des Diplomierten Rettungsassistenten (DRA)		DLRA, DSVA
6.2.1. Die Aufgaben des Rettungsassistenten		
6.2.2. Anforderungen zum Berufsbild		
6.2.3. Stellenbeschreibung		
6.2.4. Kompetenzen		
6.2.5. Motivation		
6.2.6. Berufsperspektiven		
6.3. Arbeitsmedizin		Arbeitsmediziner, DAMA
6.3.1. Begriffsklärung		
6.3.2. Medizinische Grundlagen		
6.3.3. Rechtsgrundlagen		
6.3.4. Berufskrankheiten		
6.3.5. Arbeitsphysiologie		
6.3.6. Arbeitspsychologie		
6.3.7. Arbeitsschutz und Schutzbekleidung		
6.3.8. Arbeitsmedizinische Probleme im Rettungswesen		
6.3.9. Betriebsärztlicher Dienst		
6.3.10. Betriebsärztliche Untersuchungen		
6.4. Unfallverhütung		Unfallverhütungsdienst, Dipl. HUVA
6.4.1. Allgemeine Grundlagen		
6.4.2. Unfallversicherung		
6.4.3. Unfallverhütungsdienst		
6.4.4. Unfallarten		
6.4.4.1. Arbeitsunfall		
6.4.4.2. Verkehrsunfall		
6.4.4.3. Freizeit-, Sport- und Haushaltsunfälle		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
6.4.4.4.	Sonstige Unfälle		
6.4.5.	Unfallprophylaxe		
6.4.5.1.	Risikofaktor Rauchen		
6.4.5.2.	Risikofaktor Alkohol		
6.4.5.3.	Risikofaktor Medikamente und Drogen		
6.4.5.4.	Risikofaktor chemische Noxen		
6.4.5.5.	Risikofaktor infektiöse Patienten und Materialien (AIDS, Hepatitis A und B)		
6.4.5.6.	Unfallverhütung im Einsatz		
6.4.5.7.	Berufsspezifische Impfungen		
6.4.6.	Unfallstatistik		
6.4.7.	Leistungen der Unfallversicherung		
6.4.8.	Einrichtungen der Unfallversicherung		
6.4.8.1.	Unfallkrankenhäuser		
6.4.8.2.	Unfallabteilungen an Krankenanstalten		
6.4.8.3.	Rehabilitationszentren		
6.4.8.4.	Beratungsstellen		
6.4.9.	Sicherheit am Arbeitsplatz		
6.4.10.	Prophylaxe berufsspezifischer Erkrankungen		
6.4.11.	Sonstige Maßnahmen im Rahmen der Unfallverhütung		
6.5.	**Ethik**		Personen mit ethischer Kompetenz
6.5.1.	Begriffsklärung		
6.5.2.	Ethische Problemstellungen im Zuge der Berufsausübung		
6.5.3.	Ganzheitstheorie		
6.5.4.	Die Aufgaben der Ethikkommission		
6.6.	**Standespolitik**		DLRA, Vertreter der Interessensvertretungen
6.6.1.	Interessensvertretungen auf nationaler Ebene		
6.6.2.	Interessensvertretungen auf EU-Ebene		
6.6.3.	Interessensvertretungen auf internationaler Ebene		
6.6.4.	Internationale und nationale Zusammenarbeit		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer	Stundenanzahl	Lehrkörper
6.6.5. Sozialpartner		
6.6.5.1. Arbeiterkammer		
6.6.5.2. Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft		
6.6.5.3. ÖGB - Fachgewerkschaft Handel, Transport und Verkehr, Bundesfachgruppe Krankentransport		
6.6.6. Gesundheitspolitische Aspekte		
7. Kommunikation und Supervision	**40**	
7.1. Grundlagen der Kommunikation		Dipl. ODCA, Psychologe, Pädagoge
7.1.1. Begriffsklärung		
7.1.2. Formen der Kommunikation		
7.1.3. Grundlagen der Gesprächsführung		
7.1.4. Die Inhalts- und Beziehungsaspekte der Kommunikation		
7.1.5. Die gestörte Kommunikation		
7.1.6. Die Bedeutung der Kommunikation im Rettungswesen		
7.1.6.1. Kommunikation im Team		
7.1.6.2. Kommunikation am Einsatzort		
7.1.6.3. Kommunikation mit der Leitstelle und den Versorgungseinrichtungen		
7.1.7. Die effiziente Kommunikation		
7.1.8. Kommunikationstraining		
7.1.9. Training der sozialen Kompetenz		
7.2. Supervision		Pädagoge, DSVA, Psychologe
7.2.1. Begriffsklärung		
7.2.2. Sinn und Zweck		
7.2.3. Die Aufgaben des Supervisors		
7.2.4. Selbsterfahrungen, Wahrnehmungen		
7.2.5. Helfer-Syndrom		
7.2.6. Burnout-Syndrom		
7.2.7. Konflikt- und Krisenmanagement		
7.2.7.1. Konfliktstellungen		
7.2.7.2. Konfliktbewältigung		
7.2.7.3. Konfliktlösungsstrategien		
7.2.8. Präventionsmaßnahmen		
7.2.9. Gruppendynamik		
7.2.10. Qualitätssicherungsgruppen		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
7.2.11.	Praxisreflexion		
7.2.12.	Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit dem Patienten		
7.2.12.1.	Schwer verunfallte Patienten		
7.2.12.2.	Sterbende Patienten		
7.2.12.3.	Kindernotfälle		
7.2.13.	Belastungsfaktoren aus den Dienstgegebenheiten		
7.2.13.1.	Kompetenz - Kompetenzabgrenzung		
7.2.13.2.	Generationskonflikte		
7.2.13.3.	Arbeitgeber - Arbeitnehmer		
7.2.13.4.	Konflikte und deren Bewältigung mit Patienten, Kollegen, Vorgesetzten, Lehrgangsteilnehmer, etc.		
7.2.13.5.	Berufsidentität		
7.2.13.6.	Dienstplan, Arbeitszeiten		
7.2.13.7.	Arbeitsbedingungen		
7.2.14.	Private psychosoziale Belastungsfaktoren		
7.2.15.	Teamarbeit		
7.2.16.	Problemanalyse und -bewältigung		
7.2.16.1.	Gruppensitzungen		
7.2.16.2.	Einzelgespräche		
8.	**Rechts- und Staatsbürgerkunde**	**40**	
8.1.	**Staatsbürgerkunde**		Jurist
8.1.1.	Grundlagen der staatlichen Ordnung in Österreich		
8.1.2.	Die Kompetenzverteilung im österreichischen Gesundheitswesen		
8.1.3.	Das österreichische Gesundheitswesen: Legistische Grundlagen		
8.2.	**Rechtskunde - Relevante Rechtsnormen für den Diplomierten Rettungsassistenten**		Jurist
8.2.1.	Verfassungsrechtliche Bestimmungen		
8.2.2.	Gesetzgebung in Österreich		
8.2.3.	Berufsgesetz der Sanitätssfachkräfte		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer	Stundenanzahl	Lehrkörper
8.2.4.	Notfallmedizinisch relevante Rechtsnormen in der EU	
8.2.5.	Krankenanstaltengesetz	
8.2.6.	Ärztegesetz	
8.2.7.	Krankenpflegegesetz	
8.2.8.	Sanitätsgesetze (z.B. Epidemiegesetz, Seuchengesetz, Leichen- und Bestattungsgesetz, etc.) und berufsrechtliche Gesetze, Verordnungen und Bestimmungen, soweit sie für die Berufsausübung relevant sind	
8.2.9.	Arbeitsrecht	
8.2.9.1.	Mutterschutzgesetz	
8.2.9.2.	Nachtschwerarbeitsgesetz	
8.2.9.3.	Arbeitszeitgesetz	
8.2.9.4.	Arbeitsruhegesetz	
8.2.9.5.	Arbeitnehmerschutzgesetz	
8.2.9.6.	Sonstige relevante arbeitsrechtliche Rechtsnormen	
8.2.10.	Sozialversicherungsrecht	
8.2.11.	Diverse berufsspezifische Gesetze	
8.2.12.	Funk- und Fernmeldegesetz	
8.2.13.	Luftverkehrsordnung	
8.2.14.	Datenschutzgesetz und anhängige Verordnungen	
8.2.15.	Straßenverkehrsordnung	
8.2.16.	Spezielle Rechtsprobleme aus dem ABGB und dem Strafrecht, die bei der Berufsausübung von Bedeutung sind	
8.2.17.	Patientenrechte, Rechtsstellung von Patienten und Sorgeberechtigten	
8.2.18.	Sachwaltergesetz	
8.2.19.	Arzneimittelgesetz und Verordnungen	
8.2.20.	Haftungsrecht	
8.2.21.	Rechtsgrundlagen bzw. Verordnungen hinsichtlich Geräte und Transportmittel	
8.2.21.1.	Ö-Normen	
8.2.21.2.	DIN-Normen	
8.2.21.3.	CEN-Normen	
8.2.21.4.	ISO-Normen	

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
8.2.22.	Medizinproduktegesetz - MPG		
8.2.23.	Aktuelle Rechtsprobleme aus der Praxis		
9.	**Grundzüge der EDV**	**34**	
9.1.	**Einführung in die EDV**		EDV-Fachkraft
9.1.1.	Anwendungsgebiete und Einsatzmöglichkeiten der EDV im Rettungswesen		
9.1.2.	Software		
9.1.2.1.	Betriebssysteme		
9.1.2.2.	Textverarbeitungsprogramme		
9.1.2.3.	Einsatz von Grafikprogrammen		
9.1.2.4.	Statistikprogramme im Überblick		
9.1.3.	Hardware		
9.2.	**Statistik im Rettungswesen**		EDV-Fachkraft, Dipl. ODCA
9.2.1.	Statistikprogramme im Vergleich		
9.2.2.	Die Nutzung der Statistik für die Organisation der Leitstelle		
9.2.3.	Berechnungen, Analysen und Interpretation der Auswertungen		
9.2.4.	Erstellung von Statistiken anhand praktischer Beispiele		
9.3.	**EDV im Rettungswesen**		DLRA, Dipl. ODCA
9.3.1.	Möglichkeiten der Nutzung der EDV zur Organisation der Leitstelle		
9.3.2.	EDV zur Dokumentation und Qualitätssicherung		
9.3.3.	Die Nutzung der EDV bei der Einsatzgestaltung		
9.3.4.	EDV - Einsatz und PR		
9.4.	**Datenmanagement**		EDV-Fachkraft, Dipl. ODCA
9.4.1.	Verantwortlichkeit für die Daten		
9.4.2.	Datenbanken		
9.4.3.	Zugänglichkeit		
9.4.4.	Datenschutz		
9.4.5.	Datensicherung		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer	Stundenanzahl	Lehrkörper
9.5. Praktische Anwendung der EDV		EDV-Fachkraft, Dipl. ODCA
9.5.1. Anwendung von Software		
9.5.2. Umgang mit Hardware		
9.5.3. Praktische Anwendung von Statistikprogrammen		
9.5.4. Erstellen von Graphiken, etc.		
9.5.5. Simulation einer Rettungsleitstelle		
9.5.6. Simulation eines Großeinsatzes		
9.5.7. Praktische Anwendung von Dispatch-Systemen		
10. Fachenglisch	**16**	
10.1. Fachspezifische Terminologie		DLRA, Arzt
10.2. Verfassen und Übersetzen von fachspezifischen Artikeln und abstracts		DLRA, Arzt
10.3. Übersetzung von Textstellen, medizinisch-technischen Gerätebeschreibungen		DLRA, Arzt
10.4. Gesprächsführung mit Hauptaugenmerk auf die Fachterminologie		DLRA, Arzt
11. Sozialwesen	**22**	
11.1. Einführung in die Belange des Sozialversicherungswesens		Vertreter der SV
11.1.1. Allgemeine Grundlagen		
11.1.2. Rechtliche Grundlagen		
11.2. Sozialversicherung		Vertreter der SV
11.2.1. Leistungen, Pflichten und Aufgaben		
11.2.2. Sozialversicherungsträger		
11.2.3. Pflichten und Aufgaben des Sozialversicherten		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer		Stundenanzahl	Lehrkörper
11.3.	**Grundlagen der Kranken- und Pflegeversicherung**		Vertreter der SV
11.4.	**Die Unfallversicherung**		Vertreter der AUVA
11.4.1.	Aufgaben		
11.4.2.	Leistungen		
11.5.	**Die Pensionsversicherung**		Vertreter der PV
11.6.	**Leistungsabrechnung und Dokumentation**		Vertreter der SV
11.7.	**Formulare zum Transport von Verletzten und Verunfallten, etc.**		DLRA
11.7.1.	Sinn und Zweck		
11.7.2.	Handhabung		
11.7.3.	Informationen für den DRA aus den Papieren des Patienten		
11.8.	**Soziale Dienste und ambulante Betreuung**		DLRA, Dipl. GRSM, Sozialarbeiter
11.8.1.	Hauskrankenpflege		
11.8.2.	Heimhilfe		
11.8.3.	Familienhilfe		
11.8.4.	Kinderpflege		
11.8.5.	Besuchsdienst		
11.8.6.	Essen auf Rädern		
11.8.7.	Reinigungsdienst		
11.8.8.	Wäschepflegedienst		
11.8.9.	Reparaturdienst		
11.8.10.	Transportdienst		
11.8.11.	Sozialer Notruf		
12.	**Exkursionen**	**ergänzend**	
12.1.	**Gerichtsmedizinisches Institut der Universität**		Betreuung durch Unterrichtende des entsprechenden Faches
12.2.	**Sozialversicherung**		

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Theoretische Lehrinhalte im II. Ausbildungsabschnitt, Blöcke A - G

Fächer	Stundenanzahl	Lehrkörper
12.3. Pflege-, Alten- und/oder Seniorenheim		
12.4. Pharmafirmen		
12.5. Gesundheits- und Sozialeinrichtungen		
13. Praktika	**26**	
13.1. Taktische Ausbildung am Planspiel		Arzt, DLRA, Dipl. ODCA
13.2. Abwicklung des Sprechfunks		Arzt, DLRA, Dipl. ODCA
13.3. Teilnahme an einer Katastrophenschutzübung		Arzt, DLRA, Bundesheer
13.4. Mega-Code-Kurs und der Ernstfall		Arzt, DLRA, DSVA
13.5. Dokumentation in der Praxis		Arzt, DLRA, Dipl. ODCA
13.6. Angewandtes Telefonmanagement		DLRA, Dipl. ODCA
13.7. Dispatch-Training		Dipl. ODCA, DLRA

Quelle: ÖAGW, 1993

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.2.2.6 AUSBILDUNGSTRÄGER, AUSBILDUNGSSTÄTTEN UND AKADEMIELEITUNG SOWIE AUSBILDUNGSSTRATEGIEN, ETC.

7.2.2.6.1 Österreichische Rettungsakademie (ÖRAK)

Die Österreichische Rettungsakademie (ÖRAK) und ihre Departements *sind Ausbildungsstätten* ***an Universitätsstandorten mit medizinischer Fakultät und Krankenpflegeschulen***, die zur Ausbildung für die Sanitätsfachkräfte, insbesondere jedoch für die Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten (DRA) sowie für die unter Kapitel 7.3.1 beschriebenen Sonderausbildungen (mit Ausnahme der Sonderausbildung zum Diplomierten Arbeitsmedizinischen Assistenten) als auch für die Organisation und Durchführung der verpflichtenden Fort- und Weiterbildung eingerichtet sind. Da die Ausbildung des Sanitätspersonals in die Bundeskompetenz fällt, sollte der Träger der Ausbildungsstätten der Bund bzw. die Sozialversicherungsträger sein. Die Österreichische Rettungsakademie mit ihren Departements sollte nur in Verbindung mit Universitätskliniken errichtet werden, die mit den zur Erreichung des Ausbildungszweckes notwendigen personellen, strukturellen und infrastrukturellen Ressourcen ausgestattet ist.

Zur Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten sowie für die beschriebenen Sonderausbildungen (mit Ausnahme der Sonderausbildung zum Diplomierten Arbeitsmedizinischen Assistenten) ist die ***Österreichische Rettungsakademie mit Außenstellen bzw. Departements an Universitätsstandorten mit Medizinischer Fakultät und Krankenpflegeschulen*** als Ausbildungsstätte einzurichten. Die Österreichische Rettungsakademie (ÖRAK) sollte neben ihrer Funktion als zentrale Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte auch als bundesweites bzw. internationales/europäisches Forschungs-, Koordinations-, Informations- und Dokumentationszentrum für den gesamten Bereich der "Öffentlichen Sicherheit", also für alle Sicherheitskräfte auf den Bereichen der Qualitätssicherung, Prävention, Unfallverhütung sowie präklinischen Notfallmedizin und des Notfall- und Rettungswesens fungieren.

Die ***Österreichische Rettungsakademie und ihre Departements*** sollten nur in Verbindung mit Univ.-Kliniken errichtet werden, die mit den zur Erreichung des Ausbildungszweckes notwendigen personellen, strukturellen und infrastrukturellen Ressourcen ausgestattet sind. Vorstellbar wäre die ***Einrichtung von derartigen Departements in Städten mit medizinischer Fakultät***, der ***Hauptsitz sollte aufgrund der laufend erforderlichen Kontakte zu staatlichen und internationalen Behörden und Organisationen in oder nahe bei Wien*** gelegen sein.

Sollte eine Universitätsklinik kapazitär nicht in der Lage sein, die Durchführung der Klinikpraktika zu gewährleisten, kann in Einzelfällen auch auf Zentral- bzw.

Schwerpunktkrankenanstalten sowie Unfallkrankenanstalten der AUVA zurückgegriffen werden unter der Voraussetzung, daß sie mit den für die Ausbildung erforderlichen personellen und strukturellen Ressourcen ausgestattet sind und über die entsprechenden Fachabteilungen verfügen. Das Klinikintensivpraktikum für Unfallchirurgie soll jedenfalls auch an den Unfallkrankenanstalten der AUVA absolviert werden.

Die ***Heeressanitätsschule des Bundesheeres*** in Wien/Stammersdorf ist der Österreichischen Rettungsakademie gleichzusetzen unter der Voraussetzung, daß alle nicht an der eigenen Ausbildungsstätte absolvierbaren Ausbildungsabschnitte, so etwa die Klinikintensivpraktika an einer medizinischen Fakultät (z.B.: Geburtshilfe, etc.) oder das Praktikumsjahr an dafür eingerichteten Ausbildungsstätten bzw. Ausbildungseinrichtungen (Lehrrettungsstellen und Lehrrettungswägen) unter Aufsicht und Anleitung eines Diplomierten Lehrrettungsassistenten absolviert werden. Träger ist in diesem Falle der Bund durch das Bundesministerium für Landesverteidigung/Heeressanitätsdirektion.

Folgende Bundesministerien sind von den Änderungen durch dieses Ausbildungsmodell berührt:

Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz:
⇒ *Gesetzliche Regelung der Ausbildung des Sanitätspersonals,* z.B.:
"Bundesgesetz über das Berufsbild und die Ausbildung der Sanitätsfachkräfte" (Sanitätsfachkräftegesetz - SFG);

Bundesministerium für Unterricht und Kunst:
⇒ Mitwirkung bei der Verordnung zur Durchführung der *Ausbildung der Schüler,* z.B.: beim "Schulmodell", wie z.B.: auch bei anderen Schulen im Bereich der Ausbildung der Gesundheits- und Sozialberufe;

Bundesministerium für Inneres:
⇒ Bereich *Hubschrauberrettung* und *Rettungspersonal im Rahmen der öffentlichen Sicherheit;*

Bundesministerium für Landesverteidigung:
⇒ Regelung und *teilweise Durchführung der Ausbildung für Rettungs- und Sanitätspersonal im Rahmen des Bundesheeres/Heeressanitätsdirektion bzw. Heeressanitätsschule;*

Bundesministerium für Arbeit und Soziales:
⇒ für Tätigkeiten im Rahmen und Ausbildung im *Bereich des Sozial- und Sozialversicherungswesens sowie für Leistungsabrechnung;*

Bundesministerium für Finanzen:
⇒ für den Bereich der *Finanzierung bzw. Um- und Neuverteilung der Budgetmittel* entsprechend den volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Erkenntnissen; sowie das

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Bundesministerium für öffentliche Wirtschaft und Verkehr:
⇒ für alle die *Verkehrssicherheit* belangende Bereiche und Flugrettung.

Die ÖRAK als bundesweite Ausbildungsstätte - Ergebnis von Erfahrungen und Konsequenz aus Fehlern ausländischer Ausbildungsmodelle (Exkurs):

Der Grund dafür, warum sich das ***Projektteam für die Etablierung einer bundesweit einheitlichen Ausbildungsinstitution entschlossen hat,*** war die Tatsache, daß die 1989 begonnene Neustrukturierung des deutschen Rettungswesens und insbesondere die Adaptierung der Ausbildung nach Gesprächen mit Experten und Fachleuten aus der BRD ein Schritt in die richtige Richtung war, jedoch im Glauben daran, rascher ans Ziel zu gelangen, die Übergangsbestimmungen (vgl. hiezu insbesondere § 13 RettAssG) großzügig gestaltet wurden. Wie sich zeigte, zu großzügig: Antragsteller, die vor Inkrafttreten des RettAssG eine Ausbildung als Rettungssanitäter nach dem 520-Stunden-Programm erfolgreich abgeschlossen oder mit einer solchen Ausbildung begonnen hatten (Rettungshelfer) und diese nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgreich abgeschlossen haben, erhalten eine Erlaubnis nach § 1 RettAssG (d.h. die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung zur Rettungsassistentin bzw. Rettungsassistent), wenn sie eine mindestens 2.000 Stunden umfassende Tätigkeit im Rettungsdienst abgeleistet haben und die Voraussetzungen gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 (d.h. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes ergibt und nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes unfähig oder ungeeignet ist) vorliegen. Bei der Berechnung der Stundenzahl sind alle Zeiten zu berücksichtigen, in denen der Antragsteller bei einer mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragten Organisation oder in Einrichtungen des Rettungsdienstes bei der Feuerwehr im praktischen Einsatz tätig war (vgl. hiezu LIPPERT, 1990; RettAssG, 1989).

Die oben angeführten Übergangsvorschriften gelten entsprechend auch für Antragsteller, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes nach landesrechtlichen Vorschriften den Absolventen einer Ausbildung nach dem 520-Stunden-Programm gleichgestellt worden sind.

Das bedeutet z.B. anhand der bayerischen Rettungssanitäterverordnung, daß gemäß § 5 der Übergangsvorschriften der RSanV auch Personen als Rettungssanitäter tätig werden können, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung eine Ausbildung als Rettungssanitäter mit mindestens 180 Stunden erfolgreich abgeschlossen und in den letzten zwei Jahren nicht nur gelegentlich Aufgaben eines Rettungssanitäters im Rettungsdienst wahrgenommen haben oder bei einer staatlichen oder

kommunalen Einrichtung oder bei einer Hilfsorganisation außerhalb des Geltungsbereiches dieser Verordnung eine den Mindestanforderungen dieser Verordnung gleichwertige Ausbildung und Prüfung abgeleistet haben.

In der Praxis bedeutet das, daß jemand, der z.B. eine 180-stündige Rettungssanitäterausbildung nach dem alten Ausbildungsschema absolviert hat, automatisch als Rettungssanitäter gemäß RSanV anerkannt wird. Dadurch kann er gemäß § 13 Abs. 2 RettAssG gemeinsam mit einer Bestätigung einer Rettungsorganisation über eine 2000 Stunden umfassende Tätigkeit im Rettungsdienst, die nach Auskunft vieler Experten aus der BRD nicht schwer zu erhalten ist, sofort als Rettungsassistent mit der Berechtigung mit der Führung zur Berufsbezeichnung "Rettungsassistentin" bzw. "Rettungsassistent" anerkannt werden. Das bedeutet, ***daß so "übergeleitete" Rettungsassistenten de facto über eine höchstens 180-stündige Ausbildung verfügen.***

Demgegenüber stehen die strengen Ausbildungsanforderungen und Ausbildungsinhalte für "neue Rettungsassistenten", deren Mindestausbildungsdauer 2.920 Stunden umfaßt, die sich aus

- dem mindestens 1.200-stündigen theoretischen und praktischen Lehrgang,
- einem 120-stündigem (dreiwöchigem) Praktikum sowie
- mindestens 1.600 Stunden praktischer Tätigkeit (= 2. Ausbildungsjahr)

zusammensetzt. ***Dabei fordern führende deutsche Experten der Notfall- und Katastrophenmedizin,*** um den Internationalen Standards gerecht zu werden und auch um die Ausbildung ähnlichen Berufsbildern und Ausbildungskonzepten wie etwa dem diplomierten Krankenpflegepersonal gleichzulagern und der Ausbildungsqualität anzupassen, eine ***Aufstockung der Ausbildung auf drei Jahre***, eine stärkerer Durchmischung der theoretischen und praktischen Ausbildung, die Verlegung der Abschlußprüfung ans Ende der theoretischen und praktische Ausbildung, etc.

Aus dem oben beschriebenen Fehler bei der Gesetzesformulierung und Umsetzung des neuen Berufsgesetzes resultiert eines der größten Probleme im Ausbildungsbereich des nichtärztlichen Sanitätspersonals im deutschen Rettungsdienst. Dies hat dazu geführt, daß es z.B. in Bayern ca. 3.000 "übergeleitete" Rettungsassistenten gibt gegenüber derzeit (Juni 1993) ca. 30 (1) "echte Rettungsassistenten". ***Verstärkt wird dieser Mißstand noch dadurch, daß die "staatlich anerkannten Ausbildungsstätten für Rettungsassistenten" privaten Trägerorganisationen überlassen wurden und somit das Ausbildungsniveau und die Ausbildungsqualität wiederum nicht bundeseinheitlich gestaltet wurde.*** Nach Auskunft deutscher Experten des Notfall- und Katastrophenwesens erfüllen fast alle Ausbildungsstätten die an sie gestellten Anforderungen und Standards

hinsichtlich der Infrastruktur und der Ausbildungsqualität in keiner Weise. Derzeit ist man bestrebt, bundeseinheitliche Ausbildungsrichtlinien sowohl für den Rettungssanitäter als auch für den Rettungsassistenten sowie genaue Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Ausbildungsstätten zu erstellen.

In Kenntnis dieses Fehlers wurde das vorliegende neue Ausbildungskonzept für Österreich so gestaltet, daß solch eine Situation von vornherein verhindert wird. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, daß das vorliegende österreichische Ausbildungskonzept selbstverständlich neben österreichischen Experten auch führenden Experten der deutschen Notfall- und Katastrophenmedizin (z.B.: Experten der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte - AGBN, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin - DIVI, zuständigen Instituten Deutscher Universitäten, etc.) zur Begutachtung vorgelegt wurde und diese mit dem Projektteam der Ö.A.G.W. konform gehen.

7.2.2.6.2 Akademieleitung

Die Akademieleitung der ÖRAK ist vom Träger der Ausbildungsstätte, also vom Bund bzw. den Sozialversicherungsträgern zu bestellen.

Der Träger der Ausbildungsstätte hat für die Akademieleitung inklusive der Departements einen ***"Medizinisch-Wissenschaftlichen Direktor und Generalmanager (MWD/GM)"*** mit entsprechender Ausbildung und praktischer Erfahrung auf den Gebieten der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung, des öffentlichen Sanitätsdienstes und des Managements im Gesundheitswesen zu bestellen. Für die Bereiche Notfallmedizin und Rettungsdienst sind ebenfalls verantwortliche Personen einzusetzen. Es ist ein für diese Tätigkeit fachlich geeigneter, aktiv im Rettungsdienst tätiger Notarzt, der die hierfür erforderliche Eignung und Berufserfahrung besitzt, als ***"Leitender Notarzt" (LN) der Österreichischen Rettungsakademie (ÖRAK)*** und der Departements zu bestellen. Weiters ist ein für diese Tätigkeit fachlich geeigneter Diplomierter Lehrrettungsassistent (DLRA), der aktiv im Rettungsdienst tätig ist, die hierfür erforderliche fachliche und pädagogische Eignung aufweist und über eine mehr als dreijährige aktive Berufserfahrung verfügt, zum ***"Leitenden Diplomierten Lehrrettungsassistenten" (Leit. DLRA)*** der Österreichischen Rettungsakademie sowie der Departements, zu bestellen. Die Vertretungen haben die gleichen Voraussetzungen zu erfüllen.

Dem ***"Medizinisch-wissenschaftlichen Direktor und Generalmanager (MWD/GM)"*** der Akademie obliegen sämtliche Belange hinsichtlich Organisation und Management, Durchführung, Beaufsichtigung und Verantwortung der Akademie bzw. ihrer Departements, insbesondere der medizinischen, respektive not-

fallmedizinischen theoretischen und praktischen Ausbildung, der Einhaltung der Lehrinhalte, der Auswahl der Vortragenden, das Vorschlagsrecht hinsichtlich der personellen Zusammensetzung der Fachprüfer bei der Prüfungskommission, sowie sämtliche Agenden hinsichtlich Forschung, Quality Management - Quality Assurance and Quality Improvement, Normung und Standardisierung, Dokumentation, Informationsmanagement, Public Relations, etc.

Der theoretische und praktische Unterricht ist in Zusammenarbeit mit dem "Leitenden Notarzt" und dem "Leitenden Diplomierten Lehrrettungsassistenten" (bzw. dem Leitenden Lehrrettungssanitäter in der Übergangsphase) so zu gestalten, daß unter Bedachtnahme auf die sachliche, personelle, gerätemäßige und fahrzeugmäßige Ausstattung eine optimale Ausbildung der Lehrgangsteilnehmer in bezug auf die vorgeschriebenen Lehrinhalte und die praktische Ausbildung gewährleistet ist.

Zum ***"Leitenden Diplomierten Lehrrettungsassistenten" (Leit. DLRA) bzw. "Leitenden Lehrrettungssanitäter" (Leit. LRS)*** der Österreichischen Rettungsakademie bzw. einer ihrer Departements ist ein für die Tätigkeit fachlich geeigneter Diplomierter Lehrrettungsassistent bzw., solange diese Voraussetzung (im Zeitraum der Übergangsregelung) nicht erfüllbar ist, ein Rettungssanitäter mit der Zusatzausbildung zum Lehrrettungssanitäter zu bestellen. Ihm obliegen als Unterstützung des "Medizinisch-Wissenschaftlichen Direktors und Generalmanagers - MWD/GM" der Österreichischen Rettungsakademie die Betreuung der Lehrgangsteilnehmer sowie die Aufsicht über die praktische rettungsdienstliche Ausbildung und des gegebenenfalls angeschlossenen Internates. Der "Leitende Lehrrettungssanitäter - Leit. LRS" bzw. der "Leitende Diplomierte Lehrrettungsassistent - Leit. DLRA" hat über die erforderliche fachliche und pädagogische Eignung sowie über eine mehr als dreijährige aktive Berufserfahrung zu verfügen, ebenso sein Vertreter.

7.2.2.6.3 Die Lehrrettungsstelle (LRS)

Lehrrettungsstelle ist jene Rettungseinsatzstelle, an der zumindest ein Lehrrettungswagen stationiert ist. ***Die Besetzung*** dieser Lehrrettungsstelle muß:

1) bei der *Ausbildung von Praktikanten zum RS*
   mit Diplomierten Lehrrettungsassistenten und/oder Lehrrettungssanitätern in der Übergangszeit und bei der
2) *Ausbildung von Praktikanten zum DRA*
   ausschließlich ***mit Dipl. Lehrrettungsassistenten***

während der gesamten Betriebszeit (also de facto 24 Stunden am Tag) für Ausbildungszwecke zum RS oder DRA ausgestattet und ständig mit einem Not-

arztdienst (z.B.: Krankenhaus, Rendez-vous-System, etc.) verbunden sein sowie unter der Führung und ärztlichen Aufsicht eines Leitenden Notarztes stehen. Die Lehrrettungsstelle muß vom zuständigen Ministerium als Ausbildungsstelle anerkannt sein und über die nötige personelle und infrastrukturelle Ausstattung verfügen. Weiters muß eine Mindesteinsatzfrequenz, deren Höhe vom Gesetzgeber festzulegen ist, nachgewiesen werden.

Folgende ***Grundsätze bzw. Voraussetzungen müssen Lehrrettungsstellen erfüllen, um für die Ausbildung von Praktikanten in der Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten bzw. zum Rettungssanitäter anerkannt zu werden***:

1. die Lehrrettungsstelle ist Teil eines Rettungsdienstbereiches, in dem ein Notarztdienst eingerichtet oder an den ein Notarztdienst angebunden ist;
2. die Lehrrettungsstelle ist ganzjährig im Dienst und gewährleistet, daß die Praktikanten in allen für ihre spätere Tätigkeit zur Berufsausübung wesentlichen Kenntnissen und Fertigkeiten unterwiesen werden und ihnen ausreichend Möglichkeit gegeben wird, das in der bisherigen Ausbildung Gelernte praktisch umzusetzen und praktisch anzuwenden;
3. die Lehrrettungsstelle muß über einen im Rettungsdienst erfahrenen Notarzt als Leitenden Notarzt (LNA) verfügen, der die medizinische Aufsicht wahrnimmt und die Einheitlichkeit der Ausbildung auf der Grundlage der Ausbildungsvorschriften sicherstellt;
4. die Ausbildung erfolgt ausschließlich durch qualifizierte Diplomierte Lehrrettungsassistenten (DLRA),die in enger Zusammenarbeit mit der Ausbildungsstätte (Österreichische Rettungsakademie und Rettungssanitäterschulen), die für die jeweilige Ausbildung zuständig ist, stehen;
5. für die Ausbildung in der Lehrrettungsstelle ist ein Diplomierter Lehrrettungsassistent (DLRA) als verantwortlicher Ausbildungsleiter zu bestellen;
6. in der Lehrrettungsstelle muß eine ausreichende Zahl an qualifiziertem Lehrpersonal zur Verfügung stehen;
7. in der Lehrrettungsstelle ist ständig mindestens ein RTW nach DIN 75080 bzw. den entsprechenden CEN-Normen als Lehrrettungswagen vorzuhalten;
8. die Lehrrettungsstelle muß über die gesetzlichen Anforderungen entsprechende räumliche, gerätemäßige und infrastrukturelle Ausstattung verfügen: dazu zählen insbesondere ein für Unterrichtszwecke geeigneter Raum in angemessener Größe mit Sitz- und Schreibmöglichkeiten sowie den nötigen audiovisuellen Lehrmitteln; angemessene Desinfektionseinrichtungen, eine Fahrzeughalle zur Durchführung der praktischen Ausbildungsteile;
9. die notwendigen Unterrichtsmittel, insbesondere Demonstrations- und Übungsmaterial müssen in ausreichender Zahl funktionsfähig bereitgehalten werden: dazu gehören insbesondere mindestens je ein Gerät zum Üben der Herz-Lungen-Wiederbelebung eines Erwachsenen und eines Säuglings, ein In-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

tubationstrainer, ein Infusionstrainer, ein Übungs-EKG-Gerät und ein Übungs-Defibrillator, etc.;

10. die Lehrrettungsstelle muß die Einhaltung der einheitlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich Inhalt und Umfang der Ausbildung gewährleisten: der festgelegte Themenkatalog für die praktische Tätigkeit sowie den begleitenden theoretischen Unterricht muß zur Gänze absolviert werden, die festgelegte Mindestausbildungszeit darf nicht unterschritten werden und die pädagogisch begründete Beschränkung der maximalen Praktikantenzahl, d.h. maximal ein Praktikant je dienstbereitem RTW pro Schicht, darf nicht überschritten werden;
11. die Lehrrettungsstelle hat Unterlagen und Literatur für die Praktikanten vorzuhalten, damit eine entsprechende Nachbereitung der Einsätze erfolgen kann;
12. die Lehrrettungsstellen haben unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Ausbildungsleistung zu dokumentieren, zu archivieren und mindestens 30 Jahre aufzubewahren; dabei handelt es sich insbesondere um: das jeweils für die Ausbildung zuständige und verantwortliche Personal der Lehrrettungsstelle, Name, Vorname und Geburtsdatum sowie Anschrift der Praktikanten, Art und Dauer des Praktikums, Dienstpläne, Protokolle über Einführungs-, Zwischen- und Abschlußgespräch sowie Tätigkeitsnachweis des Praktikanten als auch alle arbeitsrechtlichen Unterlagen;
13. jede Lehrrettungsstelle muß entsprechend den Ausbildungsbestimmungen von der Österreichischen Rettungsakademie und der zuständigen Sanitätsbehörde akkreditiert sein.

Voraussetzungen zur Ausbildung:

1. der Praktikant hat vor Beginn des Praktikums der Lehrrettungsstelle nachzuweisen, daß er die vorausgehenden Ausbildungsabschnitte positiv abgeschlossen hat;
2. vor Beginn des Praktikums hat der Praktikant ein Einführungsgespräch mit dem für die Ausbildung an der Lehrrettungsstelle verantwortlichen Diplomierten Lehrrettungsassistenten (DLRA) zu führen, in dem ihm Praktikumsablauf, Lernziele, Dienstplan, Einteilung, Verhaltensmaßregeln, Dienstordnungen, regionale Besonderheiten, etc. erläutert werden und der Dienstvertrag geschlossen wird;
3. alle in der Ausbildung absolvierten Einsätze werden einer Einsatznachbesprechung gemeinsam mit dem Praktikanten, dem zuständigen DLRA und dem Leitenden Notarzt (LNA) unterzogen, wobei auch der weitere Verlauf der Versorgung des Patienten im Krankenhaus, etc. miteinbezogen werden soll; hiefür sind vom Gesetzgeber Maßnahmen zutreffen, daß das zuständige Krankenhauspersonal bzw. etwaige andere betroffene Einrichtungen der Informationspflicht unbedingt nachkommen;

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

4. in regelmäßigen Abständen werden Zwischengespräche mit den Praktikanten geführt, die der Feststellung des jeweiligen Ausbildungs- und Wissensstandes und der Supervision dienen;
5. die vom Praktikanten während der Gesamtdauer des Praktikums geführten und vom zuständigen DLRA abgezeichneten Tätigkeitsnachweise und Einsatzberichte werden von dem für die Ausbildung verantwortlichen Diplomierten Lehrrettungsassistenten der Lehrrettungsstelle geprüft und abgezeichnet;
6. zum Abschluß des Praktikums hat ein Abschlußgespräch zwischen den für die Ausbildung Verantwortlichen (= DLRA, verantwortlicher DLRA der Lehrrettungsstelle sowie der Leitende Notarzt) und dem Praktikanten stattzufinden, in dem festgestellt wird, ob der Praktikant die Ausbildung an der Lehrrettungsstelle erfolgreich absolviert hat und zur Abschlußprüfung zugelassen wird.

7.2.2.6.4 Der Lehrrettungswagen (LRW) und das Rettungsteam

Als ***Lehrrettungswagen*** ist ***mindestens ein RTW mit der Mindestausstattung nach DIN 75080 bzw***. der entsprechenden ***CEN-Normen*** vorzuhalten, ***der während der gesamten Betriebszeit als Lehrrettungswagen mit mindestens einem Diplomierten Lehrrettungsassistenten in der Standard-Crew zu besetzen ist***. Ein in Ausbildung zum Rettungssanitäter befindlicher Praktikant (= Rettungshelfer) darf lediglich als dritte Sanitätsfachkraft am Lehrrettungswagen mitfahren. Gleiches gilt für den Cand. DRA im zweiten Ausbildungsabschnitt während des zweiwöchigen Rettungsintensivpraktikums. Während des dritten Ausbildungsabschnittes zum DRA (= Lehrrettungspraktikum) hat der Cand. DRA, abgesehen vom ersten Ausbildungsmonat (= Probemonat), als zweite Sanitätsfachkraft im Rang eines angestellten Rettungssanitäters seinen Dienst zu versehen.

Bei den Intensivpraktika und im Rahmen des Lehrrettungspraktikums (III. Abschnitt) wird grundsätzlich davon ausgegangen, daß der ***Crew des Lehrrettungswagens*** (LRW) ein eigener ***"Rettungsfahrer"*** (Berufskraftfahrer mit Sonderqualifikation) zugeteilt ist, damit sich der DLRA als Trainer und hochqualifizierte Sanitätsfachkraft ausschließlich der Versorgung und Betreuung des Patienten bzw. der Lebensrettung und Lebenserhaltung von Verunfallten und Notfallpatienten sowie der Ausbildung der auszubildenden Sanitätsfachkraft (RH, RS, Cand. DRA) widmen kann. Mehr als diese ***Doppelverantwortung und -aufgabe*** ist im Sinne einer Qualitätssicherung sowie aus der Sicht des Patienten, aber ebenfalls aus arbeitsmedizinischer Betrachtungsweise unter dem in der präklinischen Notfallversorgung herrschenden Streß, psychischen, physischen und zeitlichen Druck sowie den erschwerten Arbeitsbedingungen "auf der Straße" (Notfallort), nicht verantwortbar. Eine andere Zusammensetzung der Lehrrettungswagen-Crew würde darüber hinaus die Kontinuität der Ausbildung gefährden: Gesetzt den Fall, es gäbe keinen eigenen "Rettungsfahrer", müßte entweder der DLRA oder die in Ausbildung stehende Sani-

tätsfachkraft die Aufgaben und Tätigkeiten des Einsatzfahrers übernehmen. Die ***Konsequenz dabei wäre***, daß sich ***entweder der Auszubildende alleine mit dem Notfallpatienten in der Kabine des Lehrrettungswagens*** befindet, und seine praktische Ausbildung am Einsatzmittel vom "Training on the job" zum "Learning by doing" wird, ***oder*** dazu führt, daß er ***den Großteil seiner Ausbildung hinter dem Lenkrad verbringt*** und somit eine Tätigkeit vollbringt, für die er vielleicht sogar unzureichend ausgebildet wurde, ***anstelle unter Aufsicht und nach Anleitung des DLRA "in seinen Beruf hineinzuwachsen"*** und ausreichend praktische Erfahrungen über alle Versorgungsschritte und möglichen auftretenden Komplikationen sammeln zu können. Bei einem NAW (= RTW mit Notarzt) ist der Notarzt der Crew zuzurechnen.

In der Übergangsphase, bis genügend DLRA ausgebildet sind, ist es von großer Bedeutung, daß unsere Notärzte, trotz der damit verbundenen Mehrbelastung, diesen Part der Ausbildung übernehmen. Durch diese ***Symbiose zwischen Notarzt und Sanitätsfachkraft*** in der Initialphase dieser Ausbildungsreform soll auch der Grundstein für die spätere gute Zusammenarbeit zwischen den künftigen Leitenden Notärzten und DLRA, aber auch zwischen den Ärzten und Sanitätsfachkräften gelegt werden.

Längerfristig kann die ***Strukturqualität*** hinsichtlich des Rettungspersonals nur aufgebaut und gesichert werden, wenn der Ausbildungsstand, die Qualifikation und die Teamfähigkeit der Rettungs-Crew nach den Grundsätzen des Qualitätsmanagements aufgebaut und nach dem "Kybernetischen Modell der Qualitätssicherung" einer ständigen Aktualisierung und Erneuerung unterzogen werden. Das heißt, daß man Fehler und Schwachstellen rechtzeitig erkennen und beseitigen sollte, um einen größeren Schaden für das System (hier das Rettungswesen per se) oder das Individuum (insbesondere den Patienten) zu vermeiden bzw. möglichst klein zu halten. Die verpflichtende Fort- und Weiterbildung zur Erhaltung und Verbesserung des Ausbildungs- und Wissensstandes der Mitarbeiter des Rettungsdienstes ist ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil des Quality Improvement. Zugleich kann sie ein wertvolles Instrument sein, die ***interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Mitglieder des Rettungsteams*** zu verbessern und somit wieder zur Qualitätssicherung beizutragen.

7.2.2.6.4 Ausbildungsstrategien und Unterrichtsformen

Der ***Unterricht*** ist während der gesamten Ausbildungszeit entsprechend den neuesten pädagogischen Erkenntnissen und ***möglichst praxisbezogen*** zu gestalten. Dabei sollen die Schüler und Cand. DRA angehalten werden, sich den ***Lehrstoff weitestgehend selbst*** anhand speziell für diesen Zweck entwickelter Lehr- und Lernbehelfe wie Skripten, Arbeitsbücher, Videos, Tonbänder, PC/Software, etc. zu

erarbeiten und vor allem unklare und besonders wesentliche Lehrbereiche mit dem entsprechend geschulten Lehrpersonal aufzuarbeiten.

Praktischer Anschauungsunterricht, Intensivpraktika im Krankenhaus, Rettungspraktika, Exkursionen, Patienten-Szenarien, Übungen am Phantom, Mega-Code-Training, Gesprächstraining, Gruppenarbeiten, etc. kombiniert mit Selbststudium, Diskussionen und Vorträgen sollen den Unterricht in College-Form für den Schüler möglichst interessant und abwechslungsreich gestalten und so das Interesse an der Ausbildung und der später beruflichen Tätigkeit fördern und erhalten sowie zugleich durch die damit verbundene Motivation und den Praxisbezug optimale Lernerfolge ermöglichen.

Jeder Schüler sollte sich einen ***DLRA als Betreuer*** für die gesamte Ausbildungszeit auswählen können, der zugleich auch sein zuständiger Ansprechpartner (gemeinsam mit dem Leitenden Notarzt der Ausbildungsstätte) beim Verfassen der für die Abschlußprüfung zum DRA erforderlichen Diplomarbeit wird.

Am Ende jeder Lehreinheit, mindestens jedoch beim Abschluß jedes theoretischen und praktischen Lehrgangsblockes, wird eine ***Zwischenprüfung*** abgehalten: einerseits zur laufenden Leistungsbeurteilung des Schülers und andererseits als Feedback für den Qualitätsgrad der Wissensvermittlung (zur Beurteilung von Ausbildnern und Auszubildenden). Weiters sollen Lehrpersonal und Auszubildende mittels gegenseitig beschreibender Beurteilung in Form eines Evaluierungsbogens dazu beitragen, einen praxis- und qualitätsorientierten Unterricht zu gewährleisten.

Darüber hinaus sind ***von den Schülern die für jede Unterrichtseinheit (UE) selbständig erarbeiteten Lehrinhalte anhand von Frageprotokollen (FP) als Hausarbeiten aufzuarbeiten*** und den jeweiligen Vortragenden auszuhändigen, der aufgrund des Antwortverhaltens seiner Schüler die Probleme und Unklarheiten im Lehrstoff erkennt und darauf aufbauend die in seinem Unterricht ***besonders zu behandelnden Themenbereiche festlegt.***

*Ein derartiges **Unterrichtsschema** könnte auf ein Unterrichtsfach bezogen folgendermaßen gestaltet sein:*

UNTERRICHTSSCHEMA

UE 1 und 2: vorbereitende Lehrveranstaltungen (VL)
ab UE 3: regulärer Unterrichtsablauf

Unterrichtseinheit 1:
* Einführungsveranstaltung (EFV);
* Vorlesung: "Anleitung zum selbständigen Lernen"
* Festlegung der auszuarbeitenden Lehrinhalte für UE/3 und Ausgabe der FP- UE/3;

Unterrichtseinheit 2:
* Abgabe der FP-UE/3;
* Festlegung der auszuarbeitenden Lehrinhalte für UE/4 und Ausgabe der FP-UE/4;

Unterrichtseinheit 3:
* Behandlung der Lehrinhalte UE/3 unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse von FP-UE/3;
* Abgabe der FP-UE/4;
* Festlegung der auszuarbeitenden Lehrinhalte für UE/5 und Ausgabe der FP-UE/5;

Unterrichtseinheit 4:
* Behandlung der Lehrinhalte UE/4 unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse von FP-UE/4;
* Abgabe der FP-UE/5;
* Festlegung der auszuarbeitenden Lehrinhalte für UE/6 und Ausgabe der FP-UE/6;

Unterrichtseinheit 5:
* Behandlung der Lehrinhalte UE/5 unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse von FP-UE/5;
* Abgabe der FP-UE/6;
* Festlegung der auszuarbeitenden Lehrinhalte für UE/7 und Ausgabe der FP-UE/7;

Unterrichtseinheit 6: ..... usw.

Quelle: ÖAGW, 1993

7.2.2.7 PRÜFUNGSMODALITÄTEN, DIPLOMPRÜFUNG UND DIPLOMARBEIT

Der Cand. DRA hat ***am Ende jedes Theorieblockes (A - F) sowie am Ende jedes Intensivpraktikumsblockes*** eine ***Zwischenprüfung*** zu absolvieren. Die Zwischenprüfungen über die theoretischen Lehrinhalte erfolgt in Form eines Multiple-Choice-Tests und dient gleichermaßen der Überprüfung des Wissens der Kursteilnehmer als auch der didaktischen Wissensvermittlung der Lehrkräfte. Über die Intensivpraktika ist vom jeweiligen Praktikumsleiter eine Teilnahmebestätigung mit

schriftlicher Beurteilung des Praktikumserfolges sowie der absolvierten Praktikumsinhalte vorzulegen.

Am ***Ende des II. Ausbildungsabschnittes*** ist eine ***Zwischenprüfung*** über alle theoretischen und praktischen Lehrinhalte dieses Abschnittes in mündlicher und praktischer Form abzulegen.

Bei erfolgreichem Abschluß des II. Ausbildungsabschnittes ist dem Cand. DRA ein Zeugnis darüber auszustellen. Der ***erfolgreiche Abschluß*** des II. Ausbildungsabschnittes ***berechtigt zur Teilnahme am III. Ausbildungsabschnitt***.

Während des ***III. Ausbildungsabschnittes***, also während der zwölfmonatigen praktischen ***Tätigkeit als Cand. DRA an einem Lehrrettungswagen einer Lehrrettungsstelle unter Aufsicht eines DLRA,*** ist über die erfolgreiche Absolvierung der Praktikumstätigkeit und der einzelnen Ausbildungsabschnitte ein ***Teilberechtigungszeugnis*** vom DLRA und vom Leitenden Notarzt der Lehrrettungsstelle auszustellen. Das Teilberechtigungszeugnis ***hat alle bei der praktischen Ausbildung im Rahmen des Lehrrettungspraktikums erlernten, ausgeführten und überprüften Tätigkeiten hinsichtlich Qualität und Quantität zu enthalten*** und regelt darüber hinaus, zu welchem Zeitpunkt des III. Ausbildungsabschnittes der Cand. DRA einzelne Tätigkeiten selbständig und eigenverantwortlich, jedoch ausschließlich unter Aufsicht eines DLRA, ausüben darf. ***Durch diese Form der steigenden eigenverantwortlichen Tätigkeit und "Teilberechtigung zur Berufsausübung" soll der Übergang von der Ausbildungszeit in den "berufsberechtigten Rettungsalltag" nach erfolgreicher Diplomprüfung kontinuierlich erfolgen.***

Die Fehlzeiten eines Cand. DRA in der Ausbildung zum DRA dürfen 10 % nicht überschreiten. In begründeten Ausnahmesituationen kann die Prüfungskommission auf Antrag des Cand. DRA die Dauer und Inhalte der nachzuholenden Ausbildung festlegen. Praxisrelevante Unterrichtseinheiten sowie Praktika (Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen, etc. sind zur Gänze zu absolvieren und gegebenenfalls nachzuholen.

Der erfolgreiche Abschluß aller drei Ausbildungsabschnitte mit positiven Abschlußzeugnissen und eine Diplomarbeit zu einem berufsspezifischen Thema sind die Voraussetzungen für die ***Zulassung zur Diplomprüfung***.

Die ***Abschlußprüfung ist eine kommissionelle Diplomprüfung,*** welche ***mündlich, schriftlich und praktisch vor einer unabhängigen Prüfungskommission*** abgelegt werden muß. ***Zweck und Ziel der kommissionellen Diplomprüfung ist es, festzustellen, ob sich der Studierende die für die Ausübung der berufsmäßigen Tätigkeit des DRA erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten angeeignet hat und in der Lage ist, die berufliche Tätigkeit selb-***

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

ständig und fachgerecht auszuführen. Personen, die die Diplomprüfung erfolgreich abgelegt haben, erhalten das Diplom. Dieses hat die Tätigkeit, für die es gilt, sowie die der betreffenden Person zukommende Berufsbezeichnung anzuführen.

Mit dem Diplom kann um die Ausstellung des ***"Berufsberechtigungspasses" für die Berufsausübung (Lizenz)*** bei der Prüfungskommission angesucht werden. Dieser wird alle zwei Jahre von der Prüfungskommission verlängert, wenn die erforderliche praktische und theoretische Fort- und Weiterbildung absolviert und im Fortbildungspaß bestätigt wurde sowie die erforderliche Berufspraxis nachgewiesen und alle Qualitätsstandards erfüllt wurden.

Die ***Prüfungskommission*** besteht aus:

- o dem Landessanitätsdirektor oder dessen Stellvertreter als Vorsitzenden der Prüfungskommission,
- o einem Vertreter des Trägers der Österreichischen Rettungsakademie,
- o dem Medizinisch-Wissenschaftlichen Direktor und Generalmanager (MWD/GM) der Ausbildungsstätte,
- o dem Leitenden Notarzt der Ausbildungsstätte,
- o dem Leitenden Diplomierten Lehrrettungsassistenten der Ausbildungsstätte,
- o einem Vertreter der Interessensvertretung der Sanitätsfachkräfte,
- o dem jeweiligen medizinischen und sanitätsdienstlichen Kursleiter: (unterrichtender Notarzt und Diplomierter Lehrrettungsassistent bzw. Rettungssanitäter mit der Lehrbefugnis zur Ausbildung zum Rettungssanitäter mit mehrjähriger Berufserfahrung),
- o die zu Fachprüfern bestellten Lehrkräfte der Österreichischen Rettungsakademie sind: jedenfalls je ein Facharzt für Anästhesie- und Intensivmedizin, Interne Medizin/Kardiologie, Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, (und nach Möglichkeit ein Facharzt für Neurochirurgie, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und ein Facharzt für Kinderheilkunde), ein Jurist, eine diplomierte Anästhesieschwester und eine diplomierte Intensivpflegeschwester, ein Vertreter des Unfallverhütungsdienstes, ein Psychologe.

Die theoretischen Ausbildungsinhalte werden in schriftlicher und mündlicher Form, die Inhalte des Krankenhaus- und Rettungspraktikums in mündlicher und praktischer Form abgenommen. Die Prüfung hat insbesondere zu beinhalten: Erste Hilfe und Erste-Hilfe-Sofortmaßnahmen, praktische Prüfung am Phantom, Mega-Code-Prüfung am Phantom und Erkennen und Therapie von Krankheitsbildern. Die Dauer der Prüfung beträgt zwei Tage, einen Tag für die theoretischen und einen Tag für die praktischen Lehrinhalte.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Eine ***Prüfungswiederholung*** ist zweimal zulässig, wobei sämtliche Prüfungsabschnitte zu wiederholen sind. Eine Prüfungswiederholung ist frühestens nach drei Monaten möglich.

Nostrifikation ausländischer Diplome und Zeugnisse

Außerhalb Österreichs erworbene Urkunden des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst über eine mit Erfolg abgeschlossene Ausbildung im Bereich der nichtärztlichen praeklinischen Notfallversorgung sind vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz österreichischen Diplomen gleichwertig anzuerkennen, wenn nachgewiesen wird, daß die im Ausland absolvierte Ausbildung, die für die Ausübung des Berufes des DRA in Österreich notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt hat. Hierüber kann erforderlichenfalls ein Sachverständigengutachten der Österreichischen Rettungsakademie eingeholt werden.

Die Anerkennung kann an die Bedingung geknüpft werden, daß die im Ausland absolvierte Ausbildung durch eine theoretische und/oder praktische Ausbildung an der Österreichischen Rettungsakademie ergänzt wird und hierüber kommissionelle Ergänzungsprüfungen mit Erfolg abgelegt werden. Weiterführende im In- und Ausland erfolgreich absolvierte theoretische und/oder praktische Ausbildungen können über Antrag vom zuständigen Ministerium im Nostrifikationsverfahren angerechnet werden, wenn die Ausbildungsinhalte und die in der Prüfung nachgewiesenen Fertigkeiten und Kenntnisse gleichwertig sind.

Für den Fall, daß die Gleichwertigkeit der ausländischen Urkunden nicht nachgewiesen werden kann, jedoch glaubhaft gemacht wird, daß die im Ausland absolvierte Berufsausbildung in weiten Bereichen einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten entspricht, kann der zuständige Bundesminister statt der Gleichachtung die Zulassung zur kommissionellen Diplomprüfung aussprechen. Gleichzeitig kann er unter Bedachtnahme auf die berufspraktischen Erfordernisse festlegen, welche Gegenstände die kommissionelle Diplomprüfung zu umfassen hat, wobei insbesondere auf die Überprüfung der praktischen Fähigkeiten Bedacht zu nehmen ist.

Die erfolgreiche Absolvierung bzw. Anerkennung der theoretischen und/oder praktischen Ausbildung ist von der zuständigen Sanitätsbehörde im ***Anerkennungsbescheid*** einzutragen. Dieser ist dem Diplom gleichzusetzen und berechtigt zum ***Antrag um Ausstellung des Berufsberechtigungspasses bei der Prüfungskommission***. Die Berechtigung zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit des Diplomierten Rettungsassistenten entsteht erst mit der Aushändigung bzw. Übermittlung des "Berufsberechtigungspasses" zur Berufsausübung durch die Prüfungskommission.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.2.2.8 KENNZEICHNUNG

- o ***Berufskleidung in Sicherheitsfarben*** (rot) mit Hemd- bzw. Ärmelschlaufen mit Äskulap-Zeichen und Buchstaben für den Diplomierten Rettungsassistenten: ***DRA; sowie Berufsbezeichnung "DIPL. RETTUNGSASSISTENT" in großen schwarzen Balkenlettern*** (ca. 12 Zentimeter groß) ***auf weißem reflektierenden Grund auf Höhe der Brustwirbelsäule am Rücken jeder Sanitätsfachkraft.***

- o ***Namensschild*** der jeweiligen Rettungsdienstorganisation

- o ***Berufsbrosche*** (wie bei diplomiertem Krankenpflegepersonal) mit Zulassungsnummer, Name der jeweiligen Ausbildungsstätte, etc.

7.2.2.9 BERUFSBEZEICHNUNG

Personen, die die Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten absolviert und die erforderliche Prüfung abgelegt haben sowie die Voraussetzungen zur Berufsberechtigung erfüllen, dürfen die ***Berufsbezeichnung "Diplomierter Rettungsassistent" (DRA)*** führen.

7.2.2.10 UMSETZUNGSZEITRÄUME DER AUSBILDUNGSREFORM

Entsprechend der Zieldefinition der WHO-Strategie "Gesundheit 2000" soll nach dem Einzelziel 11 "Unfälle" die Unfallhäufigkeit im Straßenverkehr, zuhause und am Arbeitsplatz um mindestens 25 % vermindert werden (WHO, 1985). Das heißt, daß Österreich bis zum Jahr 2000 1.000 Menschenleben retten bzw. vor dem Unfall bewahren muß, um die Todesrate um ein Viertel zu verringern und das Ziel der WHO zu erreichen. Die derzeitige Katastrophensituation sieht folgendermaßen aus: In Österreich verletzen sich 580.000 Menschen pro Jahr bei Unfällen. Das bedeutet, daß 460.000 Menschen im Durchschnitt je 20 Tage im Krankenstand sind, 140.000 Menschen durchschnittlich je acht Tage im Spital stationär behandelt werden und 4.000 Menschen sterben (AUVA, 1993). Das österreichische Volk verliert durch Arbeits-, Verkehrs- und Freizeitunfälle jährlich öS 120 Mrd., daß bedeutet, daß jedem in Österreich lebenden Menschen Unfälle mindestens öS 15.000,- im Jahr kosten.

Zur Erreichung dieses Zieles können jedoch nicht nur präventive Maßnahmen wie verstärkte Aufklärung, Hebung des Risikobewußtseins, etc. beitragen, sondern es

sind im Sinne eines umfassenden Notfall- und Katastrophenmanagements im Bereich der präklinischen Notfallmedizin und der Unfallverhütung auch umfangreiche Maßnahmen im Sinne eines Quality Improvement notwendig, ja sogar unerläßlich. Dazu zählen neben einer strukturellen und infrastrukturellen Reorganisation und Neustrukturierung des österreichischen Rettungswesens insbesondere hochqualifiziertes Rettungsdienstpersonals. Es sollte keine Diskussion darüber bestehen, daß dieses Personal die gleichen Voraussetzungen und Qualifikationen erfüllen muß, wie es internationale und europäische Standards ähnlicher Ausbildungsmodelle voraussetzen. Diese Forderung gilt gleichermaßen für das ärztliche wie auch das nichtärztliche Personal im Rettungsdienst. Das hochqualifizierte nichtärztliche Sanitätspersonal muß dabei vom Ausbildungsstand her dem Ausbildungsstandard einer Anästhesie- und Intensivschwester im klinischen Bereich entsprechen, jedoch den besonderen Anforderungen und Gegebenheiten angepaßt sein, da das Sanitätspersonal in den ersten entscheidenden Minuten nach dem Unfall bzw. Notfall vielfach ohne Anwesenheit eines Arztes lebensrettende und lebenserhaltende Maßnahmen setzen muß.

Aus human-ethischen und volkswirtschaftlichen Gründen sowie aus der Notwendigkeit der Erfüllungspflicht der Zielsetzung der WHO-Strategie "Gesundheit 2000" ist es unerläßlich, in einem klar definierten und überschaubaren Zeitraum, wie er von der WHO vorgegeben ist, die entsprechenden Maßnahmen und Schritte zur Anhebung der Qualifikation des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst sowie zur Etablierung der entsprechenden Ausbildungsstandards zu setzen.

In der nachfolgenden Zeittafel soll der noch zur Verfügung stehende Zeitraum bis zum Jahr 2000 optimal genutzt werden und das Ausbildungsmodell zur Sanitätsfachkraft in praktikablen Übergangsschritten umgesetzt werden:

- **binnen 3 Jahren:** mindestens **1 DRA und 1 RS auf jedem NAW und 1 DRA auf jedem RTH** zusätzlich zum Notarzt und zum Rettungsfahrer bzw. Piloten;
  (bis spätestens 3 Jahre nach der gesetzlichen Neuregelung)

- **binnen 3 Jahren:** mindestens **1 DRA und 1 RS auf jedem RTW und NEF;**
  (bis spätestens 3 Jahre nach der gesetzlichen Neuregelung)

- **binnen 3 Jahren:** mindestens **1 RS und 1 RH auf jedem KTW.**
  (bis spätestens 3 Jahre nach der gesetzlichen Neuregelung)

- **binnen 5 Jahren:** **2 RS auf jedem KTW**
  (bis spätestens 5 Jahre nach der gesetzlichen Neuregelung)

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- **binnen 7 Jahren:** **1 DRA und 1 RS auf jedem KTW**
  (bis spätestens 7 Jahre nach der gesetzlichen Neuregelung)

- **binnen 7 Jahren:** mindestens **1 DRA und 1 RS auf jedem NAW** zusätzlich zum Notarzt und Rettungsfahrer
  (bis spätestens 7 Jahre nach der gesetzlichen Neuregelung)
  Dabei ist die Stelle des RS auf einem mit einem DLRA besetzten Lehrrettungswagen einer akkreditierten Lehrrettungsstelle als Ausbildungsstelle eines Cand. DRA zum DRA einzurichten.

- **binnen 7 Jahren:** **2 DRA auf jedem RTW oder 1 DLRA und ein Cand. DRA auf einem Lehrrettungswagen**
  (bis spätestens 7 Jahre nach der gesetzlichen Neuregelung)
  Die Stelle des zweiten DRA auf einem mit einem DLRA besetzten Lehrrettungswagen einer akkreditierten Lehrrettungsstelle ist als Ausbildungsstelle im Rahmen des Lehrrettungspraktikums eines Cand. DRA in der Ausbildung zum DRA einzurichten.

- **binnen 7 Jahren:** **1 DFRA und 1 DRA auf jedem RTH** zusätzlich zum Notarzt und Piloten
  (bis spätestens 7 Jahre nach der gesetzlichen Neuregelung)
  Die Stelle des zweiten DRA auf einem mit einem DFRA besetzten Lehr-RTH einer akkreditierten Lehrrettungsstelle ist als Ausbildungsstelle eines DRA zum DFRA einzurichten

Praktikanten des I. Ausbildungsabschnittes zur Sanitätsfachkraft dürfen nur als 3. Sanitätsfachkraft unter Aufsicht eines DLRA oder RS mit Lehrbefugnis am Einsatzmittel mitfahren. Praktikanten des II. Ausbildungsabschnittes, d.h. mit positiv abgeschlossener Ausbildung zum RS, dürfen an allen für RS zugelassenen Stellen tätig werden. Praktikanten (Cand. DRA) des III. Ausbildungsabschnittes (= Lehrrettungspraktikum) dürfen neben einem DLRA als 2. Sanitätsfachkraft am Einsatzmittel (Lehrrettungswagen) tätig werden.

Durch diesen Rasterplan ist gewährleistet, daß der Rettungs- und Krankentransportdienst seinen Aufgaben in vollem Umfang nachkommen kann.

Der Rettungsdienst ist eine öffentliche Aufgabe. Er dient der bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des qualifizierten Krankentransportes. Beide Aufgabenbereiche bilden eine medizinisch-organisatorische Einheit der Gesundheitsvorsorge und Gefahrenab-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

wehr. Dazu gehört auch die Bewältigung von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker (Massenunfall).

Die Aufgaben des Rettungsdienstes sind:

- bei lebensbedrohlich Verletzten oder Kranken (Notfallpatienten) am Notfallort lebensrettende Maßnahmen durchzuführen, ihre Transportfähigkeit herzustellen und sie unter fachgerechter Betreuung in dafür besonders ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Behandlung geeignete Behandlungseinrichtung zu befördern (Notfallrettung), Notfallrettung hat Vorrang vor Krankentransport,
- sonstige Kranke, Verletzte oder hilfsbedürftige Personen, die nach ärztlicher Beurteilung während einer Beförderung der fachlichen Betreuung oder eines besonders ausgestatteten Rettungsmittels bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist, zu befördern (qualifizierter Krankentransport),
- zur Versorgung von Notfallpatienten den Transport von lebenswichtigen Medikamenten und Blutversorgungen und von Organen für Transplantationen durchzuführen (GERDELMANN, KORBMANN, KUTTER, 1993).

Notfallpatienten sind Personen, die sich infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände in Lebensgefahr befinden oder deren Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine wesentliche Verschlechterung erwarten läßt, sofern nicht unverzüglich medizinische Hilfe eingreift.

7.2.2.11 UMSTIEGSMÖGLICHKEITEN IN ANDERE GESUNDHEITSBERUFE

Aus gesundheitspolitischen und pädagogischen Überlegungen heraus *ist es sinnvoll und volkswirtschaftlich zweckmäßig,* ***artverwandte Gesundheitsberufe*** *hinsichtlich der Ausbildungs- und Umstiegsmöglichkeiten* ***möglichst durchlässig zu gestalten*** *und* ***längerfristig gesehen ein vernetztes System für die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Sozial- und Gesundheitsberufe im Rahmen eines integrierten Ausbildungskonzeptes zu schaffen.*** Aufgrund eines derartigen Konzeptes würde es dem einzelnen im Gesundheitswesen Tätigen möglich sein, seine *eigene berufsspezifische Karriereplanung auch in die Praxis umzusetzen* und andererseits wäre dafür Vorsorge getroffen, daß jemand, der aus welchen Gründen auch immer, seinen erlernten Beruf nicht oder nicht mehr ausüben kann oder sich beruflich verändern möchte, sich neuen Aufgaben und Tätigkeiten zuwendet und trotzdem im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe verbleibt. ***Dadurch könnte vermieden werden,*** *daß, wie es in den bis heute erstellten Berufsbildern und Curricula leider üblich ist,* ***rein standes- und berufspolitische Ideologien und Einzelvorstellungen dominant werden, sondern aus einer ganzheitlichen Be-***

trachtungsweise heraus *die Ausbildung des Personals so geschaffen wird, daß* ***flexibel und bedarfsorientiert auch kurzfristigere Änderungen in der Berufslandschaft des Gesundheitswesen möglich*** *sind.* ***Da Bewegung Ausdruck des Lebens ist und der Beruf Bestandteil des Lebens, sollte nach dem Grundsatz "p'anta rhei"*** (BROCKHAUS, 1988), was im Griechischen soviel bedeutet wie "alles fließt", einem Lehrsatz Heraklits, ***im Sinne eines umfassenden Ausbildungsmanagements und im Interesse der Motivationssteigerung auch die Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung, zum Umstieg und zur Entfaltung gegeben sein.*** Es sollte daher kein Problem darstellen, wenn jemand aus dem ambulanten in den stationären Bereich, vom pflegerischen in den medizinisch-technischen oder von der praktischen Tätigkeit ins Management wechseln möchte, *sofern die Voraussetzung einer fundierten Aus-, Fort- und Weiterbildung bzw. Ergänzungsausbildung inkl. der erforderlichen Praktika erfüllt wird.* Hierbei dürfen jedoch weder Standespolitik noch Einzelinteressen im Vordergrund stehen, sondern ***im Sinne eines modernen Dienstleistungsberufes müssen fachliche Qualifikation und Kompetenz, Engagement und Qualitätssicherung sowie Teamgeist und dadurch interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohle des Patienten vorrangige Priorität haben.***

Aus unterschiedlichsten Überlegungen heraus sollte und muß den ***Sanitätsfachkräften, wie auch jedem anderen qualifizierten Gesundheitsberuf, die berufliche Auf- und Umstiegschance offenstehen.*** Der Freiraum "nach oben" zur beruflichen ***Weiterentwicklung und Karriereplanung ist ein Motivationsfaktor und wesentlicher Bestandteil eines umfassenden Qualitätsmanagements*** und kann wesentlich dazu beitragen, die psychische Belastung im Umgang mit Kranken und Sterbenden, die sonst alsbald zum Burn-out-Syndrom oder ähnlichem führen kann, zu bewältigen oder zu überwinden. Die Sanitätsfachkräfte habe so die *Gelegenheit, rechtzeitig für ihre weitere berufliche Tätigkeit bzw. Karriere Eigenvorsorge zu treffen*, um für den Zeitpunkt, in dem sie sich nicht mehr in der Lage sehen, ihren erlernten Beruf aus psychischen (Burn-out-Syndrom, etc.) oder physischen Gründen (z.B.: aufgrund einer Wirbelsäulenschädigung, Diabetes mellitus oder Hypertonie, etc.) auszuüben. *Diese hochqualifizierte Personengruppe mit langjähriger Berufserfahrung wäre bei Ausscheiden aus dem Berufsleben ein mehrfacher gesellschaftspolitischer Verlust:*

* die psychische Belastung durch den Verlust der Berufs- bzw. Arbeitsfähigkeit des Einzelnen verbunden mit finanziellen und sozialen Schlechterstellungen;
* der volkswirtschaftliche Verlust durch Frühpensionierung, Arbeitsunfähigkeit, "verlorene" Kosten für Aus-, Fort- und Weiterbildung, frühzeitige Ausbildung von Nachfolgern infolge der kurzzeitigen durchschnittlichen Berufstätigkeit (vgl. hierzu das Dipl. Krankenpflegepersonal mit etwa dreieinhalb Jahren durchschnittlicher Berufsausübungsdauer und einer vierjährigen Ausbildung),

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

* der Verlust an theoretischem Wissen und langjähriger praktischer Erfahrung im Rettungsdienst, etc.

Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung bzw. zum Umstieg

Folgende Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung bzw. zum Umstieg sollten den Sanitätsfachkräften nach Erreichen des Ausbildungsstandes des DRA offenstehen:

1) Ein ***Wechsel zwischen dem Beruf der Diplomierten Sanitätsfachkraft***, im Speziellen ***zwischen dem Diplomierten Rettungsassistenten und der Diplomierten Krankenpflegefachkraft*** (Diplomierte Krankenschwester, Diplomierter Krankenpfleger), sowie den medizinisch-technischen Diensten ***mit gegenseitiger Anerkennungsprüfung und Absolvierung eines ERGÄNZUNGSLEHRGANGES*** betreffend die fehlenden Lehrinhalte und Praktika sollte möglich sein. Darüber hinaus sind auch bei "Umsteigern" im Rahmen einer anderen Ausbildung abgelegte Prüfungen teilweise bzw. ganz anzurechnen. Diese Umstiegsmöglichkeiten bzw. Anrechnungsbestimmungen sind im internationalen Vergleich bereits in mehreren Ländern fester Bestandteil des Ausbildungsmanagements im Sozial- und Gesundheitswesen.

   Anrechnungen: Hat ein Studierender der Österreichischen Rettungsakademie oder ihrer Departements bereits erfolgreich Prüfungen im Rahmen der Ausbildung für den Krankenpflegefachdienst, für einen anderen medizinisch-technischen Dienst oder im Rahmen eines Medizinstudiums vor nicht mehr als fünf Jahren abgelegt, so sind ihm die erwähnten Prüfungen auf die abzulegenden Prüfungen im Rahmen der Ausbildung zum DRA durch die Prüfungskommission der Österreichischen Rettungsakademie insoweit anzurechnen, als sie nach Inhalt und Umfang als gleichwertig anzusehen sind. Die Anrechnung befreit von der Ablegung der Prüfung aus den jeweiligen Fächern. Inwieweit solche Prüfungen im Einzelnen gleichwertig sind, ist von einem *interdisziplinären Gremium*, welchem insbesondere *Vertreter der beteiligten Berufsgruppen* angehören, zu erarbeiten.

2) Eine ***Weiterbildung als Spezialisierung in Form einer Sonderausbildung*** zum Beispiel zum "Arbeitsmedizinischen Assistenten" (wie derzeit bereits für Krankenpflegefachkräfte und eingeschränkt für den Sanitätshilfsdienst im Rahmen der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin durchgeführt) sollte und muß unbedingt möglich sein. Hinsichtlich der weiteren Formen und Möglichkeiten der geplanten Sonderausbildungen vergleiche Kapitel 7.3.1.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3) Auch im Rettungswesen sollten betriebswirtschaftliche Methoden und Inhalte Eingang finden. Dafür werden hochqualifizierte Spezialisten im Sektor Rettungs- und Gesundheitswesen benötigt. Für diese Personengruppe sollte nach internationalem Vorbild ein ***Managementstudium für leitende Funktionen im Rettungsdienst, in Form eines DRA-MBA (Master of Business Administration),*** angeboten werden, das die Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse zur Führung von Non-Profit- und Profitorganisationen zum Ziel hat.

4) Bei Vorliegen eines Maturaabschlusses, mindestens zweijähriger Tätigkeit als DRA und absolvierter Studienberechtigungsprüfung sollte die ***Möglichkeit zum Medizinstudium*** offenstehen, wobei die Anerkennung von etwa drei Semestern des Medizinstudiums sowie einigen Teilprüfungen der 'Vorklinik' ermöglicht und diskutiert werden sollte. Diese Möglichkeit kann jedoch frühestens mittelfristig aktuell werden.

5) Für Schüler gemäß dem Schulmodell zum DRA sollte mittel- bis längerfristig auch die ***Möglichkeit eines in das Schulmodell integrierten Maturaabschlusses im Rahmen einer fünfjährigen Ausbildung*** diskutiert und ermöglicht werden, wie dies derzeit für den Bereich des diplomierten Krankenpflegepersonals geplant ist.

7.3 SONDERAUSBILDUNGEN SOWIE FORT- UND WEITERBILDUNG

7.3.1 SONDERAUSBILDUNGEN

Für Personen, die gemäß dem Berufsgesetz zur Ausübung des Berufes des DRA berechtigt sind, sind zur Erlangung zusätzlicher erforderlicher Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Ausübung von Lehr- und Unterrichtstätigkeit, Führungsaufgaben und Sonderaufgaben Sonderausbildungskurse einzurichten. Diese Kurse bzw. Hochschullehrgänge bedürfen je nach Ausbildungsinhalt der Leitung eines Arztes, DLRA oder Managers. Nach Beendigung des Kurses ist eine kommissionelle Abschlußprüfung vor der Prüfungskommission der Österreichischen Rettungsakademie abzulegen.

Die Verleihung jeder in diesem Abschnitt 'Sonderausbildungen' beschriebenen Berufsbezeichnungen bzw. Sonderausbildungen ist an eine aufrechte Berufsberechtigung als DRA gebunden. Sollte die Berechtigung zur Berufsausübung als DRA (Lizenz), aus welchen Gründen auch immer, nicht verlängert werden, erlischt bzw. ruht automatisch auch die Berechtigung zur Ausübung einer in diesem Kapitel beschriebenen Sonderqualifikationen sowie das Recht zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.3.1.1 DIPLOMIERTER LEHRRETTUNGSASSISTENT (DLRA)

Praxiserfahrene sowie charakterlich und pädagogisch geeignete DRA erhalten durch die erfolgreiche Teilnahme an der Sonderausbildung zum ***Diplomierten Lehrrettungsassistenten (DLRA)*** das *Recht*, im Auftrag des Trägers der Ausbildungsstätte (Österreichische Rettungsakademie, Rettungssanitäterschule, Lehrrettungsstelle, Lehrrettungswagen, etc.) und in Abstimmung mit der Kurs-, Schul- oder Akademieleitung sowie dem Leitenden Notarzt (LNA) *in Ausbildung befindliche Sanitätsfachkräfte* (Rettungshelfer und Cand. DRA) *theoretisch und praktisch auszubilden* und zu unterrichten. Dazu zählen *auch die Praktikanten im Rahmen ihrer Ausbildung für den Rettungsdienst in der Lehrrettungsstelle*.

Das ***Anforderungsprofil des DLRA*** ist gegenüber dem des DRA insbesondere ***um folgende Fähigkeiten und Kenntnisse erweitert:***

- medizinische und rettungsdienstliche ausbildungsbezogene Unterrichtsmethodik und Unterrichtsdidaktik;
- Unterweisung in berufsbezogenen Vorschriften sowie angewandter Unfallverhütung und laufende Beobachtung deren Einhaltung während der Ausbildung;
- Einschulung und Unterweisung in arbeits- und berufsrechtliche Bestimmungen;
- Ausbildung zum Ausbildner für Dispatch-Training, Mega-Code-Training, Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen (ALS), etc.;
- Leistungs- und Verhaltensbeurteilung von Praktikanten;
- Eigenschulung hinsichtlich Teamfähigkeit, situationsgerechter Menschenführung, Management by delegation, Konfliktbewältigung, Gesprächs- und Diskussionsführung, etc.;
- Sonstiges.

Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Diplomierten Lehrrettungsassistenten (DLRA):

- Alle Voraussetzungen, die für den DRA gelten, müssen auch hier erfüllt sein;
- abgeschlossene Ausbildung zum DRA;
- Berufsberechtigung (gültige Lizenz);
- mindestens 3 Jahre praktische Tätigkeit als DRA in Vollzeitform;
- Unbescholtenheit;
- Befürwortung zur Sonderausbildung zum DLRA durch den Leitenden Notarzt der Rettungsdienststelle oder dem Leitenden Notarzt der Ausbildungsstätte (Eignungsgespräch);
- psychologische und pädagogische Eignung für die Lehrtätigkeit (Eignungstest).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die Ausbildung muß ***folgende Lehrinhalte*** beinhalten:

- Methodik, Pädagogik und Didaktik
- Unterrichtsformen
- Unterrichtsplanung, -vorbereitung und -durchführung
- PR und Medien
- Medieneinsatz in der Ausbildung
- Lernpsychologie
- Durchführung der Erwachsenenbildung
- Angewandtes Telefonmanagement in Dispatch-Centres
- Lernziele
- Anweisungen am Notfallort
- Konfliktmanagement
- Gruppenverhalten, Gruppendynamik, etc.
- Erfolgskontrollen und Erfolgsbeurteilung
- Personalbeurteilung
- Rhetorik
- Anleitung zum Selbststudium
- Führungsstile
- Aufgaben und Struktur der Berufsbildung
- Rechtsgrundlagen für Ausbildner und Prüfer (Ausbildungsgesetze und VO)
- Aufgaben, Stellung und Verantwortung des Ausbildners
- Aufgaben, Stellung und Verantwortung des Prüfers
- Aufgaben, Stellung und Verantwortung des Auszubildenden
- Arbeits-, sozialversicherungs- und berufsrechtliche Bestimmungen
- Praktika:
  * Patienten-Szenarios anleiten,
  * Lehrproben unter Aufsicht und Anleitung eines erfahrenen DLRA,
  * Musterprüfungen,
  * Intensivseminare,
  * Balintgruppe,
  * Video-Teaching;
  * Supervision, etc.
- Sonstiges.

Die Sonderausbildung zum DLRA schließt mit einer mündlichen und schriftlichen Prüfung und einer Lehrprobe mit anschließendem Gespräch ab. Nach Absolvierung der Sonderausbildung und Ablegung der erforderlichen Prüfungen erhält der DRA die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung "Diplomierter Lehrrettungsassistent - DLRA".

Der Diplomierte Lehrrettungsassistent unterliegt als verantwortlicher Ausbildner der Lehrrettungsstelle einer über seine Fortbildungsverpflichtung als DRA hinaus-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

gehenden und seiner Stellung als DLRA entsprechenden notfallmedizinischen und methodisch-didaktischen Fortbildungspflicht.

7.3.1.2 DIPLOMIERTER ARBEITSMEDIZINISCHER ASSISTENT (DAMA)

Die Weiterentwicklung der Arbeitsmedizin machte es in den letzten Jahren erforderlich, das ***Berufsbild des "Arbeitsmedizinischen Assistenten"*** zu schaffen, um den neuen Aufgabenstellungen und Anforderungen im Rahmen des arbeitsmedizinischen/betriebsärztlichen Dienstes sowie in den arbeitsmedizinischen Zentren mit entsprechend qualifiziertem arbeitsmedizinischen Assistenzpersonal gerecht zu werden. Dieses Tätigkeitsspektrum steht selbstverständlich neben dem diplomierten Krankenpflegepersonal auch den Diplomierten Rettungsassistenten offen, die nach erfolgreichem Abschluß der Sonderausbildung "Arbeitsmedizinischer Assistent" im Rahmen der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin die Berufsbezeichnung ***Diplomierter Arbeitsmedizinischer Assistent (DAMA)*** führen sollten.

Gemäß § 22 b (1) des **Arbeitnehmerschutzgesetzes** (AnSchG) muß für die betriebsärztliche Betreuung im Sinne des § 22 (1) "***das notwendige Fach- und Hilfspersonal in entsprechender Anzahl zur Verfügung stehen***".

Somit bildet laut AnSchG das im Rahmen der betriebsärztlichen Einrichtungen tätige, nichtärztliche Personal einen wesentlichen Teil der betriebsärztlichen Betreuung. Die derzeitige gesetzliche Regelung sieht jedoch keine genauere Definition vor, was unter dem "*notwendigen Fach- und Hilfspersonal*" zu verstehen ist. Unter Mithilfe von Arbeitsmedizinern, erfahrenen Werksschwestern und den Vertretern der Schwesternverbände entwickelte die Akademie für Arbeitsmedizin ein Berufsbild für den ***"Arbeitsmedizinischen Assistenten"*** sowie eine ***Sonderausbildung in präventiver Arbeitsmedizin,*** die die Absolventen in die Lage versetzen soll, die im Berufsbild festgelegten Aufgaben zu erfüllen.

Die arbeitsmedizinische Betreuung in Österreich ist noch lange nicht optimal. Entsprechend arbeitsmedizinisch ausgebildetes Fach- und Hilfspersonal soll einen weiteren Schritt zur Verbesserung der arbeitsmedizinischen Betreuung der österreichischen Arbeitnehmer darstellen (BAUMGARTNER, 1991).

Bereits im Jahre 1984 veranstaltete die Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin einen einwöchigen arbeitsmedizinischen Lehrgang für das laut Arbeitnehmerschutzgesetz vorgesehene nichtmedizinische Fach- und Hilfspersonal, das in betriebsärztlichen Einrichtungen tätig werden soll. Aufgrund der großen Unterschiede hinsichtlich des Aufgaben- und Tätigkeitsspektrums der damaligen Kursteilnehmer hat man sich entschlossen, das Ausbildungsprogramm entsprechend auszubauen,

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

um die sogenannten "Werksschwestern" zu qualifizierten Mitarbeitern in den betriebsärztlichen Einrichtungen auszubilden. Es hat sich daher 1989 die Notwendigkeit ergeben, unter Mithilfe von Betriebsärzten, erfahrenen Werksschwestern, Vertreterinnen der Schwesternverbände und einer Erziehungspädagogin ein ***Berufsbild für den Arbeitsmedizinischen Assistenten*** zu entwickeln. Das Berufsbild beschreibt in erster Linie die Aufgaben im Rahmen der präventiven Arbeitsmedizin. Das vorliegende Berufsbild stellt die ***erste Aufgabenbeschreibung dieser Tätigkeit in ganz Europa*** dar. Darauf aufbauend wurde in weiterer Folge auch der Lehrzielkatalog und der Ausbildungsplan erstellt. ***Der arbeitsmedizinische Assistent soll aufgrund seiner Ausbildung zum adäquaten Gesprächspartner und Mitarbeiter für den Betriebsarzt werden*** (vgl. JOHN und BAUMGARTNER, 1991).

Die durch den EWR-Beitritt ausgelöste und unmittelbar bevorstehende Reform des Arbeitnehmerschutzgesetzes und der Neustrukturierung im geplanten Arbeitsschutzgesetz bringt neben der schrittweisen Senkung der Arbeitnehmerschlüsselzahlen für Betriebe, die gesetzlich vorgeschrieben durch einen Betriebsarzt zu versorgen sind, und die mittelfristig bis auf einen Arbeitnehmer gesenkt werden sollen, auch die Forderung mit sich, daß während der gesamten Betriebszeit, also auch dann, wenn kein Betriebsarzt im Unternehmen anwesend ist, ein ***"Arbeitsmedizinischer Dienst" einzurichten ist, dem aufgrund fundierter Kenntnisse (über die Grundkenntnisse der vorausgesetzten Pflegeausbildung beim diplomierten Krankenpflegepersonal hinausgehend) insbesondere auch die Aufgabe der Leistung der qualifizierten Ersten Hilfe und der notwendigen Sofortmaßnahmen aufgrund von Symptomen obliegt.*** bis entsprechend höherqualifizierte Hilfe (Notarzt bzw. Arzt, NAW, etc.) einlangt. Hier stellt sich für den DRA genauso wie für das Dipl. Krankenpflegepersonal die Chance auf eine europareife Sonderausbildung mit guten beruflichen Aufstiegschancen im Rahmen der medizinischen Assistenzberufe. Entsprechend Berufsbild soll der Arbeitsmedizinische Assistent: *"... Arten von Verletzungen bzw. akuten Erkrankungen, die Erste-Hilfe-Maßnahmen notwendig machen, erkennen und wissen, welche Erste-Hilfe-Maßnahmen zu setzen sind, diese durchführen, den Transport des Patienten organisieren und die Dokumentation erledigen, sowie an der Organisation der Ersten Hilfe in Betrieb mitwirken. ... Erforderlich hiezu ist die Fähigkeit, aufgrund von Symptomen die notwendigen Erste-Hilfe-Maßnahmen durchführen zu können. ..."* (JOHN, BAUMGARTNER, 1991).

Zum ***Tätigkeitsspektrum des Arbeitsmedizinischen Assistenten*** zählen entsprechend dem Berufsbild:

1) Aufgaben und Ziele der Arbeitsmedizin;
2) Arbeitsvorgänge und -methoden;
3) Arbeitsmedizinische Untersuchungen;

4) Arbeitsplatzanalysen bezogen auf die Gesundheitsgefährdung;
5) Arbeitsplatzgestaltungs- und Arbeitsschutzmaßnahmen;
6) Erste-Hilfe-Maßnahmen;
7) Gesundheitserziehung und Lehrtätigkeit
8) Die betriebliche Administration.

Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Diplomierten Arbeitsmedizinischer Assistent (DAMA)

- Alle Voraussetzungen, die für den DRA gelten, müssen auch hier erfüllt sein;
- abgeschlossene Ausbildung zum DRA;
- Berufsberechtigung (gültige Lizenz);
- mindestens 3 Jahre praktische Tätigkeit als DRA in Vollzeitform;
- Unbescholtenheit;
- Befürwortung zur Sonderausbildung zum DAMA durch den Leitenden Notarzt der Rettungsdienststelle oder dem Leitenden Notarzt der Ausbildungsstätte (Eignungsgespräch);
- psychologische und pädagogische Eignung (Eignungstest).

Die Ausbildung in der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin umfaßt acht Wochen, wobei jede Ausbildungswoche eine Betriebsbesichtigung enthält. In den acht Wochen werden entsprechend dem ***Lehrzielkatalog*** (JOHN, BAUMGARTNER, 1991) folgende Lehrinhalte vermittelt:

1) Allgemeine Grundlagen
   - o Aufgaben und Ziele der Arbeitsmedizin
   - o Berufsbild des Arbeitsmedizinischen Assistenten
   - o Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
   - o Zusammenarbeit mit anderen Arbeitnehmerschutzeinrichtungen
2) Rechtsgrundlagen
   - o Einführung in die Hierarchie der gesetzlichen Vorschriften
   - o Arbeitnehmerschutzgesetz
   - o Arbeitnehmerschutzverordnung und sonstige Vorschriften
   - o Arbeitsrecht und seine Auswirkungen auf die arbeitsmedizinische Betreuung
   - o Verwendungsschutz
3) Arbeitsplatzbezogene Untersuchungen
   - o Betriebsbegehungen
   - o Technische Methoden zur Erfassung und Messung von Umgebungseinflüssen am Arbeitsplatz
   - o Auswertung der Ergebnisse arbeitsplatzbezogener Untersuchungen - Führen eines Schadstoffkatasters
   - o Aufgaben des AMA bei Betriebsbegehungen und Messungen am Arbeitsplatz

4) Arbeitsmedizinische Untersuchungen
   - o Untersuchungen nach § 8-Arbeitnehmerschutzgesetz
   - o Statistik und Dokumentation der § 8-Untersuchungen
   - o Meldung an die zuständigen Stellen

5) Arbeitsphysiologie
   - o Arbeitsphysiologie - Grundlagen
   - o Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit
   - o Einführung in die Ergometrie

6) Arbeitsorganisation
   - o Betriebswirtschaftliche Methoden der Arbeitsplatzanalyse und Arbeitsplatzbewertung
   - o Arbeitsorganisation - Grundlagen
   - o Verschiedene Arbeitsorganisationsformen
   - o Medizinische Auswirkungen von Arbeitsorganisationsmaßnahmen

7) Berufsbedingte Belastungen der Haut
   - o Berufsbedingte Hauterkrankungen
   - o Hautschäden durch Arbeitsunfälle
   - o Prävention von berufsbedingten Hauterkrankungen

8) Organisationspsychologie
   - o Beeinflussung des Betriebsklimas durch hierarchische Strukturen
   - o Gruppenbildung und Kommunikation im Betrieb
   - o Motivation und Leistung

9) Gesprächsführung
   - o Gesprächsführung - Theoretische Grundlagen und praktische Grundlagen

10) Psychosomatik
   - o Psychosomatische Erkrankungen als Auswirkung des Arbeitsprozesses

11) Chemische Einflüsse auf den Organismus
   - o Grenzwertkonzepte in der Arbeitsmedizin
   - o Gesundheitsgefährdung und deren Prävention bei der Arbeit mit toxischen Arbeitsstoffen
   - o Karzinogene

12) Physikalische Einflüsse auf den Organismus
   - o Lärm
   - o Vibration
   - o Strahlung

13) Berufsbedingte Belastungen des Respirationstraktes
   - o Industriestaub
   - o Berufsbedingte Lungenerkrankungen und deren Entstehung
   - o Lungenfunktionsteste

14) Gesundheitserziehung
   - o Betriebsärztliche Einrichtung als Gesundheitsberater - Grundlagen und Anwendungsbeispiele
   - o Praktische Gesundheitsberatung im Betrieb

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- o Möglichkeiten der Auswertung von statistischen Daten in der betriebsärztlichen Einrichtung

15) Ergonomie
- o Einführung in die Ergonomie
- o Ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsmitteln anhand von praktischen Beispielen
- o Klima am Arbeitsplatz
- o Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparates

16) Büro
- o Arbeitsmedizinische Aufgaben im Bürobetrieb
- o Einrichtung von EDV-Arbeitsplätzen

17) Soziale Einrichtungen nach dem Arbeitnehmerschutzgesetz

18) Administration in der betriebsärztlichen Praxis
- o EDV in der betriebsärztlichen Einrichtung
- o Budgetierung und Kostenkontrolle in der betriebsärztlichen Einrichtung

19) Erste Hilfe
- o Organisation der Ersten Hilfe
- o Ausbildung von Ersthelfern
- o Lebensrettende Sofortmaßnahmen

20) Umweltschutz
- o Grundlagen und Einführung in den Umweltschutz
- o Betriebliche Maßnahmen im Umweltschutz
- o Ionisierende und nichtionisierende Strahlen

Die Lehrinhalte des DAMA müßten für den arbeitsmedizinischen Bereich im Rettungsdienst um den Bereich "Lehrtätigkeit" erweitert werden.

7.3.1.3 DIPLOMIERTER FLUGRETTUNGS- UND RETTUNGSTRANSPORT-HUBSCHRAUBER-ASSISTENT (DFRA)

Der ***Diplomierte Flugrettungs- und Rettungshubschrauber-Assistent (DFRA)*** hat nach Abschluß seiner Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten eine theoretische Zusatzausbildung hinsichtlich der besonderen Anforderungen und Vorsichtsmaßnahmen aus dem Bereich der Flugmedizin und Flugkunde zu absolvieren. Als Zulassungsvoraussetzung zur Ausbildung zum Diplomierten Flugrettungs- und Rettungshubschrauber-Assistenten ist ein ***Attest hinsichtlich der Flugtauglichkeit*** sowie der Nachweis über eine insgesamt mindestens ***dreijährige Berufstätigkeit als Diplomierter Rettungsassistent (DRA)*** in Vollzeitform und eine möglichst ***umfangreiche Erfahrung im bodengebundenen Rettungsdienst*** beizubringen. Darüber hinaus muß er ein Intensivpraktikum als zweite nichtärztli-

che Sanitätsfachkraft im Bereich der Flugrettung und an einem Rettungshubschrauber absolvieren.

Durch die ***besonderen Anforderungen in der Flugmedizin***, insbesondere am Rettungstransporthubschrauber (RTH), ist es unerläßlich, daß das Einsatzpersonal eine gründliche Ausbildung hinsichtlich der Grundbegriffe der Flugmedizin und der physikalischen Einwirkungen auf den Notfallpatienten und die medizinisch-technischen Geräte, eine ausführliche Einführung in das Fluggerät sowie seine Ausrüstung und Einrichtungen erhält und mit den Sicherungsmaßnahmen und -bestimmungen, dem Einsatzablauf und Einsatzmöglichkeiten sowie dem Verhalten bei der Tätigkeit am RTH vertraut gemacht wird. Der DFRA ist für die Ausstattung und das Inventar des Rettungshubschraubers zuständig, d.h., daß er die Bestände regelmäßig nach jedem Einsatz zu kontrollieren und gegebenenfalls entsprechend der Checkliste zu ergänzen hat.

Über diese Ausbildung hinausgehend hat eine ***einsatzmittelspezifische Einschulung*** bei jedem neuen oder veränderten (z.B. durch Umbau, neue Einrichtungen, etc.) Einsatzmittel zu erfolgen, die im Berufsberechtigungspaß mit Datum, Name und Unterschrift des berechtigten Einschulers zu vermerken ist.

Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Diplomierten Flugrettungs- und Rettungshubschrauber-Assistenten (DFRA) :

- Alle Voraussetzungen, die für den DRA gelten, müssen auch hier erfüllt sein;
- abgeschlossene Ausbildung zum DRA;
- Berufsberechtigung (gültige Lizenz);
- mindestens 3 Jahre praktische Tätigkeit als DRA in Vollzeitform;
- Unbescholtenheit;
- Befürwortung zur Sonderausbildung zum DFRA durch den Leitenden Notarzt der Rettungsdienststelle oder dem Leitenden Notarzt der Ausbildungsstätte (Eignungsgespräch);
- physiologische, psychologische und pädagogische Eignung für den Einsatz sowie für die Lehrtätigkeit am Fluggerät (Eignungstest, ärztliche Untersuchung und Test am Flugsimulator);

Die Ausbildung hat insbesondere folgende Lehrbereiche bzw. ***Lehrinhalte*** zu umfassen:

1) Flugkunde und flugtechnische Ausbildung
   - Hubschrauberkunde, Hubschrauberaufbau, Technik, ...
   - Rettungs- und Ambulanzflugzeuge
   - Meteorologie
   - Navigation
   - Versicherungsrecht

- Luftrecht und Luftverkehrsregeln
- Verhalten in und am Hubschrauber

2) Praktische und theoretische Ausbildung in und am Fluggerät (Intensivpraktikum)
   - Erkunden von Landeplätzen
   - Absicherung des Landeplatzes
   - Unterweisung betriebsfremder Personen
   - Bodencheck am Hubschrauber
   - Startvorbereitungen
   - Einweisen des Hubschraubers
   - Einwinksignale und Notsignale für Luftfahrzeuge
   - Navigations- und Funkeinrichtung des Hubschraubers
   - Funksprechen, Funknavigation, Zielfindung und -ansprache
   - Bedienung von Funksprechgeräten und Lautsprecheranlagen
   - Luftraumbeobachtung hinsichtlich Hindernisse, Landeplätze, Suchflüge, etc.
   - Be- und Entladen des Hubschraubers inkl. Gewichtsverteilung
   - Umrüsten des Hubschraubers für Sondereinsätze
   - Einweisen und Einklinken bei Außenlastflügen
   - Ein- und Aussteigen im Schwebeflug
   - Ein- und Aussteigen bei angehocktem Hubschrauber
   - Absetzen mittels 10- und 20-Meter-Bergeseil in unwegsamem Gelände
   - Einweisung des Hubschraubers mittels Handzeichen am Bergeseil
   - Versorgung am Hubschrauber (Hangerierung, Betankung, usw.)
   - Handhabung der medizinischen Zusatzgeräte während des Fluges
   - Anlagen und Einrichtungen des Bodenstützpunktes
   - Navigation, Weg- und Zeitberechnung, Standortbestimmung, Peilung
   - Patientenlagerung
   - Unterbringung von Zusatzgeräten
   - Reinigen und Desinfizieren
   - Flugeinsatz und Flugeinsatzplanung

3) Interdisziplinäres Teamwork der Flugbesatzung (Crew) sowie des Personals der klinischen und praeklinischen notfallmedizinischen Versorgungseinrichtungen

4) Flugmedizin
   - Physikalische Einflüsse auf die Physiologie des Patienten
   - Physikalische Einflüsse auf die medizinisch-technische Ausstattung
   - Anwendung der medizinisch-technischen Geräte unter erschwerten Bedingungen
   - Vorbereitung des Patienten auf den Flug
   - Management in der Flugmedizin
   - Rettungs- und Ambulanzflüge

5) Sicherheitsbestimmungen und Sicherheitsmaßnahmen
   - Ein- und Aussteigen
   - Be- und Entladen
   - Verhalten bei Störungen und Zwischenfällen

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- Flugunfall
- Be- und Enttanken
- Gefahrenabwehr
- Hangar und Landeplatz
- Unfallverhütung
- Feuerverhütung und Feuerbekämpfung

6) Lehrtätigkeit

7.3.1.4 DIPLOMIERTER ORGANISATIONS- UND DISPATCH-CENTRE-ASSISTENT (DIPL. ODCA)

Mit dem ***Diplomierten Organisations- und Dispatch-Centre-Assistenten (Dipl. ODCA)*** soll eine hochqualifizierte Sanitätsfachkraft geschaffen werden, die auf Basis ihrer Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten sowie einer entsprechenden Zusatzausbildung mit einem *speziellen Ausbildungsprogramm für die in der Leitstelle (Dispatch-Centre) tätigen Personen* neben den erforderlichen Fachkenntnissen die Entscheidungs- und Verantwortungskompetenz sowie die erforderlichen Organisations- und Managementkenntnisse und Instrumente vermittelt bekommen sollen.

Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Diplomierten Organisations- und Dispatch-Centre-Assistenten (Dipl. ODCA) :

- Alle Voraussetzungen , die für den DRA gelten, müssen auch hier erfüllt sein;
- abgeschlossene Ausbildung zum DRA;
- Berufsberechtigung (gültige Lizenz);
- mindestens 3 Jahre praktische Tätigkeit als DRA in Vollzeitform;
- Unbescholtenheit;
- Befürwortung zur Sonderausbildung zum Dipl. ODCA durch den Leitenden Notarzt der Rettungsdienststelle oder dem Leitenden Notarzt der Ausbildungsstätte (Eignungsgespräch);
- psychologische und pädagogische Eignung für die Tätigkeit im Dispatch-Centre und die Lehrtätigkeit, sowie die
- erforderliche Entscheidungs- und Verantwortungskompetenz für eine Managementfunktion (Eignungstest).

Die Ausbildung für den Diplomierten Organisations- und Dispatch-Centre-Assistenten sollte daher folgende ***Lehrinhalte*** umfassen:

1) Einsatztaktik und Einsatzkriterien;
2) Sprechfunkausbildung;

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

3) Detailkenntnisse der regionalen und überregionalen medizinischen Infrastruktur inkl. Kartenkunde;
4) spezielle Zusatzausbildungen für die Tätigkeit in der Rettungsleitstelle:
   * Abfragetechnik in Ausnahmesituationen;
   * organisatorische und technische Unterstützung des im Einsatz befindlichen Personals;
   * Koordinierung, Lenkung und Überwachung der Einsätze;
   * Koordination und Kontaktaufnahme zum Krankenhaus sowie zu niedergelassenen Ärzten und Notärzten (Bettennachweis, etc.);
   * Kenntnisse hinsichtlich Menschenführung, insbesondere unter Ausnahmebedingungen;
   * Kooperation mit Brandschutz- und Katastrophenbehörden, Polizei und Gendarmerie, Feuerwehr, Bundesheer, Grenzschutz, Zollwache, etc.;
   * Technische Leitstellenausbildung;
   * Sonstiges;
5) ***umfassende Dispatch-Einschulung inkl. Ausbildung zum Dispatch-Ausbildner:***
6) gemeinsam mit den Notärzten kontinuierliche Auswertung der Alarmierungen bzw. Einsätze als Grundlage für ein ausreichendes Qualitätsmanagement;
7) Umfassende EDV-Ausbildung inkl. EDV-unterstützte Einsatzabwicklung und Dokumentation;
8) Einsatzführung bei Großschadensereignissen und Erstellen von Alarm- und Einsatzplänen;
9) Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle;
10) Menschenführung, insbesondere Patienten- und Mitarbeiterführung;
11) Organisation und Führung;
12) Kommunikation;
13) Supervision und Krisenintervention, Rollenverhalten;
14) angewandte Psychologie;
15) Verhaltenslehre, Verhaltensweisen und sozio-interaktive Verhaltensmuster;
16) Spezielle Rechtsgrundlagen;
17) Gesprächsführung, Rhetorik, Methodik, Didaktik inkl. praktische Übungen;
18) Praktikum an einer internationalen Standards entsprechenden Leitstelle;
19) Streß und Streßbewältigung;
20) Fallsimulationen mit praktischen Übungen zur Gesprächsführung;
21) Lehrtätigkeit;
22) Sonstiges.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.3.1.5 DIPLOMIERTER GESUNDHEITS-, RETTUNGS- UND SPRENGEL-MANAGER (DIPL. GRSM)

Die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen und die Integration in den Europäischen Binnenmarkt führen zu tiefgreifenden Änderungen in unserem Sozial- und Gesundheitsgefüge, die auch vor den sogenannten Non-Profit-Organisationen im Bereich des Rettungs- und Krankentransportwesens nicht halt machen werden. Im benachbarten Ausland kann bereits die zunehmende Konkurrenzsituation unter den einzelnen Anbietern beobachtet werden. Im Sinne eines optimalen und zweckorientierten Einsatzes der finanziellen Ressourcen sowie im Interesse der Qualitätssicherung und der Patienteninteressen sollte mit den vorhandenen Budgetmitteln eine optimale praeklinische Versorgung im Rettungs- und Krankentransportbereich gewährleistet werden. Zur Gewährleistung der obenstehenden Prämissen sind speziell ausgebildete Führungskräfte erforderlich. Für den Rettungs- und Krankentransportbereich erhebt sich die Forderung diese Schlüsselfunktionen mit DRA mit entsprechender Management-Sonderausbildung zum ***Diplomierten Gesundheits-, Rettungs- und Sprengelmanager (Dipl. GRSM)*** zu besetzen, die darüber hinaus auch im Bereich der geplanten bzw. in Aufbau befindlichen Gesundheits- und Sozialsprengel des IGSS eingesetzt werden könnten. Als Grundlage für diese Sonderausbildung der DRA ist das von der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen (Ö.A.G.W.) für alle in Gesundheitsberufen tätigen Personengruppen erstellte Ausbildungsprogramm für die Ausbildung zum Gesundheits- und Sprengelmanager (Ö.A.G.W, 1991) geeignet.

Der Lehrzielkatalog gliedert sich in folgende zehn Hauptbereiche:

1) Managementlehre;
2) Informations- und Datenmanagement / EDV im Gesundheitswesen;
3) Rechtskunde im Gesundheitswesen;
4) Health Promotion - Gesundheitsförderung - Gesundheitsvorsorge;
5) Projektmanagement;
6) Betriebswirtschaftslehre für das Gesundheitswesen;
7) Teammanagement im Gesundheitswesen - Interdisziplinäre Zusammenarbeit;
8) Qualitätsmanagement;
9) Darstellung des Österreichischen Gesundheitssystems sowie der einzelnen Gesundheitsberufe und der Gesundheits- und Sozialsprengel;
10) Internationale Gesundheitssysteme im Vergleich.

Dieser Lehrzielkatalog ist um die für das Rettungswesen spezifischen Themata zu erweitern:

11) Rettungsmanagement;
12) Lehrtätigkeit;

13) Notfall- und Krisenmanagement;
14) Controlling,
15) Sonstiges.

Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Diplomierten Gesundheits-, Rettungs- und Sprengelmanager (Dipl. GRSM):

- Alle Voraussetzungen, die für den DRA gelten, müssen auch hier erfüllt sein;
- abgeschlossene Ausbildung zum DRA;
- Berufsberechtigung (gültige Lizenz);
- mindestens 3 Jahre praktische Tätigkeit als DRA in Vollzeitform;
- Unbescholtenheit;
- Befürwortung zur Sonderausbildung zum Dipl. GRSM durch den Leitenden Notarzt der Rettungsdienststelle oder dem Leitenden Notarzt der Ausbildungsstätte (Eignungsgespräch);
- psychologische und pädagogische Eignung zur Mitarbeiterführung und Lehrtätigkeit, und die
- erforderliche Entscheidungs- und Verantwortungskompetenz für eine Managementfunktion (Eignungstest).

7.3.1.6 DIPLOMIERTER SUPERVISIONSASSISTENT (SUPERVISOR, DSVA)

Der ***Diplomierter Supervisionsassistent (Supervisor, DSVA)*** ist als direkter Vorgesetzter der Sanitätsfachkräfte in ihrem praeklinischen Arbeitsbereich unmittelbares Organ im Sinne der laufenden bzw. begleitenden Qualitätssicherung im Rettungs- und Krankentransportdienst und direkt dem leitenden Notarzt (LNA) der Rettungsdienststelle unterstellt. Dem Supervisor obliegt es, direkt am Einsatzort die Obliegenheiten des DRA zu beobachten und ein begleitendes Protokoll über den Einsatz zu verfassen. Weiters besteht seine Aufgabe darin, dem handlungsverantwortlichen DRA bei speziellen Einsätzen, z.B. bei gleichzeitiger Versorgung mehrerer Unfallopfer, bis zum Zeitpunkt des Eintreffens weiterer Hilfe unterstützend zur Seite zu stehen und in Krisensituationen in Ausnahmefällen lenkend zu intervenieren. Die von DSVA geführten Supervisionsprotokolle dienen gemeinsam mit den Einsatzprotokollen der DRA zur laufenden Qualitätssicherung und -beurteilung und werden desweiteren von der Prüfungskommission bei der alle zwei Jahre erfolgenden Lizenzverlängerung gemeinsam mit dem Fort- und Weiterbildungspaß als Entscheidungshilfe herangezogen.

Eine wesentliche Aufgabe des DSVA ist es auch, den Aktionsbereich des DRA am Einsatzort von Schaulustigen, Medien, gegebenenfalls Angehörigen, etc. freizuhalten, um so das möglichst ungestörte Handeln der Sanitätsfachkraft zu ermöglichen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Weiters besteht sein Aufgabenbereich darin, die Einsatzfahrzeuge auf Vollständigkeit des Inventars und der Ausrüstung zu überprüfen sowie die kontinuierliche Wartung der Fahrzeuge zu überwachen. Gegebenenfalls hat er in diesem Bezug die erforderlichen Schritte zu unternehmen und dafür Sorge zu tragen, daß den DRA die infrastrukturell bestmöglichsten Einsatzmittel zur Verfügung stehen.

Bei größeren Unfällen übernimmt er, ebenso wie im Falle des Katastrophenschutzes, die Koordination des Einsatzes vor Ort in Zusammenarbeit mit dem leitenden Personal der Rettungsdienststelle sowie Angehörigen anderer Berufsgruppen, z.B. Polizei und Gendarmerie, Feuerwehr, Bundesheer, etc. Er ist in diesem Sinne für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens vor Ort zuständig und verantwortlich.

Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Diplomierten Supervisionsassistenten (Supervisor, DSVA):

- Alle Voraussetzungen, die für den DLRA gelten, müssen auch hier erfüllt sein;
- abgeschlossene Ausbildung zum DRA und DLRA;
- Berufsberechtigung (gültige Lizenz);
- mindestens 5 Jahre praktische Tätigkeit als DLRA in Vollzeitform;
- Unbescholtenheit;
- Befürwortung zur Sonderausbildung zum DSVA durch den Leitenden Notarzt der Rettungsdienststelle oder dem Leitenden Notarzt der Ausbildungsstätte (Eignungsgespräch);
- psychologische und pädagogische Eignung zur Mitarbeiterführung und Lehrtätigkeit, und die
- erforderliche Entscheidungs- und Verantwortungskompetenz für die Mitarbeiterführung, -beurteilung und Krisenintervention (Eignungstest).

Die Ausbildung zum DSVA soll vor allem folgende ***Themenbereiche*** beinhalten:

1) Grundlagen der Führung und Organisation,
2) Katastrophenmanagement,
3) Krisenintervention und Krisenmanagement,
4) Supervision,
5) Angewandte Psychologie,
6) Controlling,
7) Angewandte Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung,
8) Dokumentation,
9) Motivation,
10) Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen - Teamwork,
11) Ethik und Patientenrechte,
12) Mitarbeiterbeurteilung und -führung,
13) Stressbewältigung und Stressmanagement,

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

14) Gesprächsführung; Umgang mit Patienten, Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen,
15) Umgang mit Medien,
16) Lehrtätigkeit,
17) Sonstiges.

7.3.1.7 DIPLOMIERTER HYGIENE- UND UNFALLVERHÜTUNGSASSISTENT (DIPL. HUVA)

Die Tätigkeit des ***Diplomierten Unfallverhütungs- und Hygieneassistenten (Dipl. HUVA)*** besteht darin, alle Risken, die in Rahmen der Berufstätigkeit der Sanitätsfachkräfte anfallen bzw. anfallen könnten, im Sinne der Prävention und Unfallverhütung rechtzeitig zu erkennen bzw. auf das geringstmögliche Mindestmaß zu beschränken.

Der Dipl. HUVA unterstützt den Arbeitgeber bei der betrieblichen Unfallverhütung, achtet auf die Einhaltung der Arbeitnehmerschutzvorschriften, überwacht Betriebseinrichtungen, Betriebsmittel, Schutzvorrichtungen, persönliche Schutzausrüstungen, etc. auf ihren sicherheitstechnischen Zustand, macht die Arbeitnehmer auf mögliche Gefahren im Einsatz und bei der Verrichtung ihrer Tätigkeiten aufmerksam und informiert über die notwendigen Schutzmaßnahmen. Er motiviert die Arbeitnehmer zu unfallsicherem Arbeitsverhalten und überprüft die Einhaltung der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften und Bestimmungen.

Im Bereich der Hygiene hat er die Einhaltung der sanitätspolizeilichen Bestimmungen zu kontrollieren, die ordnungsgemäße Durchführung von Hygienemaßnahmen und Desinfektion zu überwachen, die Hygiene im Arbeitsbereich zu verbessern, mögliche Infektionsquellen zu erkennen und geeignete Gegenmaßnahmen zu setzen, die Arbeitnehmer hinsichtlich des Umgangs mit infektiösen Patientengruppen zu betreuen und zu unterstützen sowie auf notwendige und mögliche Schutzimpfungen und andere prophylaktische Maßnahmen hinzuweisen. Weiters ist er für spezielle und aktuelle Probleme und Prophylaxemaßnahmen sowie die problemspezifische Aufklärung der Mitarbeiter zuständig.

Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Diplomierten Unfallverhütungs- und Hygieneassistenten (Dipl. HUVA):

- Alle Voraussetzungen, die für den DRA gelten, müssen auch hier erfüllt sein;
- abgeschlossene Ausbildung zum DRA;
- Berufsberechtigung (gültige Lizenz);
- mindestens 3 Jahre praktische Tätigkeit als DRA in Vollzeitform;
- Unbescholtenheit;

- Befürwortung zur Sonderausbildung zum Dipl. HUVA durch den Leitenden Notarzt der Rettungsdienststelle oder dem Leitenden Notarzt der Ausbildungsstätte (Eignungsgespräch);
- psychologische Eignung und pädagogische Eignung, im Speziellen für die Lehrtätigkeit, und die
- erforderliche Entscheidungs- und Verantwortungskompetenz (Eignungstest).

Die Ausbildung des Dipl. HUVA sollte zumindest folgende ***Themenbereiche*** umfassen:

1) Betriebliche Unfallverhütung,
2) Arbeitnehmerschutzvorschriften,
3) Sicherheitstechnik,
4) Sicherheit am Arbeitsplatz (Einsatzmittel, Rettungsdienststelle, Leitstelle, Unfallort, etc.),
5) Gefahren am Einsatzort,
6) Schutzvorrichtungen,
7) Spezielles Verhalten am Einsatzort,
8) Sicherheitstraining am Fahrzeug,
9) Arbeiten unter erschwerten Bedingungen,
10) Unfallverhütung im Einsatz und am Einsatzort,
11) Arbeitsplatzbeschreibung,
12) Erkennen von Risikofaktoren am Arbeitsplatz,
13) Umgang mit infektiösen Patienten,
14) Hygienische und sanitätspolizeiliche Kontrollmaßnahmen,
15) Zusammenarbeit mit Gesundheitsbehörden,
16) Umgang mit infektiösem Material,
17) Berufsspezifische Prophylaxemaßnahmen (Impfungen, etc.),
18) Spezielle Gefahren beim kombinierten Notfalleinsatz (chemische Noxen, Strahlung, Explosionsgefahr, Brände, etc.),
19) Angewandte Hygiene im Arbeitsbereich,
20) Durchführung von Kontrollen hinsichtlich Sterilisation und Desinfektion,
21) Erkennen, Beurteilen und Bekämpfen von Infektionsquellen,
22) Angewandte Psychologie,
23) Öffentlichkeitsarbeit, PR, Medien,
24) Lehrtätigkeit,
25) Sonstiges.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

7.3.2 FORT- UND WEITERBILDUNG

Die ***gesetzliche Verankerung der Fort- und Weiterbildung*** ist eine ***'conditio sine qua non'***, ohne der eine Erhaltung der ***erlernten Fertigkeiten und Fähigkeiten*** kaum zu gewährleisten ist. Es muß auch ***während der Berufsausübung eine adäquate Fort- und Weiterbildung gesichert*** werden, die dem Aufgabengebiet des DRA entspricht und ihn für diese speziellen Situationen ausreichend trainiert. Der ***Fort- und Weiterbildungspaß (FWP)*** ist dabei ein gutes Instrument zur Überprüfung der Einhaltung der Fort- und Weiterbildungsverpflichtung sowie zur Motivation im Rahmen der Qualitätssicherung.

Die ***Fort- und Weiterbildung*** ist sowohl für den Rettungssanitäter als auch für den Diplomierten Rettungsassistenten ***verpflichtend***. Das Ausmaß beträgt pro Arbeitsjahr ***mindestens 10 Arbeitstage***. Es sind Veranstaltungen zu besuchen, die der Vertiefung und Auffrischung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten dienen und Fortschritte des Rettungs- und Krankentransportwesens und insbesondere neue Erkenntnisse in der praeklinischen Notfallmedizin zum Inhalt haben und sowohl den theoretischen als auch den praktischen Bereich berücksichtigen. Diese Fortbildungsveranstaltungen sind vom jeweiligen Ausbildungsträger zu organisieren und jeder interessierten Sanitätsfachkraft zugänglich zu machen. Die Fortbildungskurse haben unter ärztlicher Leitung zu stehen und sind für alle Sanitätsfachkräfte verpflichtend.

Die Fortbildungsveranstaltungen dienen ausschließlich der ***Wissensvermehrung und -vertiefung*** jener Sanitätsfachkräfte, die ihre Ausbildung schon zur Gänze abgeschlossen haben. Sie können nicht in eine weiterführende Ausbildung (z.B. von Rettungssanitäter zum DRA) angerechnet werden. Besuchte Fortbildungsveranstaltungen sind im ***Fort- und Weiterbildungspaß*** zu bestätigen und beim Antrag auf die Verlängerung des Berufsberechtigungspasses der Prüfungskommission vorzulegen.

Im Rahmen der ***Qualitätssicherung*** wird die praktische Tätigkeit sowie die Fort- und Weiterbildung und somit der jeweilige ***Ausbildungsstand der Sanitätsfachkraft einer laufenden Evaluierung und Qualitätsbeurteilung unterzogen.*** Auf Basis dieser Evaluierung hat die Prüfungskommission alle zwei Jahre bzw. im Anlaßfall (z.B.: anhängiges Verfahren gemäß Strafgesetzbuch) über die ***Verlängerung der Berufsberechtigung - Lizenzierung*** zu befinden. Im Rahmen dieser Beurteilung kann die Prüfungskommission ***ergänzende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Intensivpraktika vorschreiben.*** Die Verlängerung der Berufsberechtigung sowie die von der Prüfungskommission verpflichtend vorgeschriebenen Repetitionskurse sind im ***Berufsberechtigungspaß*** zu bestätigen. Der Berufsberechtigungspaß (BBP) wird von der Prüfungskommission bei Erfüllung aller Voraussetzungen ***jeweils um zwei Jahre verlängert.*** Für die ***Verlängerung des***

Berufsberechtigungspasses (BBP) sind somit folgende ***Voraussetzungen*** erforderlich:

1.) ***kontinuierliche Teilnahme an verpflichtenden Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen*** im Mindestausmaß von 10 Tagen pro Jahr und Eintragung in den ***Fort- und Weiterbildungspaß***;

2.) ***Nachweis der erforderlichen Berufspraxis sowie der erforderlichen praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten*** anhand der Analyse der Einsatzprotokolle und der ausgeführten Tätigkeiten im Sinne einer laufenden Qualitätssicherung;

3.) ***positive Beurteilung*** durch den zuständigen Leitenden Notarzt und den Diplomierten Lehrrettungsassistenten mit Zusatzausbildung zum Diplomierten Supervisionsassistenten (Supervisor, DSVA);

4.) ***alle zwei Jahre*** muß ein je zweiwöchiges ***Krankenhaus-Intensivpraktikum*** an einer Anästhesiologie (Intubation, etc.) und an einer Kardiologie (CPR-Intensivtraining, etc.) absolviert werden, das mit einer schriftlichen Beurteilung und Beschreibung der ausgeführten Tätigkeiten abzuschließen ist;

5.) Absolvierung der ***im Einzelfall*** eventuell durch die Prüfungskommission ergänzend vorgeschriebenen Fort- und Weiterbildungen bzw. ***Intensivpraktika***;

6.) alle Voraussetzungen und rechtlichen Auflagen, die für die erstmalige Ausstellung des BBP erforderlich waren, weiterhin gegeben sind.

7.4 BERUFS- UND STANDESPOLITISCHE VORAUSSETZUNGEN

Um den nötigen ***Zugang*** zu dem neuen Ausbildungsmodell zu ermöglichen und gleichzeitig den Bedarf an qualifiziertem nichtärztlichen Sanitätspersonal abzudekken, sind unbedingt ***folgende Voraussetzungen*** zu erfüllen:

- Eine **fundierte Berufsberatung** für den sich auf Berufs- bzw. Ausbildungssuche befindlichen jungen Menschen;
- Die Möglichkeit von **Berufserkundungspraktika** bereits vor dem eigentlichen Ausbildungsbeginn;
- Das Finanzierungskonzept der Ausbildung muß die Ausbildungsstätten in die Lage versetzen, ohne jegliche Schulgeldzahlungen der Cand. DRA auszukommen;
- Wie in allen übrigen Ausbildungsberufen muß auch hier **während der Ausbildungszeit eine Vergütung** in Form eines Schulgeldes oder als Gehalt im

Rahmen eines Dienstvertrages (je nach Ausbildungsabschnitt) gezahlt werden, wie z.B. in der Ausbildung zum Diplomierten Krankenpflegepersonal;

- **Tarifrechtliche Gestaltung** vergleichbar mit anderen Gesundheitsberufen;
- Akzeptable **Arbeitszeitregelungen**;
- Schaffung **neuer Funktionsbereiche** und Etablierung der notwendigen Sonderausbildungen;
- **Aufstiegs-, Umstiegs- und Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten** sowie Schaffung eines breiten Angebotes an Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten sowie Sonderausbildungen und Führungslehrgängen;
- **Berufsbegleitende Umschulungsmöglichkeiten**, die einen Übergang in einen anderen Gesundheitsberuf ermöglichen, falls aus Krankheits- oder Altersgründen ein weiterer Einsatz als Sanitätsfachkraft nicht mehr sichergestellt werden kann;
- **Public Relations** und **Imagepflege**: Information der Bevölkerung über das Berufsbild und dessen Bedeutung im Sozial- und Gesundheitswesen;
- Unterstützung bei der **Berufsidentitätsfindung** des neuen Gesundheitsberufes innerhalb des Sozial- und Gesundheitsgefüges;
- **Soziale und sozialversicherungsrechtliche Absicherung** durch die Berufsanerkennung gemäß ASVG (z.B.: Anerkennung von Berufskrankheiten, Berufsunfähigkeit, etc.);
- Adäquate **Sozialleistungen**;
- **Gesellschaftliche Anerkennung** des Berufes der Sanitätsfachkraft im Gesundheitswesen, speziell im Rettungsdienst und Krankentransport;
- **Verbesserung und Neugestaltung der Ausbildung** nach den vorliegenden Modell zur Ausbildung der Sanitätsfachkräfte der Ö.A.G.W.;
- Auslese- und Zugangsbeschränkungen;
- **Gesetzliche Verpflichtung zur theoretischen und praktischen Fort- und Weiterbildung** der Sanitätsfachkräfte für Arbeitgeber (passiv: Zurverfügungstellung von Vortragenden, Räumlichkeiten, Finanzmittel, Dienstfreistellungen) und Arbeitnehmer (aktiv);
- Schaffung eines klar definierten und gesetzlich abgesicherten **Berufsbildes**;
- **Laufende Qualitätssicherung und -verbesserung** im Sinne eines Quality Improvements;
- **Psychische und seelische Betreuung des Rettungsdienstpersonals** durch Seminare, Workshops, Einzelberatung, Supervision, Balint-Gruppen, etc., die in der Lage sind, das Burn-out-Syndrom abzubauen bzw. zu verhindern;
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit** mit allen Gesundheitsberufen;
- **Neustrukturierung und Reorganisation** des Rettungs- und Krankentransportwesens;
- Schaffung **klarer Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten**;
- **Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibungen**;
- Zufriedenstellende und ***praktikable Übergangsregelungen***.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Für viele Beschäftigte in den Gesundheitsberufen und damit selbstverständlich auch im Rettungsdienst bringt der bevorstehende EU-Binnenmarkt eine Verunsicherung mit sich. Für die qualifizierte Sanitätsfachkraft - insbesondere für den DRA - muß erkennbar sein, daß seine Qualifikation und sein Beruf auch in einem Vereinten Europa absoluten Bestand haben wird. Dafür ist insbesondere eine EU-weite Anerkennung des Berufsbildes der Sanitätsfachkraft notwendig, die ihr auch unter der Voraussetzung, daß die Sprachprobleme gelöst sind, einen adäquaten Einsatz in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft ermöglicht. Der Integrationsgedanke aller notfallmedizinischen und rettungsdienstlichen und somit auch personellen Elemente in ein Gesamtsystem der präklinischen Notfallversorgung, in dem alle Elemente der Rettungskette sich als gleichberechtigter und ergänzender Teil des Systems verstehen, ist für jeden Einzelnen in diesem System, unabhängig ob Laie, Sanitätsfachkraft oder Arzt, vorgezeichnet, sodaß ein positiver Weg in der Entwicklung des Notfall- und Rettungswesens bis ins nächste Jahrtausend ermöglicht wird.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

8 GESUNDHEITSÖKONOMISCHE ASPEKTE UND VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERECHNUNGSANSÄTZE DER AUSBILDUNG DER SANITÄTSFACHKRÄFTE NACH DEM AUSBILDUNGSMODELL DER ÖAGW

Als Wirkungen bzw. Ergebnisse des Rettungsdienstes sind

- Wiederbelebung
- Erhöhung der Überlebenschancen
- Verkürzung der Behandlungsdauer
- Verbesserung der Wiederherstellung, etc.

anzuführen (RIEDIGER, 1985), die durch einen verbesserten, im Sinne eines qualifizierteren, Rettungsdienstes erreicht werden können und gesundheitspolitische Werte an sich darstellen. Dennoch soll im folgenden versucht werden, in stark vereinfachter Form eine Kosten-Nutzen-Analyse dieser Qualitätsverbesserungsmaßnahme zu vorzunehmen.

Die durch die Verbesserungsmaßnahmen bewirkten Kosten sind:
- Zusatzkosten der Ausbildung und
- Folgekosten für den Betrieb.

Nutzen wird als "eingesparte Kosten" in den diversen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens definiert.

8.1 KOSTEN

8.1.1 AUSBILDUNGSKOSTEN ZUM DIPLOMIERTEN RETTUNGSASSISTENTEN (DRA)

8.1.1.1 BEDARF AN AUSBILDUNGSPLÄTZEN FÜR DIE DERZEIT IM RETTUNGSDIENST BESCHÄFTIGTEN

Im Rettungswesen sind derzeit ca. 2.500 bis 3.000 hauptamtliche Mitarbeiter tätig (Expertenschätzung lt. Erhebung der vorliegenden Studie). Davon wird geschätzt, daß ca. 10 bis 20 % diese ergänzende Ausbildung in Angriff nehmen werden. Es wird sich dabei eher um jüngere, "ausbildungsfähigere" Mitarbeiter handeln.

Daraus ergibt sich, daß rund 500 Personen diese Ergänzungsausbildung im Lauf der nächsten Jahre absolvieren werden.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Bei einer geplanten Übergangs- bzw. Durchlaufzeit von fünf Jahren sind daher pro Jahr 100 Personen auszubilden, wofür bei einer Dauer dieser Ausbildung von 1,0 Jahren ein Bedarf von

100 Ausbildungsplätzen für diese Ergänzungsausbildung

gegeben ist.

8.1.1.2 BEDARF AN AUSBILDUNGSPLÄTZEN FÜR DIE NEUAUSZUBILDENDEN

8.1.1.2.1 Zusatzbedarf

Zusatzbedarf zur Abdeckung der Differenz zwischen den o.a. Absolventen der Ergänzungsausbildung (500 Personen) und dem unten erläuterten Sollstand (siehe "Exkurs") von 1.600 (= 1.100 Auszubildende) in einer Durchlaufzeit von 5 Jahren ergibt 220 Absolventen pro Jahr und somit bei der dreijährigen Kursdauer (Details zur Berechnung der Plätze siehe unten)

für den Zusatzbedarf 330 Ausbildungsplätze.

8.1.1.2.2 Schulung der Neubeginner

Schulung der Neubeginner zur Deckung des natürlichen Abganges (5 % pro Jahr bei angenommenen 20 Jahren Berufszugehörigkeit) von einem Sollstand von 1.600 DRA (nähere Erläuterung siehe "Exkurs" unten). Dies ergibt 80 Absolventen pro Jahr. Bei einer Kursdauer von 3 Jahren (Berechnung s.u.) müssen

120 Ausbildungsplätze für die Neubeginner

geschaffen werden.

Berechnung der Ausbildungsplätze:

im 1. Jahr: zur Hälfte in der "Schule" d.h. pro Auszubildendem:	0,5 Plätze
im 2. Jahr: zur Gänze in der "Schule", d.h.	1,0 Plätze
im 3. Jahr: nur in der Praxis, d.h.	0,0 Plätze
d.h. pro Schüler/Absolvent sind insgesamt	1,5 Plätze

nötig.

Für die angeführten Gruppen ergibt sich folgende

Summe aller Ausbildungsplätze:

430 (5 Jahre lang) (für Ergänzungsausbildung lt. 8.1.1.1 und Zusatzbedarf lt. 8.1.1.2.1)
+ 120 (nach 5 Jahren und in den Folgejahren für die Abdeckung des natürlichen Abganges/Neubeginner lt. 8.1.1.2.2).

Variante: Erstreckt man die Durchlaufzeit der Ergänzungsausbildung und der Zusatzausbildung auf 7 Jahre, so ergibt sich ein Gesamtbedarf von 290 Ausbildungsplätzen in den ersten 7 Jahren, die auf 120 in den Folgejahren nach dem 7. Jahr absinken.

Exkurs: Bedarf/Sollstand (siehe RIEDIGER, 1983)

Diese Angaben gelten nur für den Zivilbereich, nicht für das Bundesheer.

1 Krankentransportwagen ist nach diesen Richtzahlen auf je 12.000 bis 15.000 Einwohner im ländlichen Gebiet (ländlich = angenommen bis 7.500 Einwohner) und je 20.000 Einwohner im städtischen Gebiet vorzusehen. Dies ergibt 260 bis 320 Wagen für die ländlichen Gebiete und rd. 190 für die Städte. (Einwohnerverteilung von 50:50 (ÖSTAT, 1991). Insgesamt ergibt dies rd. 450 bis 510 Krankentransport-Wägen (Sanitätskraftwägen). Dazu kommen weitere rd. 70 % Rettungstransport-Wägen, sodaß insgesamt ein Verhältnis von 60:40 zwischen KTWs und RTWs besteht (BAST, 1992). Daraus ergibt sich ein

Sollbestand von rd. 300 bis 340 RTWs.

Zur Besetzung dieser Rettungswägen sind unter der Annahme einer durchgehenden 24-Stunden-Besetzung rund 5,3 Dienstposten pro Wagen notwendig (8.760 Jahresbesetzungs-Stunden/1.640 Arbeitsstunden pro Person und Jahr). Daraus ergibt sich ein Sollstand an Diplomierten Rettungsassistenten von 1.600 (Zivildiener und Freiwillige zählen nicht dazu, weil mind. 1 DRA im RTW sein soll; allenfalls wären bei einer längeren Dauer des Zivildienstes und besserer Schulung diese Personen teilweise anrechenbar).

Entsprechend dem oben angeführten Prozentschlüssel sind weiters ein Stand von 2.400 Rettungssanitätern nötig, wenn die KTW 24 Stunden besetzt wären und somit einen Gesamtpersonal-Stand von 4.000 Dienstposten, wobei die Sanitäter natürlich durch Teilzeit-Mitwirkende freiwillige Kräfte gebildet werden können.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

8.1.1.3 KOSTEN DER AUSBILDUNG

Es wird davon ausgegangen, daß diese Ausbildung ähnlich wie die Krankenpflegeausbildung organisiert werden soll, d.h. "full-time" in einer Schule durchgeführt wird, zumindest während der o.a. Zeiten. Es wird daher angenommen, daß ein ähnlich hoher Aufwand an Gebäuden, Personal, Quartier, etc. notwendig ist, ebenso an Lebenshaltungskosten der Auszubildenden ("Taschengeld" bzw. Gehaltsfortzahlung bei den Personen in "Ergänzungsausbildung"). Deshalb wird auf die Ergebnisse der Spitalskostenrechnung des KRAZAF zurückgegriffen, aus denen hervorgeht, daß die Kosten je Ausbildungsplatz im Jahr 1991 zwischen öS 74.000,- und öS 165.000,- je nach Bundesland (im Österreich-Durchschnitt öS 110.000,-) betragen (KRAZAF, 1993). Es wird davon ausgegangen, daß diese Kosten auch für die Ausbildung der Diplomierten Rettungsassistenten ungefähr gleich hoch sein werden, vielleicht geringfügig billiger, unter anderem weil auch mehr von den Trägerorganisationen durchgeführt werden könnte.

Eine Erhebung aus der BRD (RUNGGALDIER, 1993) ergibt für die qualitativ nicht ganz gleichsetzbare Ausbildung Kosten von rd. öS 35.000,- bis öS 112.000,-, durchschnittlich öS 56.000,-. Für die folgende Berechnung wird daher von großzügig angesetzten Kosten in Höhe von öS 100.000,- pro Ausbildungsplatz und pro Jahr ausgegangen. Diese setzen sich schätzungsweise aus folgenden Kosten p.a. zusammen:

Lebenshaltungskosten/"Taschengeld", Sozialversicherung	öS 50.000,-
Unterbringung/"Internat"	öS 25.000,-
Vortragende (öS 300,- für 1.000 Std. für 20 Pers. je "Klasse")	öS 15.000,-
Raumkosten-Anteil (geschätzt)	öS 10.000,-
	öS 100.000,-

Entsprechend dem oben dargestellten Bedarf von 430 bzw. 290 Ausbildungsplätzen je nach Durchlaufzeit-Variante in den ersten 5 bzw. 7 Jahren und für weitere 120 dauernde Ausbildungsplätze sind daher anzusetzen:

Ausbildungskosten in Mio. öS p.a.

	Dauer der Übergangsphase	
	5 Jahre	7 Jahre
nach 5 - 7 Jahren	12 Mio öS	12 Mio öS
1. - 5. Jahr	43 Mio öS	29 Mio öS

8.1.2 BETRIEBSKOSTEN

Annahme: ohne Dienstpostenvermehrung

Annahme über die Menge der Dienstposten: s. o.: 1.600 Diplomierte Rettungsassistenten anstelle der derzeitigen Rettungssanitäter (nach 5 bis 7 Jahren je nach gewünschter Durchlaufzeit vorhanden).

Weiters wird angenommen, daß diese Diplomierten Rettungsassistenten im Bruttogehalt um öS 7.000,- pro Monat über den derzeitigen Sanitätern liegen werden. Dies ergibt rund öS 100.000,- brutto per anno und somit öS 125.000,- brutto per anno (inkl. rund 25 %) Lohnnebenkosten.

Insgesamt ergibt dies für alle 1.600 Diplomierten Rettungsassistenten einen Zusatzbedarf an

Betriebskosten von öS 200 Mio. pro Jahr in der Endausbaustufe

beginnend mit rd. öS 40 Mio. im zweiten Jahr (bzw. 28,5 Mio. bei 7jähriger Übergangszeit).

GESAMTKOSTEN

	Übergangszeit					
	5 Jahre			*7 Jahre*		
	Ausb.ko	*Betr.ko*	***Summe***	*Ausb.ko*	*Betr.ko*	***Summe***
1. Jahr	43	0	**43**	29	0	**29**
2. Jahr	43	40	**83**	29	28	**58**
3. Jahr	43	80	**123**	29	57	**86**
4. Jahr	43	120	**163**	29	86	**115**
5. Jahr	43	160	**203**	29	114	**143**
6. Jahr	12	200	**212**	29	143	**172**
7. Jahr	12	200	**212**	29	171	**200**
8. Jahr	12	200	**212**	12	200	**212**
folg. Jahre	12	200	**212**	12	200	**212**

8.2 NUTZEN

Der Nutzen eines verbesserten Rettungswesens durch qualifizierteres Personal ergibt sich naturgemäß nicht durch finanzielle Mehreinnahmen, sondern durch die Einsparung/Vermeidung von Kosten in verschiedenen Bereichen. Lediglich bei der

Berechnung des Nutzens für vermiedene Todesfälle werden die möglicherweise zu erzielenden Einnahmen (aus Erwerbstätigkeit oder aus Pension) für diesen Personenkreis angesetzt.

Weiters soll versucht werden, den Nutzen (Reduktion der Kosten) in Relation zum gesamten potentiellen Kosten-Einsparungsvolumen darzustellen.

Methode:
Diese wurde in Anlehnung an die Ausführungen von RIEDIGER (siehe oben, Seite 30 ff) gewählt, da es sich bei der von ihm bearbeiteten Aufgabenstellung um ein ähnliches Problem handelt. RIEDIGER versucht zwar, eine Kosten-Nutzen-Analyse eines verbesserten Rettungsdienstes im Sinne von schnellerer und qualifizierter Hilfe zu erstellen. Sein Ansatz kann aber trotzdem verwendet werden, weil er aus den verschiedenen, aus der Literatur verfügbaren Einsparungspotentialen jeweils die niedrigsten Annahmen verwendet.

Es könnte für die folgende Analyse angenommen werden, daß nur 50 % des Nutzens auf eine qualifiziertere Hilfe und 50 % des Nutzens auf eine schnellere Hilfe entfallen. Diese Reduktion auf 50 % entspricht aber nach Experteneinschätzung nicht unbedingt den tatsächlichen Nutzeffekten eines qualifizierteren Rettungsdienstes. Außerdem werden die Nutzeffekte nur bei Unfallpatienten (und -toten) berechnet; diese stellen jedoch nicht die Gesamtzahl der vom Rettungssystem versorgten Patienten. Die Einschränkung auf die Unfallpatienten wurde mangels verfügbarer Studien über die Patienten der anderen Bereiche vorgenommen. Somit kann von den von RIEDIGER verwendeten Werten ausgegangen werden.

Es sind (RIEDIGER, 1983) mindestens folgende "Nutzen-Bereiche" zu unterscheiden, in denen Kosteneinsparungen möglich sind.

A. Überleben durch (rechtzeitige, fachgerechte) Reanimation
B. Lebenserhaltung bis zur Spitalsaufnahme
C. Geringere Letalität im Spital
D. Verkürzung der Spitals-Behandlungsdauer, insbesondere auf Intensivstationen
E. Verbesserung der Wiederherstellung bzw. Senkung und/oder Verhinderung des Erwerbsfähigkeits-Verlustes (Invalidität)

Weitere Nutzenbereiche:
F. Verminderung der psychischen Schäden (besonders bei Kindern)
G. Auswahl des optimal zuständigen Krankenhauses

Eine Berücksichtigung der betriebswirtschaftlichen Ausfallskosten, z.B. bei Arbeitsunfällen, wird im Rahmen der vorliegenden Analyse nicht vorgenommen, doch sei darauf hingewiesen, daß auch in diesem Bereich Nutzen in Form von vermiedenen Kosten in nicht unbeträchtlicher Höhe erreicht werden kann (KUNZ, 1984).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Quantifizierung (Prozentwerte lt. RIEDIGER):

Die Bereiche A. - C.: betreffen mind. 13% der Verunfallten
D.: betrifft 50 % der Intensivpatienten mit jeweils 7 Tagen Belagsdauer-Verkürzung auf einer Intensivstation
E.: Verhinderung der Invalidität
betrifft 4,3 % der stationären Patienten für dauernd und
betrifft 8,7 % der stationären Patienten zeitweilig
mit 13 % "Wirkungsgrad" (Annahme: gleicher "Wirkungsgrad" wie A.)
dies ergibt somit: 0,6 % der Zahlungen für Dauerrenten und 1,1 % für zeitweilige Renten.

Berechnung für Bereiche A. - C. (Letalität):

"Unfallstatistik" (AUVA, 1993; SOZIALE SICHERHEIT, 1992).

580.000 Verletzte,
davon 460.000 mit Krankenhausaufenthalt von durchschnittlich 20 Tagen
140.000 mit durchschnittlich 8 Tagen
4.000 Tote

	Verletzte	Tote	Kosten
Arbeit + Weg	180.000	500	30 Mrd. öS
Straßenverkehr	60.000	1.500	40 Mrd. öS
Freizeit, Haus	340.000	2.000	50 Mrd. öS

4000 Unfalltote davon 13% verhinderte Todesfälle = 520 Fälle

Jeder dieser Fälle führt jährlich zu Einnahmenverlusten von ca. öS 400.000,- (Bruttomonatsverdienst je Beschäftigten: rd. öS 24.000,-, 14x) insgesamt für die Volkswirtschaft, getrennt nach
- Verunfallten (ca. öS 240.000,-)
- Staat/Fiskus, Sozialversicherung (ca. öS 160.000,-).

Somit ergibt dies gewichtet mit der durchschnittlichen "Rest-Lebensdauer" von rd. 21 Jahren (BMfGSK und ÖSTAT, 1990 und 1991; eigene Berechnungen) einen Wert von rd. öS 8,4 Mio. an Gesamt-Einnahmen-Entgang. Die Berechnungen der Unfallfolge-Kostenrechnung ergeben einen Wert von rd. öS 9,0 Mio. p.a. pro Person (METELKA, 1988, (mangels neuerer Berechnungen mittels Verbraucherpreis-Index für 1992 hochgerechnet)); vergleichbare Werte für die BRD betragen 1,04 Mio. DM für 1985 (MATTERN, EICHDORF, REIß, ALT und MIKSCH, 1988).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Bei 520 Verunglückten sind dies somit **öS 4,68 Mrd**.

Bereich D. (Intensivbehandlung):

In Österreichs Spitälern wurden im Jahr 1990 bzw. 1991 51.650 bzw. 51.114 Patienten in Intensivstationen aufgenommen (mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 4,8 bzw. 4,7 Tagen (BMfGSK und ÖSTAT, 1992 und 1993). Geht man davon aus, daß mindestens die Hälfte dieser Patienten aufgrund des Schweregrades der Erkrankung, der eben zu einer Behandlung in einer Intensivstation geführt hat, akut und dringend durch eine Rettung ins Krankenhaus gebracht worden sind, so sind dies rd. 25.000 Patienten. Aufgrund der statistischen Verteilung der Verweildauern liegen ca. 10 % davon (d.h. 2.500 Fälle) bei einer Verweildauer über 14 Tage. Davon sind 7 Tage Belagsdauer in der Intensivstation einsparbar und somit 17.500 Intensiv-Belagstage. Dies entspricht einsparbaren Gesamtkosten von ca. öS 175 Millionen (bei Kosten von öS 10.000,- je Belagstag in einer Intensivstation lt. KRAZAF-Sonderauswertung).

Da diese Kosten langfristig mindestens zu 30 % variabel sind, so können pro Jahr öS 52,5 Mio. an Intensiv-Behandlungskosten als tatsächliches Einsparungspotential errechnet werden.

Bereich E. (Invaliditäts-Berentung):

Laut RIEDIGER kann man den o.a. "Wirksamkeits-Prozentsatz" von 13 % auch auf den Bereich der Invalidität, d.h auf die Rentenzahlungen der Versicherungsträger anwenden.

Unter der Annahme, daß insbesondere im Bereich der AUVA fast alle Rentenempfänger zuvor aufgrund eines Arbeitsunfalles in stationärer Behandlung waren, der mit einem Rettungswagen-Transport eingeleitet wurde, so ergibt dies für den Bereich der AUVA für 1991:

0,6 % von Schwerversehrtenrenten (= dauernd) von	öS 900 Mio. =	5,4 Mio.
1,1 % von Leichtversehrten (= zeitweilig) von	öS 1.700 Mio. =	18,7 Mio.
Summe: Invaliditäts-Renten i. e. S.	öS 2.600 Mio. =	rd. 24,0 Mio.

Zu berücksichtigen ist weiter das Invaliditätspensions-Einsparungspotential der übrigen Pensionsversicherungsträger, die beinahe ein Zehnfaches der AUVA für diesen Zweck aufwenden. Die AUVA wendet öS 4,99 Mrd. und die übrigen Pensionsversicherungsträger 42,43 Mrd. für Pensionen wegen teilweiser oder dauernder Erwerbsunfähigkeit auf (MACE, 1993).

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Die Berechnungen zum Bereich A. - C., D. und E. zeigen auch bei sehr vorsichtigen, unvollständigen und niedrig angesetzten Berechnungsannahmen Größenordnungen von Einsparungspotentialen, die ein vielfaches der dafür aufzuwendenden Kosten betragen:

für A. - C. (Todesfälle):	4.680 Mio. öS
D. (Intensivbehandlung):	53 Mio. öS
E. (Invalidität):	12 Mio. öS (nur AUVA)
	120 Mio. öS (PV-Träger)
Zwischensumme	4.875 Mio. öS.

Diese Werte liegen damit weit über den jährlichen Kosten von öS 212 Mio. Damit ergäbe sich eine Nutzen-/Kosten-Relation von ca. 23:1.

Zu den hohen Nutzenwerten für den Bereich A. - C. (vermiedene Todesfälle) in Höhe von rd. öS 4,7 Mrd. ist natürlich festzustellen, daß demgegenüber auch Kosten für vermehrten Behandlungs- und Rehabilitations- sowie Pflegebedarf stehen, der dadurch zustande kommt, daß bei Verunfallten durch den verbesserten Rettungsdienst eine medizinische Behandlung überhaupt erst möglich wird, da diese nicht an den Unfallfolgen versterben. Die Kosten für diese Patienten, die ohne verbesserten Rettungsdienst verstorben wären und durch den verbesserten Rettungsdienst noch überleben, führen aufgrund des Schweregrades der Verletzungen natürlich zu beträchtlichen Spitals-Behandlungskosten wegen langdauerndem Aufenthalt und zu Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen in stationären und ambulanten Einrichtungen. Nicht zu vergessen ist dabei der möglicherweise anfallende Bedarf an Invaliditätspensionen bzw. Pflegegeld für diesen Personenkreis. Die Größenordnung dieser Zusatzkosten ist einerseits schwer zu quantifizieren und andererseits wird auch aus humanitären Erwägungen wird davon Abstand genommen, diesen Wert zu berechnen; es soll aber der Ordnung halber angemerkt werden, daß die angeführten Nutzenwerte tatsächlich nicht diese Größenordnung erreichen werden.

Es deuten aber einige Fallstudien (AUVA, 1987) an, daß die dort beschriebenen Fälle - die möglicherweise nicht repräsentativ sind - doch einen sehr hohen Nutzen trotz des hohen Verletzungsgrades erbracht haben, der - soweit quantifiziert - in der Größenordnung von mehreren Millionen je Fall gelegen ist.

Bei vier ausgewählten Fällen stehen den aufgewendeten Kosten für den Hubschraubereinsatz von insgesamt rd. öS 78.000,- nachweislich verhinderte Folgekosten von insgesamt öS 16,6 Mio. gegenüber (BERICHT DER BUNDESREGIERUNG, 1987/88).

Eine genauere Verlaufsanalyse von ausgewählten Fällen im Rahmen dieser Pilotstudie ergab unter Einrechnung der Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeitsdauer

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

und Rentenhöhe aber doch Einsparungen in der 2,3fachen Höhe der dafür angefallenen Kosten (KARLBAUER, 1989).

Zusammenfassung:

Insgesamt ist somit festzustellen, daß die (kostenerhöhende) Maßnahme der Höherqualifizierung des Rettungspersonals durch den damit verbundenen Nutzen, der ein Mehrfaches der Kosten ausmacht, auch aus ökonomischer (nicht nur humanitärer) Sicht als positiv anzusehen ist.

9 QUALITÄTSSICHERUNG IM RETTUNGSWESEN

9.1 DEFINITIONEN UND BEGRIFFSBESTIMMUNG

Bei der Betrachtung dieser Frage stellt sich eingangs die Kernfrage, was unter der Qualität der medizinischen Versorgung, hier im speziellen der Qualität der notfallmedizinischen und rettungsdienstlichen präklinischen Primärversorgung, eigentlich zu verstehen ist. Versucht man den Begriff ***"Qualität"*** zu definieren, kommt man unweigerlich auf den lateinischen Begriff ***"qualitas"***, den man mit 'Beschaffenheit', 'Güte' oder 'Wert' übersetzen könnte. Die Qualität der präklinischen Notfallmedizin kann jedoch nicht als absolute Größe definiert werden, sondern stets nur als relativer Vergleich zu einem zuvor definierten und anzustrebenden Ziel der präklinischen Versorgung.

Definition des Collaborating Centre for Quality Assurance on Health Care und der World Health Organisation in Utrecht (CBO-WHO):

Für den Bereich Qualitätsmanagement wurde vom Collaborating Centre for Quality Assurance von Health Care in Utrecht in Zusammenarbeit von **CBO-WHO** (CBO = Nationale Organisation für Qualitätssicherung im Krankenhaus in den Niederlanden; WHO = World Health Organisation of the United Nations) ein **"LEXIKON DER QUALITÄTSSICHERUNG"** erstellt (CBO-WHO - COLLABORATING CENTRE FOR QUALITY ASSURANCE ON HEALTH CARE, 1989).

Auszugsweise sind die für das Verständnis dieser Fachdisziplin wesentlichsten Fachtermini samt Erläuterung in der Folge angeführt:

QUALITÄT:
Ist ein schwer definierbarer Kernbegriff bei der Qualitätssicherung. Früher fand man eine Definition nicht nötig: "Quality, like beauty, is in the eye of the beholder". Handliche Umschreibungen entstanden erst, als die Qualität der Krankenpflege ein "Muß" wurde. Die gebräuchlichste Definition gibt einigen Aufschluß: ***"QUALITÄT IST DAS MAß VON ÜBEREINSTIMMUNG ZWISCHEN DEN GESETZLICHEN ZIELEN (IN KRITERIEN FESTGELEGT) UND DER VERWIRKLICHTEN PFLEGE".*** Diesem sehr direkten System begegnet man auch bei: Qualität ist das Maß, worin der zu erzielende Gewinn in der Gesundheit mit einem minimalen Gebrauch von unnötigen Mitteln in die Tat umgesetzt wird.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Auf jeden Fall ist deutlich, daß eine brauchbare Umschreibung von Qualität ein Objekt (Qualität wovon?) und den einen oder anderen Fingerzeig nach der Auswertung ("Maß von Übereinstimmung") erfordert.

QUALITÄTSSICHERUNG (engl.: ***quality assurance*****):**
Der Komplex der wissenschaftlichen und sozialen Aktivitäten, der sich nach dem Verbessern der Gesundheitsversorgungsqualität richtet.

In der ***Qualitätssicherung*** unterscheidet man **zwei Elemente**: den diagnostischen Teil der ***Qualitätsbeurteilung*** (quality assessment) und den therapeutischen Teil der ***Qualitätsverbesserung*** (quality improvement). In der modernen Ausdrucksweise ersetzt man "Sicherung" durch "Management": mit dem Ausdruck ***Qualitätsmanagement*** deutet man an, daß ein *wichtiger Teil der Aktivitäten in der Qualitätssicherung das* **Motivieren und Mobilisieren von Menschen** *umfaß*t.

QUALITÄTSBEURTEILUNG (engl.: ***quality assessment*****):**
Der erste Schritt zur Qualitätssicherung: sie umfaßt die Aktivitäten, die sich nach dem Beurteilen und Dokumentieren des Qualitätsniveaus richtet, bezüglich des Teils der medizinischen bzw. Pflegeleistung, den man untersuchen will. Hier geht es um das Vergleichen der tatsächlichen Pflegeleistung mit vorher aufgestellten und akkordierten Kriterien mit Normen und einer näheren Analyse des nachgewiesenen Mangelns. Wenn dies kontinuierlich der Fall ist, dann spricht man von ***"quality monitoring"***.

QUALITÄTSVERBESSERUNG (engl.: ***quality improvement*****):**
Dieser zweite Punkt der Qualitätssicherung umfaßt Aktivitäten, die dazu führen, daß nachgewiesene Schwachpunkte aufgehoben werden. Global umfassen sie erziehende und strafende Maßnahmen und Aktivitäten, die nach Organisationsverbesserung hin ausgerichtet sind.

STANDARD / REGEL:
Im allgemeinen Sprachgebrauch bedeutet Norm u.a. den Stand der Vortrefflichkeit (einer hohen Leistung), woran man sich messen möchte. In der Qualitätssicherung ist der Gebrauch des Wortes ***Standard begrenzt auf die zulässige Abweichung eines Kriteriums***. Im Englischen ist es etwas deutlicher: ***"Standards are professionally developed expressions of the range of acceptable variation from a criterion"***.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

SCHWERPUNKT:

Ein Begriff aus der Qualitätssicherung: die ***Themen, die mit besonderem Nachdruck behandelt werden müssen, werden Schwerpunkte genannt.*** Um diese Schwerpunkte feststellen zu können, muß man eine spezielle Methodik verfolgen.

KRITERIEN:

Bei der Qualitätssicherung ist ein ***Kriterium eine Aussage, mit der man die optimale Situation wiedergeben will.*** Ein Beispiel ist: "Bei Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird am ersten Tag der Aufnahme der Blutdruck gemessen." Die geleistete Pflege wird mit dem zuvor festgesetzten Kriterium verglichen, wodurch ein Qualitätsurteil möglich wird. Kriterien können auch das Minimum- oder Maximumniveau der Pflegeleistung wiedergeben. An Kriterien werden Bezeichnungen über deren Erfüllung gefügt: "In 100 % der Fälle muß ...". Letzteres nennt man die NORM.

NORM:

Ein Begriff, über den viele Mißverständnisse bestehen. ***In der Qualitätssicherung ist eine Norm ein statistischer Mittelwert***: sie sagt nichts aus über gut oder schlecht. Der Begriff Norm wird im allgemeinen Sprachgebrauch oft im Zusammenhang mit Ethik verwendet.
Hinweis: in der Qualitätssicherung nicht oder - wenn nicht anders möglich - nur korrekt verwenden!

AKKREDITIERUNG:

Der freiwillige ***Prozeß, mit dem eine speziell dafür ins Leben gerufene Privatorganisation eine Aktivität, ein Programm oder eine Einrichtung beurteilt, anhand von zuvor festgelegten Kriterien und Normen***. Die zu verleihende Anerkennung wird auch ***AKKREDITIERUNG*** genannt.

ZERTIFIZIERUNG UND LIZENZIERUNG:

Das Beurteilen individueller Krankenpfleger nennt man in den USA ***"zertifizieren"***. Wenn eine Behördenkörperschaft in den USA beurteilt und anerkennt, dann nennt man das ***"licensure"***.

* * *

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Der ***Gesamtkomplex des betrieblichen Geschehens*** (Input - Betriebsprozeß - Output) hat sowohl eine ***quantitative als auch eine qualitative Dimension***. So ist es dann auch üblich, die betriebliche Leistung als Ausdruck für das Ergebnis eines jeden Betriebsprozesses nicht nur durch Quantitäten, sondern ebenso durch ***Qualitäten der erstellten Güter bzw. Sach- oder Dienstleistungen*** zu kennzeichnen (EICHHORN, 1987).

DONABEDIAN definiert den Qualitätsbegriff in Zusammenhang mit Fragen der medizinischen Versorgungsqualität folgendermaßen: *"The definition of quality as normative behavior is congenial to the health professions, established as it is by tradition, and almost hallowed by usage. The good physician is required only to do what is known or believed to be best for the patient, leaving the consequences in the hands of the gods, or of the one true God"* (DONABEDIAN, 1966). Dabei bezieht er sich auf die Begriffsbestimmung von LEE und JONES: ***"Good medical care*** *is the kind of medicine practiced and taught by the recognized leaders of the medical profession at a given time or period of social, cultural and professional development in a community or population group ... The concept of good medical care that has been employed in this study is based upon certain "Articles of faith" which can be briefly stated:*

* *Good medical care* is limited to the practice of rational medicine based on the medical sciences.
* *Good medical care* emphasizes prevention.
* *Good medical care* requires intelligent cooperation between the lay public and the practitioners of scientific medicine.
* *Good medical care* treats the individual as a whole.
* *Good medical care* maintains a close and continuing personal relation between physician and patient.
* *Good medical care* is coordinated with social welfare work.
* *Good medical care* coordinates all types of medical services.
* *Good medical care* implies the application of all the necessary services of modern scientific medicine to the needs of all the people." (LEE and JONES, 1933).

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und die Frage nach der Qualität der medizinischen Versorgung durch Ärzte und durch die medizinischen Assistenzberufe ist derzeit ein hochaktuelles und hochbrisantes Thema. Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle der Dienstleistungen im Gesundheitswesen spielen in der gesundheitspolitischen Diskussion eine immer größere Rolle.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Dies trifft jedoch nicht nur für Österreich oder die Bundesrepublik Deutschland zu, sondern weltweit, wobei hier wieder einmal den USA eine gewisse Pionierrolle zukommt. In den USA ist die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung fester Bestandteil, wobei die Beweggründe zur Qualitätssicherung in den USA andere sind als bei uns. In der Bundesrepublik Deutschland wurde die Qualitätssicherung sogar im Gesundheits-Reform-Gesetz (GRG) gesetzlich verankert und die Maßnahmen der Qualitätssicherung in den §§ 135 - 139 des GRG verbindlich vorgeschrieben. Generell stellt jedoch die Motivation des Einzelnen die zentrale Aufgabe der Qualitätssicherung dar.

Die Qualitätssicherung ist hinsichtlich der Akzeptanz bei allen Beteiligten auf drei Grundpfeilern aufgebaut: der ***Freiwilligkeit***, der ***Motivation*** sowie der ***Transparenz und Einfachheit***. Zweifelsohne wird die Qualitätssicherung eine der wichtigsten ***gesundheitspolitischen, gesundheitsökonomischen*** und ***medizinischen Herausforderungen*** der nächsten Jahre. Das Versorgungsniveau kann auf Dauer nur dann gesichert, gehalten und den neuesten Erkenntnissen angepaßt werden, wenn durch eine ***laufende begleitende Qualitätskontrolle und Qualitätsbeurteilung aller Verrichtungen*** der Ärzte sowie der medizinischen Assistenzberufe gesichert, akzeptiert und durchgeführt werden. Nur über laufende Dokumentation und entsprechendes Feedback über die erbrachten Dienstleistungen ist es möglich, ein einmal erreichtes Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten und zu verbessern.

Der moderne Patient in Kenntnis seiner **"Rechte"** betrachtet heute kritischer die Leistungsfähigkeit und die Versorgungsqualität, als dies früher der Fall war. Das ***wachsende Bedürfnis der Menschen nach mehr Sicherheit und Gewißheit*** ist untrennbar mit der Forderung nach mehr 'Kontrolle' verbunden. Diesem Trend sollte seitens der Gesundheitsberufe rechtzeitig mit einer auf Freiwilligkeit und Motivation basierenden Qualitätssicherung sowie vermehrter kritischer 'Selbstkontrolle' und möglichst objektiver Selbsteinschätzung begegnet werden.

9.2 KATEGORIEN DER QUALITÄTSBEURTEILUNG

Bei der Qualitätsbeurteilung werden üblicherweise drei Kategorien unterschieden (vgl. EICHHORN, 1987):

KATEGORIEN DER QUALITÄTSBEURTEILUNG

1. die **PROZESSQUALITÄT**,
2. die **STRUKTURQUALITÄT** und
3. die **ERGEBNISQUALITÄT**.

9.2.1 Die PROZESSQUALITÄT (= Ablaufqualität):

Im Rahmen der Sicherung der Prozeßqualität erfolgt eine qualitative und quantitative Beurteilung der Behandlungs- und Betriebsabläufe (MÜLLER, 1990). Der Bereich Prozeßqualität umfaßt den gesamten organisatorischen Ablauf des Rettungsdienstes:

- Wurden die vorhandenen Strukturen und die personellen Ressourcen indikationsgerecht eingesetzt?
- Ist eine Über- oder Unterversorgung eingetreten?
- Wurden notwendige diagnostische oder therapeutische Verfahren zu häufig eingesetzt oder unterlassen?
- Wie läuft die Alarmierung ab und wie lange dauert sie?
- Wie verhält es sich mit den Eintreffzeiten, dem Zeitraum zwischen Alarmierung und dem Eintreffen am Notfallort?
- Erfolgt eine Einbindung des Notarztes in das Versorgungsnetz?
- Wie rasch ist der Notarzt verfügbar?
- Gab es Zwischenfälle, Ereignisse und Komplikationen (ZEK's) während der Notfallversorgung ?

In die Prozeßqualität gehen somit Faktoren wie Zeitabläufe, Zwischenfälle, Ereignisse, Komplikationen, Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen sowie andere organisatorische Parameter ein. Die Prozeßqualität ist schwer zu messen. Grundlage für eine retrospektive Beurteilung ist eine umfassende Dokumentation mittels Einsatz- bzw. Notfallprotokoll.

Die Erkenntnisse der Kosten-Nutzenanalyse fließen hier als ein Bestandteil in die Prozeßbeurteilung mit ein. Die Summe aller Aktivitäten zwischen den Ärzten, dem

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Pflegepersonal, dem übrigen Personal, den Gesundheitseinrichtungen (med.-techn., etc.) sowie den Patienten und Bürgern sind im Rahmen der Qualitätssicherung Bestandteil der Prozeßqualität. Adäquanz, Relevanz und Zeitgerechtigkeit der Patientenversorgung sind zentrale Ansatzpunkte bei der Beurteilung der Prozeßqualität.

Bei ausländischen Qualitätssicherungsmodellen (z.B. in den USA) hat man eigene "Kontrollärzte" für die Revision von Krankengeschichten, Diagnose und Therapie, für die Beurteilung und den Vergleich von Behandlungsabläufen, etc. eingesetzt.

9.2.2 Die STRUKTURQUALITÄT (= Angebotsqualität)

Bei der Strukturqualität werden die für den Einzelfall vorliegenden Rahmenbedingungen der Versorgung erfaßt. Die Qualität des Versorgungsprozesses wird hier beeinflußt und durch unterschiedlich eingesetzte ***personelle und materielle Ressourcen, die Bereithaltung von Apparaten, Arbeits- und Einsatzmitteln und medizinisch-technischen Einrichtungen und Geräten sowie organisatorische und finanzielle Gegebenheiten*** (MÜLLER, 1990).

Im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt hiebei also eine Beurteilung und Beobachtung, ob das Angebot an Ressourcen (Finanzen, Personal, Material, etc.) in ausreichender Zahl vorhanden ist. Zur Unterstützung und Verbesserung der Strukturqualität können diverse unterstützende Verfahren für die Lösung offener Fragen herangezogen werden, z. B.:

- Verbesserung und Standardisierung der Ausstattung der Einsatzfahrzeuge;
- Anpassung der Infrastruktur und Ausstattung der Einsatz- und Leitstellen an internationale Standards;
- Methoden der Personalbedarfsplanung bzw. -rechnung zur Ermittlung eines optimalen individuellen bereichsbezogenen Personalstandes;
- Fort- und Weiterbildung zur Verbesserung des Ausbildungsstandes der Mitarbeiter;
- Berechnungen über den Nutzungsgrad und die Auslastung bestehender bzw. geplanter medizinisch-technischer Anlagen und Einrichtungen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

9.2.3 Die ERGEBNISQUALITÄT (= Resultatqualität)
(= outcome of praeclinical emergency medical care)

In der ***Ergebnisqualität*** kommt ***der durch die Patientenbehandlung und -betreuung veränderte Gesundheits- und Zufriedenheitszustand des Patienten*** zum Ausdruck. Eine wesentliche Problematik in der Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen liegt jedoch darin begründet, daß sich weder das "Behandlungsziel" noch die tatsächlich eingetretene Änderung des Krankheits- bzw. Gesundheitszustandes eindeutig definieren oder gar messen und objektiv bewerten lassen (MÜLLER, 1990). Für den Krankenhausbereich und erst recht für den Bereich der präklinischen Notfallmedizin (emergency medical care) kommt noch erschwerend hinzu, daß sich ein erzielter Behandlungserfolg vielfach erst längere Zeit nach Abschluß der stationären Therapie erheben läßt. Der Grad der Invalidität, die Multimorbidität, besonders bei älteren Patienten, etc. stellen ebenso wie die teilweise damit in Zusammenhang stehenden Arzneimittelinteraktionen einen großen Unsicherheitsfaktor in der Bewertung der Ergebnisqualität dar.

Die Ergebnisqualität kann im ersten Ansatz zwar leichter definiert werden, jedoch ist ***gerade in der präklinischen Notfallmedizin das "Ergebnis" der notfallmedizinischen Behandlung außerordentlich schwierig zu beschreiben***. Das liegt vor allem darin begründet, daß in aller Regel die Weiterbehandlung durch eine andere Institution durchgeführt wird und dadurch derzeit leider nur in den wenigsten Fällen ein "Feedback" zwischen dem weiterbehandelnden Krankenhaus und der Rettungsdienststelle, respektive dem Notfallteam, besteht. Leider muß man derzeit davon ausgehen, daß nur in den seltensten Fällen der Erfolg des Einsatzes, und hier insbesondere das Langzeitergebnis, bekannt sind. Dabei zählt gerade die Ergebnisqualität zu den wesentlichsten Kenngrößen bzw. Parametern in der präklinischen Notfallmedizin, der entsprechend dem kybernetischen Modell der Qualitätssicherung unbedingt zu untersuchen ist.

Siegfried EICHHORN hat in seinem Buch "Krankenhausbetriebslehre, Band III" auf Seite 50 eine Aufstellung "ergebnisorientierter Kategorien (Meßebenen) und Merkmale (Kriterien) einer multidimensionalen krankheitsartenspezifischen Beurteilung von Krankenhausleistungsfähigkeit und medizinisch/pflegerischer Versorgungsqualität" erstellt.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

9.3 METHODIK UND INSTRUMENTE BEI DER EINFÜHRUNG UND UMSETZUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG

Im Rahmen der Forschungsberichtes **"Darstellung und Entwicklung eines möglichen Modells für ein Integriertes Qualitätssicherungs- und -kontrollsystem im Österreichischen Gesundheitswesen unter Einbeziehung der erforderlichen Prämissen"** (MÜLLER, 1990) wird das "Methodische Vorgehen bei der Anwendung der Qualitätssicherung" folgendermaßen beschrieben:

"Ein zentrales Problem bei der Qualitätssicherung liegt in der ***Schwierigkeit der Qualitätsbeurteilung der medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung***. Den Ausgangspunkt kann dabei nur ein Vergleich der Zielvorstellungen, also zwischen dem, was im Rahmen einer Patientenbehandlung erreicht werden kann - mit dem Behandlungserfolg, der tatsächlich erzielten "Heilung / Besserung / Linderung etc." - bilden. Für die ***retrospektive Betrachtung*** dieses Genesungsprozesses ist eine den Erfordernissen der Qualitätssicherung angepaßte Dokumentation der am bzw. für den Patienten erbrachten ärztlichen, pflegerischen, medizinisch-technischen, psychologischen sowie versorgungsmäßigen Dienstleistungen in einer standardisierten und vergleichbaren Form unerläßlich. Vor der Einführung der Qualitätssicherung sind umfangreiche Motivations- und Schulungsmaßnahmen sowie eine umfassende Information aller Beteiligten unbedingt durchzuführen, um die für diesen Prozeß notwendige Akzeptanz, Freiwilligkeit der Teilnahme sowie den erforderlichen fachspezifischen Wissensstand zu erzielen.

Bei der Umsetzung der Qualitätssicherung in den einzelnen Leistungseinheiten muß darauf geachtet werden, daß ein zielgerichtetes Handeln der Leistungserbringer ermöglicht wird. Dies soll dazu beitragen, daß Qualitätssicherung nicht nur zur Vermeidung von Fehlleistungen beiträgt, sondern eine allgemeine Anhebung der Qualität der Gesundheitsversorgung (Anm.: und natürlich auch der präklinischen Notfallversorgung) in allen Bereichen herbeiführt. Grundvoraussetzung ist, daß alle im Gesundheitswesen Beschäftigten in den Qualitätssicherungsprozeß mit eingebunden werden. Dem Patienten muß im Rahmen seiner Patientenrechte ebenfalls die objektive Teilnahme ermöglicht werden."

9.3.1 STUFENPLAN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Das methodische Vorgehen bei der Anwendung der Qualitätssicherung soll durch die Einhaltung des folgenden ***"Stufenplanes zur Qualitätssicherung"*** (MÜLLER, 1990) erleichtert werden (vergleiche auch nachfolgende Übersichtsgraphik).

STUFENPLAN

FÜR DAS

METHODISCHE VORGEHEN BEI DER ANWENDUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG

1. Notwendigkeit zur Qualitätssicherung erkennen
2. Definition kennenlernen
3. Methodik und Techniken der Qualitätssicherung erlernen
4. Zuständigkeit zuweisen und Verantwortlichkeit schaffen
5. Aufbau multidisziplinärer Gruppen
6. Schwerpunkte setzen lernen
7. Kriterien erarbeiten (entsprechend der RUMBA-Regel)
8. Standards erarbeiten ("Basisstandards" - "Individualstandards")
9. Dokumentation der erhobenen Daten
10. Evaluierung der erhobenen Daten
11. Soll-Ist-Vergleich
12. Analysieren und Abweichungen erheben
13. Schwachstellen aufdecken
14. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einleiten
15. Organisation der Qualitätssicherung
16. Ständige Aktualisierung der Standards entsprechend der Dynamik der Gesundheitswissenschaften

Quelle und Graphik: MÜLLER, 1990

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

ERLÄUTERUNG ZUM STUFENPLAN:

- Entsprechend diesem Stufenplan muß zu Beginn vorerst die ***Notwendigkeit zur Qualitätssicherung erkannt*** werden.

- In weiterer Folge ist die ***Aneignung des notwendigen Wissens über Definitionen, Methodik, Technik sowie Instrumente der Qualitätssicherung*** unerläßlich.

- Sodann müssen ***interdisziplinäre bzw. multidisziplinäre "Qualitätssicherungsgruppen" bzw. "Qualitätssicherungszirkel"*** gebildet werden. Die Teilnahme an diesen Gruppen soll freiwillig erfolgen und maximal über entsprechende "Motivationsmaßnahmen" beeinflußt werden. Vertreter aller Gesundheitsberufe sollen nach Möglichkeit daran mitwirken.

- In der Folge kommt es zum ***Setzen der Schwerpunkte***: Das bedeutet, man wählt Themen aus, die mit besonderem Nachdruck behandelt werden müssen. Dabei sollte besonders beachtet werden, daß zu Beginn nur "lösbare" und "überschaubare" Probleme ausgewählt werden. Ansonsten könnte bei zu langer Dauer oder "Unlösbarkeit" des Problems das Interesse und die Akzeptanz der Beteiligten verloren gehen.

  Die Auswahl der Schwerpunkte kann durch die Qualitätssicherungsgruppe selbst erfolgen oder durch den Träger bzw. durch den Leiter der Leistungseinheit (Primarius, Oberin, etc.) initiiert werden.

- Als nächster Schritt sollen Kriterien (= Aussagen über die optimale Situation) erarbeitet werden. Für die Erstellung von guten Kriterien für die Qualitätsbeurteilung hat sich die Anwendung der **RUMBA-Regel** als vorteilhaft erwiesen. ***Kriterien sollen entsprechend dieser Regel 5 Eigenschaften besitzen:***

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

RUMBA - REGEL

Kriterien müssen folgende fünf Eigenschaften aufweisen:

1. **R**elevant	(= relevant)	für Thema und Ziel
2. **U**nderstandable	(= verständlich)	für jedermann
3. **M**easurable	(= meßbar)	ausgedrückt in Maß und Zahl
4. **B**ehavorial	(= verhaltensmäßig)	bezüglich des wahrnehmbaren Verhaltens
5. **A**ttainable	(= erreichbar)	innerhalb der gegebenen Umstände

Quelle: CBO-WHO, 1989/90 Graphik: Ö.A.G.W., 1993

Die ***erstellten Kriterien (Soll-Zustand)*** sollen dann in weiterer Folge ***mit der Realität (Ist-Zustand) verglichen*** werden und eine Qualitätsbeurteilung ermöglichen.

- Als nächste Stufe erfolgt die ***Erarbeitung von Standards***. ***In der Qualitätssicherung bedeutet "STANDARD" die nicht tolerierbare bzw. zulässige Abweichung von einem Kriterium.*** Dabei stellt sich auch die zentrale Frage nach der Erreichbarkeit eines Zieles. So haben wir bei den allgemeinen Krankenanstalten in Österreich z.B. drei intramurale Versorgungsebenen: die Standard-, die Schwerpunkt- und die Zentralkrankenanstalten.

  Darüber hinaus gibt es noch Sonderkrankenanstalten, Heime für Genesende, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Gebäranstalten und Entbindungsheime, Sanatorien sowie selbständige Ambulatorien.

  Für den ***Gültigkeitsbereich von Standards*** müssen die Indikationen genau definiert sowie Regeln für das Abweichen bzw. Verlassen der Standards erstellt werden. Ein möglicher Weg, zur Definition von Standards zu gelangen, wäre eine Konsensuskonferenz (vgl. Kapitel 9.3.7).

- Als nächster Schritt folgenden die ***Dokumentation***, die ***Beobachtung***, der ***Soll-Ist-Vergleich, das Evaluieren und Analysieren*** sowie das ***Erheben von Abweichungen***.

- Als weiterer wesentlicher Schritt folgt das ***Aufdecken von Schwachstellen***. Erst ***durch das "Diagnostizieren und Realisieren" eines Problems wird in weiterer Folge eine zielgerichtete Problembewältigungsstrategie angewendet*** und es können entsprechende Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung eingeleitet werden.

- In weiterer Folge ist die ***Qualitätssicherung entsprechend zu organisieren***, um die komplexen Aufgaben (Rückkoppelung, Feedback, Motivation, Aktualisierung, etc.) kontinuierlich gewährleisten zu können.

- Unter Berücksichtigung der Dynamik der Gesundheitswissenschaften sind unter anderem die ***Standards ständig dem Stand der Wissenschaft anzupassen und "fortzuschreiben".*** Neue Erkenntnisse, Technologien, Beobachtungsmöglichkeiten sowie nicht vorhersehbare Einflüsse üben hiebei eine direkte Einflußnahme auf die Standards aus. Den Gesetzmäßigkeiten der Kybernetik sowie den Intentionen der Qualitätssicherung folgend, kann ein von Dr. Hans-Jürgen Seelos, Dozent für Medizinische Informatik der Universität Düsseldorf, konzipiertes "Kybernetisches Modell der Qualitätssicherung" erstellt werden (SEELOS, 1988).

9.3.2 BASIS- BZW. MINDESTSTANDARDS

In der Praxis ist es nicht möglich, einheitliche, generell anwendbare Standards für alle diese Versorgungseinrichtungen zu erstellen. Wünschenswert wäre daher die ***Erstellung von internationalen oder bundeseinheitlichen "BASISSTANDARDS bzw. MINDESTSTANDARDS" seitens der WHO oder österreichischer Institutionen des Gesundheitswesens***, die dann "hausintern" vom Rechtsträger bzw. auf Landesebene von entsprechenden wissenschaftlichen Kommissionen (z.B. Konsensuskonferenz) auf den internen individuellen Bedarf abgestimmt werden, wobei jedoch die ***"Basisstandards" bzw. "Mindeststandards" keinesfalls unterschritten werden dürfen.*** Diesen Vorstellungen folgend soll die "Spitzenmedizin" für ihre Spitzendiagnostik entsprechend hohe Standards festlegen, ebenso wie Sanatorien oder Privatkrankenanstalten ihre höhere Hotelleistung in den entsprechenden Standards berücksichtigen sollen. So kann im Sinn der Autonomie der Gesundheitseinrichtungen ein Qualitätsanreiz für die individuelle

Gestaltung von "Individualstandards" über die "Basisstandards" hinaus geschaffen werden (MÜLLER, 1990).

9.3.3 DIE ÖRAK ALS "PROFESSIONAL STANDARDS REVIEW ORGANIZATION - PSRO"

Gleiches gilt für den ***Bereich der präklinischen Notfallmedizin***: Hier sind ebenfalls von der zentralen Ausbildungs- und Qualitätssicherungsinstitution, das wäre nach den Ausbildungsmodell der Ö.A.G.W. die **ÖRAK (Österreichische Rettungsakademie)**, genau definierte, internationalen Standards entsprechende, Basis- bzw. Mindeststandards festzusetzen.

Die ÖRAK versteht sich somit auch als nationale ***"Professional Standards Review Organization - PSRO"***, also eine Institution, die im Sinne eines "Peer-Review-Mechanismus" gemäß Definition der WHO für die umfassende und fortschreitende Prüfung der Dienstleistungen im Rahmen der notfallmedizinischen Versorgung in Österreich zuständig ist. Ein Zweck dieser Organisation besteht darin, die effektive, effiziente und ökonomische Durchführung von Gesundheitsdienstleistungen zu sichern.

Die PSRO muß auch untersuchen und gewährleisten, daß ***Zahlungen im Rahmen der Gesundheitsversorgungs- (inklusive der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung) bzw. sozialen Versorgungseinrichtungen nur dann getätigt werden, wenn medizinische Dienstleistungen notwendig und dann auch mit der entsprechenden Qualität der Dienstleistung erbracht werden*** (vgl. hiezu PICHLER, 1992).

9.3.4 INSTRUMENTE DER QUALITÄTSSICHERUNG

Dem umfassenden Qualitätsmanagement stehen folgende ***Instrumente zur Qualitätssicherung*** zur Verfügung:

INSTRUMENTE ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

- Schwerpunkte, Kriterien und Standards
- Dokumentation
- Tracer-Diagnosen
- Stellenbeschreibungen
- Konsensuskonferenz
- Einzelfallanalysen
- Stichproben
- Diagnosedokumentationssysteme
- Motivation
- Interdisziplinarität
- Kommunikation
- Sonstige weitere Instrumente

Quelle: MÜLLER, 1990

9.3.5 TRACER-DIAGNOSEN

Einem möglichen Weg für periodische Kontrollen stellt z.B. auch die ***Auswertung von "Tracer-Diagnosen"*** dar.

Dabei beschreitet man folgenden Weg: Man wählt aus dem gesamten Morbiditätsspektrum einige sogenannte "Tracer-Diagnosen" aus. Danach werden 100 Stichproben je Tracer-Diagnose gezogen und einer Überprüfung zugeführt. Eine Erstellung von diagnosebezogenen Prüfmerkmalen ist zuvor noch erforderlich. So werden Abweichungen im Behandlungsablauf, Diagnostik, Verweildauer, etc. erfaßt und einer kritischen vergleichenden Prüfung unterzogen. Jene Krankengeschichten bzw. Einsatzprotokolle, die eine gravierende Abweichung darstellen, werden einer Einzelfallanalyse unterzogen. So wird nach Einflußfaktoren für die Wiederbelebung, die Überlebens- bzw. Behandlungsdauer und den Behandlungserfolgen, etc. gesucht und nach den komplexen Zusammenhängen geforscht.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

9.3.6 STELLENBESCHREIBUNGEN

Ein auch in Österreich adäquates Instrument zur Qualitätssicherung im Personalbereich ist die Einführung und Verwendung von Stellenbeschreibungen. Sie ermöglichen eine genaue Festlegung der Rechte und Pflichten jedes Mitarbeiters und eine genaue Abgrenzung der Kompetenzen. Weiters erhält jeder Bewerber eine genaue Vorstellung über seine künftigen Tätigkeiten. Jeder kann selbst entscheiden, ob diese Stelle mit seinen Fähigkeiten und Zielvorstellungen übereinstimmt. Diese Stellenbeschreibungen sollen jedoch auf Dienststellenebene, also z.B. Rettungseinsatzstelle, Abteilungsebene oder Krankenhausebene erfolgen, um eine "Entfremdung" von den für die Stelle tatsächlich erforderlichen Elemente und Voraussetzungen durch eine zentrale "Normungsinstanz" zu vermeiden. Jede Stellenbeschreibung hat jedoch folgende Elemente zu beinhalten:

ELEMENTE EINER STELLENBESCHREIBUNG

- o Bezeichnung der Stelle,
- o Eingliederung in die Betriebsorganisation (über-, neben- und untergeordnete Stellen),
- o Vertretungsverhältnisse (aktive und passive),
- o Ziele der Stelle,
- o Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungsbereiche (allgemeine und besondere),
- o Arbeitsmittel zur Aufgabenerfüllung,
- o Zusammenarbeit mit anderen Stellen (aktiv und passiv),
- o Anforderungsprofil der Stelle (Ausbildung, Erfahrung, Fähigkeiten)
- o Bedingungen für die Stelleninhaber (Arbeitszeit inkl. Dienstzeitregelung, Urlaub, Entlohnung, Fort- und Weiterbildung, Aufstiegsmöglichkeiten).

Quelle: MÜLLER, 1990

9.3.7 KONSENSUSKONFERENZ

Bei der **Konsensuskonferenz** versucht eine interdisziplinäre Gruppe mittels Kommunikation kontroversielle Meinungen auszuräumen und zu einem gemeinsamen Ergebnis zu gelangen. Dieser Prozeß läuft in Etappen ab:

- Eine Vorbereitungsgruppe erstellt einen Fragenkatalog.
- Konferenz mit "Beteiligtenvertretern" (Experten, Laien, Anwendern) tritt zusammen.
- Statements zu den vorformulierten Fragen werden abgegeben.
- Daran anschließend erfolgt eine offene Diskussion.
- und in weiterer Folge der Entwurf konsensusfähiger Statements.
- Abschließend erfolgt die Publikation und Anwendung.

9.4 STANDARDS UND NORMEN IN DER PRÄKLINISCHEN NOTFALLMEDIZIN ANHAND AUSGEWÄHLTER BEISPIELE

Die Standards im Bereich der präklinischen Notfallmedizin und deren Evaluierung werden von James POINTER in 'Qualitymanagement in Prehospital Care' der National Association of EMS Physicians folgendermaßen angegeben (POINTER, 1993):

9.4.1 STANDARDS HINSICHTLICH DES FAKTORS "ZEIT"

Ideal Dispatch and Field Interval Standards

Time interval:	*Ideal time:*
Determine Time	<30 sec., 90th percentile
Queue time	0
Roll time	5 min., 90th percentile
Response time	<8 min., 90th percentile
Field time	<20 min.
Transport time:	
- Urban	<10 min.
- rural	<30 min.
Hospital time	<15 min.

Quelle: POINTER, 1993, nach der NATIONAL ASSOCIATION OF EMS PHYSICIANS

9.4.2 SCHEMATISCHER ABLAUF EINES NOTFALLEINSATZES

In weiterer Folge ist der ***Ablauf eines Notfalleinsatzes*** schematisch dargestellt, um die obenstehenden Standards hinsichtlich Alarmierung und Einsatzzeiten zu veranschaulichen:

COMMON DISPATCH AND FIELD TIME MILESTONES AND INTERVALS

⇓

call received by medical dispatch

⇓

Determine Time

⇓

call type determined

⇓

Queue time

⇓

call given to the ambulance

⇓

Roll time

⇓

Ambulance arrives on scene

⇓

Scene time

⇓

Ambulance leaves scene

⇓

Transport time

⇓

Ambulance arrives hospital

⇓

Hospital time

⇓

Ambulance clears hospital

⇓

Quelle: POINTER, 1993, nach der NATIONAL ASSOCIATION OF EMS PHYSICIANS

Graph.: Ö.A.G.W., 1993

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

9.4.3 STRATEGIEN UND METHODEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Folgende ***Strategien und Methoden*** werden in den USA im Rahmen der Strukturqualitätssicherung zur laufenden Qualitätsbeurteilung und Evaluierung möglicher struktureller bzw. infrastruktureller Standards angewandt:

1.) ***Standards und Evaluierungsmethoden*** hinsichtlich struktureller Standards am Beispiel der ***Ersthelfer und EMT-Basics*** (≅ Rettungssanitäter).

DESIRABLE STRUCTURAL STANDARDS AND METHODS OF EVALUATION FOR FIRST RESPONDERS AND EMT - BASICS

I. Structural standards

1. Written protocols
   A. Medical
   B. Procedural
2. Level of training ≥ basic EMS
3. Early defibrillation capability
4. Scene triage (two-tiered systems)
5. Medical control and Quality assurance plan

II. Methods of evaluation

1. Response times and other intervals
2. Online supervision
3. Online medical control
4. Peer review (retrospective)
5. Tape review
6. Medical control module review
7. Audits

Quelle: POINTER, 1993, nach der NATIONAL ASSOCIATION OF EMS PHYSICIANS

Graph.: Ö.A.G.W., 1993

2.) ***Standards und Evaluierungsmethoden*** hinsichtlich struktureller Standards am Beispiel der ***Paramedics:***

DESIRABLE STRUCTURAL STANDARDS AND EVALUATION METHODS FOR PARAMEDICS

I. Structural standards

⇒ 1. **Prescribed equipment**

⇒ 2. **Written protocols**

⊗ Medical

⊗ Provider interface

⊗ Destination

- *Response times and other intervals*

⇒ 3. **Medical control and Quality Assurance plan**

II. Methods of evaluation - patient assessment and treatment

⇒ 1. **Online supervision**

⊗ Online medical control

⊗ Comparison with emergency department/hospital diagnosis

⊗ Documentation - explicit versus implicit criteria

- Computer-assisted audits

⊗ Peer review

⊗ Concurrent radio skill review

⇒ 2. **Tape review**

⇒ 3. **Comparison of clinical data elements with those performed by nurses/physicians**

⊗ Outcome

- survival
- length of stay

⊗ Review of unanticipated therapies

⊗ Audits

III. Methods of evaluation - skills maintenance

⇒ 1. **Online supervision**

⇒ 2. **Physician verification**

⇒ 3. **Success rates**

⇒ 4. **Outcome**

⇒ 5. **Audits**

Quelle: POINTER, 1993, nach der NATIONAL ASSOCIATION OF EMS PHYSICIANS
Graph.: Ö.A.G.W., 1993

9.5 MÖGLICHKEITEN DER QUALITÄTSSICHERUNG IM RETTUNGSWESEN

Im Rahmen des Rettungswesens ergeben sich folgende praktische Möglichkeiten und Instrumente für die Anwendung des "quality improvements":

- Verbesserung und Intensivierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Supervision
- "protocols"
- "standing orders"
- Dokumentation (Einsatzprotokolle, Tonbänder, EKG-Aufzeichnungen, etc.)
- Medizinische Direktoren
- Lizenzierung und Lizenzverlust
- Eintreffzeiten
- Transportzeit
- "on scene"-Zeit
- Ausstattungsstandards und Normen
- Dispatching
- Sonstiges

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

10 EMPFEHLUNGS- UND MASSNAHMENKATALOG

Basierend auf den Erhebungsergebnissen der Befragung und unter Berücksichtigung der Erhebungen des Ist-Zustandes im internationalen Vergleich sowie unter Einbeziehung der Erfahrungen und Erkenntnisse aus Expertengesprächen im In- und Ausland **sind zur Behebung des derzeitigen Zustandes im Notfall- und Rettungswesen folgende gesundheits- und sozialpolitische, legistische, gesundheitsökonomische, strukturelle, infrastrukturelle und qualitätssichernde Maßnahmen erforderlich:**

1) **REFORM UND NEUSTRUKTURIERUNG DER AUSBILDUNG ALLER IN DIE NOTFALLVERSORGUNG EINGEBUNDENER PERSONENGRUPPEN,** und zwar der **Laien- bzw. Ersthelfer**, des **nichtärztlichen Sanitätspersonals** (RS und DRA) und der **Ärzte** (Medizinstudenten, Praktische Ärzte, Fachärzte und Notärzte);

2) **NEUORDNUNG UND NEUGESTALTUNG EINER PRAXISORIENTIERTEN EUROPAREIFEN AUSBILDUNG entsprechend den Internationalen Standards für das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst anhand des von der Ö.A.G.W. vorgeschlagenen AUSBILDUNGSMODELLS FÜR DIE SANITÄTSFACHKRÄFTE** (Diplomierter Rettungsassistent und Rettungssanitäter) entsprechend internationalen und europäischen Standards und Grundlagen **mit unabhängigen Prüfungskommissionen;**

3) **Gesetzliche Regelung sowie** quantitative, qualitative und inhaltliche **Festsetzung und Standardisierung der verpflichtenden** theoretischen und praktischen **FORT- UND WEITERBILDUNG sowie deren Überprüfung durch** Einführung eines verbindlichen **FORT- UND WEITERBILDUNGSPASSES im SFG;**

4) **Kopplung der AUSSTELLUNG/VERLÄNGERUNG DER BERUFSBERECHTIGUNG (=LIZENZIERUNG) an die regelmäßige Absolvierung der Fort- und Weiterbildung sowie an die Qualität der beruflichen Leistung im täglichen Berufsleben** durch Auswertung der Einsatzprotokolle, Supervision, etc. im Sinne einer laufenden Qualitätsbeurteilung und Qualitätssicherung;

5) **SCHAFFUNG EINES EIGENEN BERUFES gemäß den Bestimmungen des ASVG** mit entsprechender sozialer Absicherung, EINER EIGENEN BE-

RUFSIDENTITÄT **UND EINES EIGENEN, GESETZLICH UND GESELLSCHAFTLICH ANERKANNTEN BERUFSBILDES "SANITÄTSFACHKRAFT";**

6) **FESTLEGUNG DER ANFORDERUNGS- UND TÄTIGKEITSBEREICHE der neuen Gesundheits- und Sozialberufe "DIPLOMIERTER RETTUNGSASSISTENT (DRA)" und "RETTUNGSSANITÄTER (RS)"** (Einführung von Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibungen);

7) **Etablierung der QUALITÄTSSICHERUNG IM NOTFALL- UND RETTUNGSWESEN: ERARBEITUNG VON "ÖSTERREICHWEITEN STANDARDS UND NORMEN" für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, für die praktische Tätigkeit sowie die strukturelle und infrastrukturelle Gestaltung des Rettungs- und Notfallwesens ENTSPRECHEND DEN INTERNATIONALEN und EUROPÄISCHEN STANDARDS und NORMEN** und dem Stand der Wissenschaft und Technik in der Notfallmedizin sowie laufende Adaptierung der Standards entsprechend dem kybernetischen Modell der Qualitätssicherung durch eine österreichweite bzw. internationale ärztliche Expertenkommission;

8) **Schaffung einer EIGENSTÄNDIGEN GESAMTÖSTERREICHISCHEN GESETZLICHEN REGELUNG für den Gesundheits- und Sozialberuf der SANITÄTSFACHKRÄFTE sowie der Aus-, Fort-, Weiter- und Sonderausbildung in Form eines "Bundesgesetzes über den Beruf/das Berufsbild und die Aus-, Fort-, Weiter- und Sonderausbildung der Sanitätsfachkräfte, - SANITÄTSFACHKRÄFTEGESETZ - SFG";**

9) **Schaffung von AUFSTIEGS- UND UMSTIEGSMÖGLICHKEITEN DURCH GEZIELTE SONDER- UND ERGÄNZUNGSAUSBILDUNGEN** mit klarer gesetzlicher Regelung im Rahmen des Berufsgesetzes "SFG";

10) **Erlassung einer GESAMTÖSTERREICHISCHEN "AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGS-(VER)ORDNUNG" entsprechend dem SFG;**

11) **Schaffung der entsprechenden Normen bzw. ANPASSUNG/ÜBERNAHME DER EUROPÄISCHEN NORMEN (CEN-NORMEN) ALS BASISSTANDARDS;**

12) **KLARE REGELUNG DER VERANTWORTLICHKEITEN und FESTLEGUNG von "STANDARDISIERTEN MEDIZINISCHEN ANWEISUNGEN" für die DRA im Rahmen der "ASSISTIERENDEN LEBENSRETTENDEN SOFORTMAß-**

NAHMEN - ALS" sowie der eigenverantwortlichen Handlungsspielräumen für die neuen Berufsgruppen;

13) **VERBESSERUNG UND NEUGESTALTUNG DER BREITENAUSBILDUNG** (Herz-Lungen-Wiederbelebung, Unfallverhütung, Erste Hilfe) **IM RAHMEN DER ERSTHELFERAUSBILDUNG** in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Erwachsenenschulung, Führerscheinprüfung, Bundesheer, etc.), damit zumindest mittelfristig qualifizierte Laienhilfe innerhalb von drei Minuten direkt am Notfallort einsetzen kann;

14) **ENTWICKLUNG VON STRATEGIEN ZUR MOTIVATION, VERBESSERUNG DER TEAMFÄHIGKEIT UND SUPERVISION des Personals in der präklinischen Notfallmedizin;**

15) **Einbindung der Forderungen, die sich aus einer ANWENDUNG DER PATIENTENRECHTE ergeben;**

16) **Schaffung eines FACHARZTES FÜR NOTFALL- UND KATASTROPHENMEDIZIN** bzw. Weiterentwicklung der internationalen Anforderungen und Standards entsprechenden, theoretischen und praktischen Ausbildung für die Zusatzausbildung zum **NOTARZT**;

17) **Aufnahme des Faches 'NOTFALL- UND KATASTROPHENMEDIZIN' in den dritten Abschnitt des Medizinstudiums** nach ausländischen Vorbildern mit verpflichtender Famulatur an einer Notaufnahmestation und einer Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin sowie postpromotionell **verpflichtende Aufnahme dieses Fachbereiches in die Turnusausbildung**;

18) **DRASTISCHE SENKUNG DER "EINTREFFZEIT" (= Intervall vom Eintreten des Notfall bis zum Eintreffen vor Ort und Beginn der assistierenden lebensrettenden Erste-Hilfe-Sofortmaßnahmen) der qualifizierten Notfalleinheiten (Notarzt und DRA oder DRA und RS) kurzfristig jedenfalls unter 10 Minuten, mittelfristig unter 6 Minuten;**

19) **AUFBAU MODERNER ÖFFENTLICHER, ÜBERREGIONALER, LÄNDERÜBERSCHREITENDER UND HOCHQUALIFIZIERT BESETZTER INTEGRIERTER "DISPATCH-CENTRES" (= LEITSTELLEN)** für größere Regionen (200.000 bis 1.600.000 Einwohner, je nach den raumordnungsmäßigen Gege-

benheiten) **FÜR ALLE EINRICHTUNGEN ZUM SCHUTZ DER ÖFFENTLICHEN SICHERHEIT UND DES MENSCHLICHEN LEBENS** (präklinische Notfallversorgung/Rettung, Polizei/Gendarmerie und Feuerwehr);

20) **VERBESSERTE AUFKLÄRUNG hinsichtlich Unfallverhütung, Hygiene, sozial- und arbeitsmedizinischer Belange, etc.;**

21) **Verbesserung der Hilfeleistung im therapiefreien Intervall** bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes durch Maßnahmen wie Laienausbildung, Auslagerung von Notfallausrüstung und -mitteln an potentiellen Gefahrenschwerpunkten, Ausstattung bestimmter Bereiche (z.B.: Verkehrsmittel) mit Notfallkoffern, etc.;

22) **Umfassende Erste - Hilfe - Ausbildung aller Exekutivkräfte**, also Feuerwehr, Polizei bzw. Gendarmerie, Grenzschutz, Bergwacht und Bergrettung, Wasserpolizei und Wasserrettung zumindest auf der Stufe eines EMT-Basic mit Schwergewicht auf CPR.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

11 NOTFALLMEDIZINISCHE BEURTEILUNG DES AUSBILDUNGSKONZEPTES DER Ö.A.G.W.

11.1 STELLUNGNAHME ZUM MODULAREN AUSBILDUNGSMODELL ZUR SANITÄTSFACHKRAFT DURCH PRIM. UNIV.-DOZ. DR. WILFRIED ILIAS

Herr Prim. Univ.-Doz. Dr. Wilfried ILIAS, Referatsleiter des Referates für Notfall- und Katastrophenmedizin der Wiener Ärztekammer (WÄK), nahm in seiner Begutachtung zum Ausbildungskonzept zur "Sanitätsfachkraft" der Ö.A.G.W. wie folgt Stellung:

Beurteilung des
"Arbeitspapieres: Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst"

Hintergrund: ***Adäquate notärztliche Soforthilfe am Einsatzort ist der wichtigste Faktor für die Heilungsprognose eines Schwerverletzten bzw. Schwerstkranken.*** Die Errichtung eines Notarztsystemes mit zeitgemäß ausgestatteten Notarztwagen und deren Besetzung mit speziell ausgebildeten Notärzten hat zu einer drastischen Verbesserung der Heilungsquote von Patienten geführt, welche per Notarztwagen oder Notarzthubschrauber zur Weiterbehandlung in Krankenhäuser eingeliefert worden waren.

Aufgrund des zunehmenden technischen und therapeutischen Aufwandes am Einsatzort selbst und während des Transportes im Notarztwagen oder Hubschrauber, nicht zuletzt aber auch wegen der berechtigt gestiegenen Erwartungshaltung der Öffentlichkeit ergibt sich nunmehr die zwingende Notwendigkeit, sowohl Notarzt- als auch Krankentransporteinheiten mit Begleitern auszustatten, deren Ausbildung den gegebenen Anforderungen gerecht wird. ***Der für eine derartige umfassende Ausbildung notwendige zeitliche Rahmen umfaßt insgesamt 3 Jahre.***

Die überwiegende Mehrheit der Notarzt- und Krankentransporteinheiten wird derzeit mit sehr engagierten "freiwilligen" Begleitern geführt. Es ist vorhersehbar, daß die Einführung einer verpflichtenden "erweiterten" Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals aufgrund des zeitlichen Aufwandes das Kollektiv der "Freiwilligen Rettungssanitäter" extrem belasten wird. Dennoch, und dies wird durch entsprechende Übergangsbestimmungen sowie eine flexible Kursgestaltung zu regeln sein, ist die ***Schaffung einer speziell ausgebildeten Berufsgruppe nichtärztli-***

cher Begleiter von Notarzt und Rettungssystemen eine unumgängliche Notwendigkeit.

Beurteilung des Arbeitspapieres der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen:

1. Allgemeines:

Die Gesamtausbildung zum Diplom-Rettungssanitäter (Anm.: zum Diplomierten Rettungsassistenten) sieht drei Ausbildungsabschnitte vor. Der erste Abschnitt, Dauer ein Jahr, gilt als Basisausbildung, umfaßt insgesamt 1040 Lehr- und Praxisstunden und soll mit einer staatlichen Abschlußprüfung beendet werden. Mit Abschluß dieses ersten Abschnittes ist der Absolvent Rettungssanitäter und als solcher bereits im aktiven Betrieb einsetzbar. *)

*) Diese Lösung ist dahingehend sehr vorteilhaft, als die einleitend angesprochenen derzeit eingesetzten "freiwilligen Rettungssanitäter" diese Basisausbildung in gestaffelter Form nachholen könnten.

Auf dem Basiskurs folgt der Abschnitt zwei, Dauer ein Jahr, welcher als Intensivlehrgang bezeichnet wird. Insgesamt 1120 Stunden Theorie werden durch 560 Stunden Intensivpraktikum ergänzt. Der theoretische Teil ist in sieben Blöcke gegliedert, welche mit Zwischenprüfungen abzuschließen sind.

Im dritten Abschnitt ist 12 Monate praktische Tätigkeit unter Anleitung und Aufsicht diplomierter Rettungsassistenten in Form einer 40-Stunden-Woche inklusive einer sechswöchigen Tätigkeit an einer Intensivstation vorgesehen. Insgesamt umfaßt der dritte Abschnitt ein Ausbildungsprogramm von 1680 Stunden.

Das Diplom:

Voraussetzung ist das Verfassen einer Diplomarbeit zu einem berufsspezifischen Thema. Danach erfolgt die Zulassung zur kommissionellen Diplomprüfung. Die Gesamtausbildung wird als Diplom-Rettungsassistent abgeschlossen.**)

**) Als Alternative bzw. Übergangslösung wird ein Stufenmodell angeboten. Daneben wurden noch ein Ausbildungsmodell "Bundesheer" und eine Übergangslösung entwickelt.

2. Ausbildungscurriculum:

Die theoretischen Lehrinhalte sind ähnlich wie bei den diplomierten Krankenpflegeberufen. Themen sind hier klinische und präklinische Medizin, Rechtskunde, Konfliktbewältigung, etc. Die Ähnlichkeit zu den Krankenpflegeberufen ist erwünscht, die ***Möglichkeit zum Wechsel von einer Berufsgruppe zur anderen*** soll angesichts der bestehenden Personalnot ohne großen Aufwand gegeben sein.

Die praktischen Lehrinhalte sind vornehmlich auf Situationen im Notarztdienst ausgerichtet, jedoch sind auch hier Pflegeeinheiten eingebunden (Intensivstation, etc.), um die oben andiskutierte Möglichkeit des Wechsels in den Pflegedienst zu erleichtern.

Lehrpersonen: Vorgesehen sind Ärzte, Diplomierte Rettungsassistenten, Pädagogen, Psychologen, Juristen, Verkehrsexperten, Standesvertreter und EDV-Fachkräfte.

Zusammenfassung:
Die Verfasser haben in diesem Ausbildungsvorschlag alle derzeit in Fachkreisen aufgeworfenen Fragestellungen berücksichtigt. ***Das Ausbildungscurriculum ist thematisch soweit ausgearbeitet, daß eine praktische Umsetzung ad hoc ermöglicht ist.*** Die vorgesehene Stundenzahl und die Zuordnung der Lehreinheiten an spezielle Fachkräfte gestattet bereits eine detaillierte Kostenschätzung. ***Insgesamt entspricht das Arbeitspapier in allen Belangen den Vorstellungen des Notfallreferates der Wiener Ärztekammer."***

11.2 BEURTEILUNG DES GEGENSTÄNDLICHEN AUSBILDUNGSKONZEPTES DURCH UNIV.-PROF. DR. PETER SEFRIN

Herr Univ.-Prof. Dr. Sefrin hat das vom Projektteam der Ö.A.G.W. vorgelegte Ausbildungskonzept zur Sanitätsfachkraft unter besonderer Berücksichtigung des RettAssG der BRD begutachtet und nimmt wie folgt Stellung:

"Das vorgelegte Arbeitspapier beinhaltet den Vorschlag eines Ausbildungsganges zum Diplomierten Rettungsassistenten. Bei einem Vergleich dieser vorgeschlagenen Ausbildung mit der bisher schon praktizierten Berufsausbildung zum Rettungsassistenten in der Bundesrepublik Deutschland ist nicht nur eine wesentlich intensivere Ausbildung, was die Anzahl der Stunden angibt, sondern auch bezüglich des

Unterrichtsablaufes hervorzuheben. Damit stellt das Modell eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Rettungsassistentengesetz (RettAssG) der BRD dar. Besser ist der jeweils in sich geschlossene Ausbildungsabschnitt, der mit einer staatlichen Abschlußprüfung bereits auf der Ebene des Rettungssanitäters schließt. Ebenso bedeutet die Tatsache, daß der Ausbildungsabschnitt zum Rettungsassistenten erst am Ende nach der praktischen Ausbildung mit einer Prüfung abschließt, eine Verbesserung. Die dazwischengeschobenen Zwischenprüfungen im 2. Ausbildungsabschnitt am Ende eines jeden Blockes können eine kontinuierliche Überprüfung des Wissensfortschrittes ermöglichen und stellen damit in jedem Falle die erforderliche Qualifikation für das nachfolgende Lehrrettungspraktikum dar. Das Stufenmodell läßt entsprechende Variationen für verschiedene Ausbildungsgänge zu, sodaß eine Adaption auf den verschiedenen Ebenen möglich ist.

Die Fächeraufteilung der theoretischen Ausbildung ist weitergehend als im RettAssG der BRD und enthält Themenbereiche, die in dieser Intensität (Stundenanzahl) in der Ausbildungsvorschrift des RettAssG nicht vorhanden sind. Bei der Analyse der vorgeschlagenen theoretischen Lehrinhalte ist an vielen Stellen Übereinstimmung mit dem Lehrplan, der als Teil des Rettungsassistentengesetzes der BRD vorgegeben ist, vorhanden. Im Gegensatz zur BRD sind allerdings im Vorschlag bereits konkrete Hinweise für die Vermittlung der jeweiligen Lehrinhalte vorhanden, was zur Absicherung eines qualitativ hochwertigen Unterrichtes unbedingt notwendig erscheint. Das Fehlen einer derartigen Festlegung hat sich in der Bundesrepublik bisher schon als nachteilig erwiesen und zu vollkommen verschiedenen und divergierenden Auslegungen der differenten Rettungsdienstschulen geführt. Als vorteilhaft auch im Hinblick auf eine spätere Überführung des Personals aufgrund einer Berufsunfähigkeit sind die Themen aus dem Bereich der Krankenpflege anzusehen. Hiermit wird die Basis geschaffen, das zukünftige Berufsbild dem anderer medizinischer Assistenzberufe gleichberechtigt an die Seite zu stellen. Auch die Einbeziehung in diesem Bereich von diplomiertem Krankenpflegepersonal als Unterrichtende wird diesem Teilaspekt gerecht.

Die unter dem Kapitel 4 angeführten Themen sich gleichfalls weitergehender und umfassender als bei der Berufsausbildung des Rettungsassistenten der BRD. Die Aufnahme eines Kapitels "Grundzüge der EDV" entspricht den modernen Bedürfnissen des Rettungsdienstes, wobei auf den Einsatz der EDV nicht nur im Rahmen einer Rettungsleitstelle Bezug genommen wird.

Im Hinblick auf die Übertragbarkeit des Qualifikationsniveaus auf europäischer Ebene sind die unter Kapitel 10 subsumierten Ausbildungsabschnitte zu sehen. Damit wird ebenso wie mit den geforderten Voraussetzungen für die Diplomprüfung (in Form einer Diplomarbeit) das Niveau der Berufsausbildung insgesamt höher eingestuft, als in der Bundesrepublik Deutschland. Damit ist der Stellenwert des geplanten Diplomierten Rettungsassistenten auf der gleichen Ebene anzusiedeln wie

© copyright by Ö.A.G.W. 1993.

einer diplomierten Krankenpflegekraft. Diesem Qualifikationsniveau werden auch spezielle Einzelausbildungsabschnitte gerecht, die sonst, wenn dieses Ziel nicht angestrebt würde, unverständlich bleiben müßten.

Unter der Vorgabe, daß der Beruf des Rettungsassistenten, wie sich in der Vergangenheit gezeigt hat, nicht als Lebensaufgabe wahrgenommen werden kann, ergibt sich unter diesen Bedingungen aus dem vorgelegten Ausbildungskonzept die grundsätzliche Umschulung in andere medizinische Aufgabenbereiche. Dieser Aspekt gewinnt insbesondere vor dem Hintergrund der erheblichen Fluktuationen in den differenten Bereichen der medizinischen Assistenzberufe besondere Bedeutung.

Es wird nun Aufgabe der politisch Verantwortlichen sein, die Finanzierung dieses Ausbildungsganges zu sichern, um damit nicht nur die Qualifikation der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung Österreichs abzusichern, sondern auch dem Personal, das sich dieser verantwortungsvollen Aufgabe zu widmen gedenkt, die nötige berufspolitische Absicherung zu garantieren. Auch in Österreich wird die staatliche Aufgabe der Daseinsvor- und -fürsorge zum Wohle der Notfallpatienten erfüllt werden können, wenn sich das erforderliche, qualifizierte Personal für diese Aufgabe findet und in einer sozialpolitischen Absicherung auch eine notwendige Zukunftssicherung erfährt. Gerade im Bereich der Notfallmedizin kann die Versorgung der Bevölkerung auf Dauer nicht auf der Basis einer Improvisation garantiert werden, weshalb finanzielle Investitionen in den vorgeschlagenen Ausbildungsgang auf Dauer zu einer Absicherung der akuten Notfallsituationen führen können."

11.3 STELLUNGNAHME ZUM MODULAREN AUSBILDUNGSMODELL ZUR SANITÄTSFACHKRAFT DURCH PRIM. UNIV.-PROF. DR. HEINZ WEBER

Die Ö.A.G.W. legte den Rohentwurf des vorliegenden Werkes Herrn Prim. Univ.-Prof. Dr. Heinz Weber, Facharzt für Kardiologie und Leiter des Referates für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Wiener Ärztekammer (WÄK), mit der Bitte um Begutachtung und Stellungnahme vor. Herr Prim. Univ.-Prof. Dr. Heinz Weber nahm wie folgt Stellung:

"Im Rahmen der Rettungskette (Ersthelfer - Notarztwagen mit Arzt und Sanitäter - Krankenhaus) kommt dem Sanitätspersonal eine außerordentlich wichtige Bedeutung zu, einerseits in der Zusammenarbeit mit dem Notarzt, andererseits in der alleinverantwortlichen Arbeit in einem nicht mit einem Arzt besetzten Rettungswagen. In diesem Forschungsbericht wird der aktuelle Stand der Ausbildung des Sa-

nitätspersonals in Österreich, aber auch in Europa und in den Vereinigten Staaten beschrieben, Vergleiche hergestellt und vor allem ein Konzept bzw. Empfehlungen zur Fort- und Weiterbildung des Rettungssanitäters vorgelegt, welches sich einerseits den internationalen Gegebenheiten anpaßt, andererseits auf die lokalen Verhältnisse in Österreich Rücksicht nimmt.

Von einer Umsetzung dieses Konzeptes ist zu erwarten, daß der wichtige Teilbereich der Rettungskette, nämlich Aus-, Fort- und Weiterbildung der Rettungssanitäter - zu einer evaluierbaren, deutlichen Verbesserung des Rettungsdienstes im Bundesgebiet neben einer verstärkten Identifikation und Motivation des Sanitätspersonals führen wird.

Als Kardiologe erwarte ich mir, daß durch diese vorgeschlagenen Maßnahmen die in Österreich geschätzte Zahl der jährlichen plötzlichen Herztodesfälle von 11.000 bis 14.000 (Berechnungen beiliegend) signifikant, unter anderem durch die verbesserte Ausbildung des Sanitätspersonals, gesenkt werden kann; vor allem auch dadurch, daß dieser Rettungssanitäter auch in verstärktem Maße in die Ausbildung der Laien-HLW eingebunden werden kann.

Somit ist dieser Bericht als Basis für alle weiteren Aktivitäten hinsichtlich des Sanitätspersonals anzusehen."

© copyright by Ö.A.G.W. 1993.

12 EXKURS

12.1 GEGENÜBERSTELLUNG DER AUSBILDUNG UND DER KOMPETENZEN DES DIPLOMIERTEN KRANKENPFLEGEPERSONALS VERSUS DIPLOMIERTER RETTUNGSASSISTENT (DRA)

Die derzeit geltende Fassung des Ärztegesetzes besagt im § 22 Abs. 1, daß sich der Arzt zur Ausübung seiner Tätigkeiten *"Hilfspersonen bedienen kann, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln"*. Unter dieses sgn. Hilfspersonal fällt u.a. das **diplomierte Krankenpflegepersonal**, dessen Ausbildung und Kompetenzen im Krankenpflegegesetz geregelt sind. Die legistische Situation betreffend das nichtärztliche **Sanitätspersonal** wird ebenfalls im Krankenpflegegesetz geregelt. Es gibt jedoch sehr starke qualitative Unterschiede in der Ausbildung des "Hilfspersonals". Während das Krankenpflegepersonal eine dreijährige Ausbildung im Ausmaß von ca. 4500 Stunden genießt, beträgt die Ausbildungsdauer des nichtärztlichen Sanitätspersonals nur 135 Stunden.

Vom nichtärztlichen Sanitätspersonal wird eine annähernd gleiche Leistung erwartet wie vom diplomierten Krankenpflegepersonal, jedoch unter oft äußerst mißlichen Umständen. Durch den Ausbau des Notarztsystems beginnt die Therapie des Notfallpatienten bereits am Notfallort, wodurch vom nichtärztlichen Sanitätspersonal Tätigkeiten zu leisten sind, die die derzeitige Rechtslage nicht einmal dem diplomierten Krankenpflegepersonal erlaubt. Angesichts des gestiegenen Anforderungsprofils hat sich deshalb die Notwendigkeit ergeben, die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals neu zu definieren. Daraus ergab sich eine bedeutende Erweiterung des zeitlichen Ausbildungsrahmens auf drei Jahre und eine drastische qualitative Anhebung des Lehrzielkataloges. Die in der Folge dargestellte Gegenüberstellung zur Ausbildung des diplomierten Krankenpflegepersonals soll diese qualitative Besserstellung in Richtung der als vorzüglich ausgebildet geltenden Spitzenkräfte des nichtärztlichen Personals verdeutlichen. Eine Gleichstellung von zeitlich und qualitativ schlechter ausgebildeten, nichtärztlichen Sanitätskräften, hier steht beispielsweise eine maximale Ausbildungszeit von 500 Stunden zur Diskussion, wäre unter den gegebenen Anforderungen und unter der derzeitig durchgeführten Diskussion um die Novellierung des Krankenpflegegesetzes ebenso unverständlich wie nicht verantwortbar. Im folgenden wird die derzeitige legistische Situation des Krankenpflegepersonals hinsichtlich Ausbildung, Kompetenzen, Umstiegsmöglichkeiten, Qualitätssicherung und Berufsbild dem Diplomierten Rettungsassistenten gegenübergestellt:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Dipl. Krankenpflegepersonal

Dipl. Rettungsassistent (DRA)

Ausbildung

Dauer 3 Jahre
Abschluß: komm. Diplomprüfung
Absolvierung von Praktika im Krankenhaus begleitend zur theoretischen Ausbildung; schriftliche Klausurarbeit
Allgemeine Krankenpflege:
Theoriestunden insgesamt: 1840 Std.
2. Jahrg.: 830 Std.
3. Jahrg.: 600 Std.
4. Jahrg.: 410 Std.
Praktikumsstunden insg.: 2800 Std.
2. Jahrg.: 600 Std.
3. + 4. Jahrg.: 2200 Std.
Ausbildungsstunden gesamt: 4640 Std.

Kinderkranken- und Säuglingspflege:
Theoriestunden insgesamt: 1850 Std.
2. Jahrg.: 830 Std.
3. Jahrg.: 600 Std.
4. Jahrg.: 420 Std.
Praktikumsstunden insg.: 2800 Std.
2. Jahrg.: 600 Std. (Allg. Krpfl.)
3. + 4. Jahrg.: 2200 Std.
Ausbildungsstunden gesamt: 4650 Std.

Psychiatrische Krankenpflege.:
Theoriestunden insg.: 1850 Std.
1. Ausbildungsjahr: 825 Std.
2. Ausbildungsjahr: 555 Std.
3. Ausbildungsjahr: 470 Std.
Praktikumsstunden insg.:
Psychiatrisches Praktikum gem. § 8 (1) 2. KrpflVO im 2. - 4. Ausbildungsjahr: mind. 2600 Std.
Weiteres Praktikum: 750 Std.
Gesamtstundenumfang mindestens: 5200 Stunden
Weiterbildungsmöglichkeit zur Lehrschwester

Dauer 3 Jahre
Abschluß: komm. Diplomprüfung; Verfassen einer Diplomarbeit; Absolvierung von Praktika auf verschiedenen Stat./Abt./Amb. im Krankenhaus; eigenes Praktikumsjahr (III. Ausbildungsabschnitt)
1. Ausb.-Abschnitt = Rettungssanitäter
Theorie: 320 Std.
KH-Praktikum: 240 Std.
Rettungspraktikum: 480 Std.
1. Ausb.-Abschn. ges.: 1040 Std.
2. Ausb.-Abschnitt = Intensivlehrgang
Theorie: 1120 Std.
Intensivpraktikum: 560 Std.
2. Ausb.-Abschn. ges.: 1680 Std.
3. Ausbildungsabschnitt: Lehrrettungspraktikum
inkl. Intensivlehrg. zur Prüfungsvorbereitung sowie für Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen - ALS: 1680 Stunden
Ausbildungsdauer ges.: 4400 Std.
Weiters gibt es die Möglichkeit, nach der Ausbildung zum DRA unter Einhaltung bestimmter Kriterien (z.B. Dauer der Berufsausübung, etc.) Sonderausbildungen im Bereich des Notfall- und Rettungswesens zu absolvieren, die den DRA für bestimmte Tätigkeiten spezialisieren: z.B.: Dipl. Lehrrettungsassistent, Dipl. Arbeitsmedizinischer Assistent, Dipl. Flugrettungs- und Rettungstransporthubschrauberassistent, etc.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Kompetenzen

Tätigkeitsfeld vorwiegend stationär;
weitgehend selbständiges Handeln
im Sinne des KrpflG mit gesetzlich
definiertem Aufgabengebiet;
untersteht der Sr. Oberin in pflegerischen
und dem Arzt in medizinischen Belangen:

Geplant ist eine Erweiterung des Kompetenzbereiches: z.B. bei:
- Verabreichung v. Infusionen
- Durchf. v. Injektionen i.v.
- Blutabnahme aus der Vene,
- Defibrillation,
- Injektion und Applikation von
- Medikamenten, etc.

Spezialausbildungen müssen zusätzlich zur Diplomprüfung absolviert werden.

Tätigkeitsfeld am Einsatzort;
untersteht dem leitenden Notarzt
des Dispatch-Centres;
Rettungssanitäter:
ausschließl. "soziale" Kompetenzen, wie z.B. psychologische Betreuung der Patienten und Angehörigen,
Inbetriebnahme und Lenken von Sanitätskraftwagen, Erkennen sozialer Bedürftigkeit und Einleiten v. Sozialmaßnahmen, Durchführung einfacher Pflegemaßnahmen. Ist eine Hilfskraft des Notarztes und des Diplomierten Rettungsassistenten (vergleichbar mit früherem SHD im Krankenhaus).
Dipl. Rettungsassistent: ist eine medizinische Assistenzfachkraft, die die qualifizierte Durchführung assistierender lebenserhaltender bzw. lebensrettender Sofortmaßnahmen (ALS) bei Notfallpatienten durchführt: z.B. Überprüfen, Wiederherstellen und Aufrechterhalten der Vitalfunktionen inkl. Defibrillation und Intubation (falls kein Notarzt anwesend ist und insbesondere nach Rücksprache mit dem leitenden Notarzt des Dispatch-Centres); Herstellung der Transportfähigkeit, sachgerechte Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfebedürftiger Personen am Unfallort wie auch während des Transportes zum Krankenhaus und in der Erstaufnahme (siehe Kapitel 7)

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Umstiegsmöglichkeiten

Durch die Anhebung der Qualität der Ausbildung ist gewährleistet, daß im Sinne eines integrierten Ausbildungssystems für Gesundheitsberufe der Umstieg z.B. in den Beruf der Krankenpflegefachkraft gewährleistet ist, sofern die dafür erforderlichen Ergänzungsprüfungen bzw. Ergänzungspraktika absolviert und die betreffenden Prüfungen abgelegt wurden. Durch die Fächeraufteilung im Curriculum des DRA entsprechend den Curricula anderer Gesundheitsberufe steht allen anderen Gesundheitsberufen der Umstieg zum Dipl. Rettungsassistenten offen.

Qualitätssicherung

Untersteht in med. Belangen dem Arzt, in pflegerischen der Pflegedienstleitung.
Dokumentationspflicht,
Fort- und Weiterbildung, etc.

Verpflichtende Fort- und Weiterbildung; Berufsberechtigungspaß; laufende Kontrolle der med., rettungstechnischen und einsatztaktischen Maßnahmen durch Supervisor (= DRA mit Sonderausbildung und langjähriger Berufserfahrung; kein Psychologe!!!); Lizenzierung (Berufsanerkennung) alle zwei Jahre;
Einhaltung von Standards; laufende Qualitätsbeurteilung durch die Auswertung der Einsatzprotokolle (z.B. bei Intubationen). Die DRA handeln nach medizinischen Dienstanweisungen (Standing orders, welche gesetzlich festzulegen sind); Dokumentationspflicht (Einsatzprotokolle), etc.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Berufsbild

gemäß ASVG ja	derzeit hat das Sanitätspersonal den ASVG-Status eines "Hilfsarbeiters" und daher keinerlei soziale Absicherung, z.B. bei "berufsbedingter" Arbeitsunfähigkeit; geplant ist bei adäquater Ausbildung (3jährig) die Anerkennung als Beruf der "Sanitätsfachkraft" und damit verbunden die Absicherung gemäß ASVG.

Der **"Rettungssanitäter"** im Ausbildungskonzept zur **Sanitätsfachkraft** der Ö.A.G.W. stellt den 1. Ausbildungsabschnitt dar, die Ausbildung zum **Diplomierten Rettungsassistenten** wird im zweiten und dritten Ausbildungsabschnitt absolviert. Der "Rettungssanitäter" im Modell der Ö.A.G.W. stellt einen reinen Hilfsberuf dar und hat dadurch in keiner Weise die Kompetenzen des Diplomierten Rettungsassistenten, sondern ist nur auf soziale Dienstleistungen ausgerichtet, wie z.B. die Betreuung Angehöriger am Unfallort sowie unterstützende Maßnahmen für den DRA und den Notarzt als 2. Sanitätsfachkraft am Einsatzmittel.

Die Ausbildung zum **Diplomierten Rettungsassistenten** ist aufgrund der vielfältigen rettungstechnischen, einsatztaktischen und medizinischen Anforderungen so gestaltet, daß eine optimale, den Grundsätzen des modernen Unterrichtes sowie den tatsächlichen Anforderungen in der Praxis folgende Ausbildung jenes Wissen vermittelt, welches vor Ort, also am Einsatzort, erforderlich ist. Der 1. Ausbildungsabschnitt ist die Ausbildung zum Rettungssanitäter, im 2. und 3. Ausbildungsabschnitt erfolgt die Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten (DRA). Den 2. Ausbildungsabschnitt stellt ein theoretisch-praktisches Jahr dar, in welchem sich blockweise theoretischer und praktischer Unterricht abwechseln, um den Ausbildnern die Möglichkeit zu einer praxisnahen Wissensvermittlung zu geben. Die praktische Ausbildung dieses Ausbildungsabschnittes beinhaltet Praktika in Allgemeinpflege, Intensivpflege, Geburtshilfe, Pädiatrie, Unfallchirurgie-Anästhesie, Neurochirurgie-Anästhesie, Anästhesie im OP-Bereich, Kardiologie, Unfallchirurgie, Praktika auf der Intensivstation und ein Rettungspraktikum an einem an ein Krankenhaus gebundenen NAW und einem NAH. Der 2. Ausbildungsabschnitt gliedert sich somit in 28 Wochen theoretische und 14 Wochen praktische Wissensvermittlung bzw. Training.

Der 3. Ausbildungsabschnitt umfaßt ein 12-monatiges Praktikum an einer Lehrrettungsstelle unter Aufsicht eines für den Unterricht Befugten inkl. eines sechswöchi-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

gen Intensivlehrganges zur Prüfungsvorbereitung sowie eines vierwöchigen Intensivlehrganges für "Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen". Während dieser Zeit muß eine Diplomarbeit verfaßt und am Ende des Ausbildungsabschnittes die Diplomprüfung abgelegt werden.

Künftig sollte jedes Einsatzmittel mit zumindest einem dieser hochqualifizierten Sanitätsfachkräfte, den DRA, besetzt sein. Es liegt in der Natur der Notarzteinsätze, daß aufgrund der emotionell untermauerten Anforderung durch Laien aber auch teilgebildetes Personal (Polizei, Feuerwehr) der NAW international gesehen zu etwa einem Drittel zu unrecht angefordert wird. Es kann aber nicht von der Annahme ausgegangen werden, daß deshalb nur ein Drittel der Einsätze durch Rettungsfahrzeug abgedeckt werden kann, da der Nachweis der begründeten oder unbegründeten Anforderung eines NAW sich erst durch die notärztliche Beurteilung am Einsatzort selbst herausstellt. Der KTW ist für den Krankentransport konzipiert. In jedem Fall ist nach dem derzeitigen Standard der NAW aber auch der RTW mit speziell geschulten, hochqualifizierten nichtärztlichen Personen zu besetzen. Dabei ist zumindest ein Ausbildungsumfang zu fordern, wie es für das diplomierte Krankenpflegepersonal vorgeschrieben ist, wobei die besondere fachliche Eignung und Qualifikation und die damit untrennbar in Verbindung stehende hochqualifizierte Ausbildung für den notärztlichen Einsatz gewährleistet zu sein hat, wie sie üblicherweise von speziell ausgebildetem Krankenpflegepersonal in Schockräumen, Notfallaufnahmen, kardiologischen Einheiten u.ä. gefordert wird und somit eine Spezialausbildung darzustellen hat. Genau diese Voraussetzungen waren, wie die Ergebnisse der Forschungsstudie der Ö.A.G.W. zeigen, bei der überwiegenden Mehrheit der geleisteten Einrichtungen und Personen nicht gegeben. Die derzeitige Situation, daß das Notarztsystem und die Krankenbeförderung mehrheitlich von freiwilligen Helfern aufrecht erhalten wird, die aus natürlichen Gründen eine Ausbildung in vollem zeitlichen Umfang nicht erfüllen können, darf nicht Anlaß sein, die geforderte Spezialausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten von vornherein abzulehnen.

Jede angestrebte, kürzere und dadurch qualitativ niedriger stehende Ausbildung bedeutet somit, daß die von der Ö.A.G.W. in Zusammenarbeit mit der ÖÄK und der WÄK, den Sozialpartnern, dem Bundesministerium für Landesverteidigung - Heeressanitätsdirektion, nationalen und internationalen Experten des Notfall- und Katastrophenwesens, etc. geforderten Kompetenzen des DRA nicht erreicht werden können und im Interesse der Patienten auch nicht erteilt werden dürfen.

Dabei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, daß eine bloße Erhöhung der Unterrichtsstunden, die sich weitgehend auf eine Anrechnung von "Dienstzeiten" stützt und dabei hinsichtlich der Lehrinhalte und der Art der Wissensvermittlung sowie in der angeleiteten praktischen Erlernung der Tätigkeiten keine Änderung bzw. Adaptierung an internationale Standards erfährt, nicht von Nutzen sein kann

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

und darf. Diesen Bestrebungen, die aus primär wirtschaftlichen Überlegungen heraus verfolgt werden, daß ein sgn. "Beruf ohne Ausbildung" entsteht, muß nachdrücklich Einhalt geboten und vielmehr eine optimale, den Bedürfnissen des Gesundheitswesens und des Patienten angeglichene Ausbildung gefordert werden. Das nichtärztliche Rettungspersonal ist aufgrund der internationalen Erkenntnisse und Erfahrungen dem diplomierten Krankenpflegepersonal gleichsetzen. Es muß daher eine adäquate und der Ausbildung des Diplomierten Krankenpflegepersonals vergleichbare bzw. ebenbürtige Ausbildung sowie laufende Qualitätssicherung gefordert und gewährleistet werden.

Das diplomierte Krankenpflegepersonal hat nach jahrelangen, heftig diskutierten Verhandlungen nunmehr jene Kompetenzen erlangt, die für eine optimale und zeitgemäße Versorgung des Patienten notwendig sind. Es ist dabei für das diplomierte Krankenpflegepersonal jedoch unumgänglich, eine erweiterte Spezialausbildung für die Ausübung der neu erhaltenen Kompetenzen zu absolvieren. Dadurch beträgt die Ausbildung des diplomierten Krankenpflegepersonals inkl. der Ausbildung zu den nun erweiterten Kompetenzen zukünftig fünf Jahre.

Es sollte daher erklärtes Ziel der Ärzte, des diplomierten Krankenpflegepersonals sowie aller anderen qualifizierten und anerkannten Gesundheitsberufe sein, auch für den neuen Gesundheitsberuf des Diplomierten Rettungsassistenten (dreijährige Ausbildung auf dem Level eines EMA bzw. EMT-P) die gleichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu fordern. Jegliche gesetzliche Kompetenzabgrenzung oder Tätigkeitsbeschränkung der etablierten Gesundheitsberufe wäre Blasphemie, wenn ein sgn. "neuer Gesundheitsberuf", der "Sanitäter", mit einer etwa 500 Stunden umfassenden bis maximal einjährigen Ausbildung, auf die sogar die normale Tätigkeit angerechnet werden soll, die gleichen Voraussetzung schafft, wie eine fünf- oder sechsjährige Ausbildung bzw. ein Hochschulstudium. **Es ist daher im Interesse der Patienten, im Interesse aller qualifizierten Gesundheitsberufe und nicht zuletzt im Interesse aller künftig in diesem neuen Gesundheitsberuf der Sanitätsfachkraft tätigen Personen, eine zeitgemäße, europareife und qualifizierte Ausbildung, die dann auch mit den für den Beruf erforderlichen Kompetenzen und Aufgabengebieten ausgestattet sein soll, zu fordern.** Eine weniger qualifizierte Ausbildung und ein dadurch eingeschränktes Tätigkeitsspektrum würde den Gedanken einer "Gesundheitsreform aller im Gesundheitswesen Tätigen" und die Schaffung eines integrierten Ausbildungsmodells für alle Gesundheitsberufe mit der Möglichkeit zum problemlosen Umstieg zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen nach Ablegung der erforderlichen Anerkennungs- bzw. Ergänzungsprüfungen ad absurdum führen und darüber hinaus das seit Jahren geforderte Berufsbild mit dem damit verbundenen Berufsschutz gemäß dem ASVG zunichte machen. Dem Grundsatz "viribus unitis" entsprechend verfolgen wir daher im Interesse der Patienten, aller Gesundheitsberufe und im Interesse unserer künftigen Partner und Arbeitskollegen, den DRA, eine rasche und vollinhaltliche Umset-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

zung des Ausbildungskonzeptes zur Sanitätsfachkraft nach den Forschungsergebnissen und Empfehlungen der Ö.A.G.W.

12.2 RESÜMEE ZUM AUSBILDUNGSKONZEPT ZUR SANITÄTSFACHKRAFT

Internationale und europäische Standards und Normen sowie die **Europäischen Integrationsbestrebungen** sowie die **Bestrebungen zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit** und der **Wunsch nach einem integrierten modularen Ausbildungssystem für alle Gesundheits- und Sozialberufe** haben zu einer Neuordnung und Umstrukturierung vieler Lebens-, Arbeits- und Ausbildungsbereiche geführt. Die technischen und zivilisatorischen Entwicklungen haben eine steigende Zahl von medizinischen Notfallsituationen sowie ein breites Spektrum von Unfallursachen am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr sowie im Haushalt und in der Freizeit mit sich gebracht. Jährlich sterben abgesehen von anderen Ursachen alleine 4000 Menschen durch Unfälle und 11000 bis 14000 Menschen an plötzlichem Herztod. Rasche und qualifizierte Hilfe würde wesentlich dazu beitragen, daß ca. 520 bis 1000 Unfallopfer und 1600 bis 2100 Opfer an plötzlichem Herzstillstand gerettet werden könnten. Durch die bedeutenden Fortschritte und Entwicklungen auf dem Gebiet der Notfallmedizin und der Reanimation sind für die notfallmedizinische Primärversorgung durch den Rettungs- und Krankentransportdienst die Voraussetzungen für eine oft lebensrettende und wirksame Hilfeleistung geschaffen worden.

Folgende Umstände haben die **Österreichische Akademie für Gesundheitswesen** bewogen, sich näher mit dem Rettungswesen, insbesondere der **Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals**, zu beschäftigen:

- im Gegensatz zu den Ausbildungskonzepten anderer nichtärztlicher Gesundheitsberufe ist jenes des hauptamtlich tätigen Sanitätsgehilfen äußerst unzureichend: mit **nur 135 Stunden Ausbildung** (Abschluß: Sanitätsgehilfenprüfung), zu der er zwei Jahre während der "Berufstätigkeit" Zeit hat, soll der Sanitätsgehilfe laut derzeit gültigem Gesetz adäquate Hilfe für den Notarzt und ausreichend ausgebildet für den Einsatz alleine am Rettungswagen tätig sein;

- die Ausbildung des derzeit freiwillig tätigen Personals liegt im Durchschnitt zwischen 70 und 80 Stunden, die durchschnittliche Anzahl der Dienste pro Monat beträgt 3 Dienste. Dieses Personal versieht den Dienst ebenso wie die Hauptamtlichen, jedoch mit wesentlich weniger Ausbildung und vor allem mit weniger Praxis;

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- dies bedeutet, daß oft **unzureichend ausgebildetes Personal zum Einsatz kommt**;

- der derzeitige soziale Status eines hauptamtlich im Sanitätsdienst Tätigen ist gemäß ASVG der eines Hilfsarbeiters: es gibt derzeit noch **kein Berufsbild nach dem ASVG**, nach welchem der im Sanitätsdienst Tätige z.B. Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitspension hätte;

- dementsprechend gering ist das Interesse an der Ausübung eines solchen "Berufes" und vor allem die Motivation des derzeit tätigen Personals;

- **im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern ist die Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals in Österreich inadäquat**: sie ist nicht den Standards des European Councils und der World Health Organization (WHO) angepaßt; sogar "ehemalige Ostblockstaaten", wie z.B. Ungarn, weisen eine dreijährige Basisausbildung in Bereich des nichtärztlichen Sanitätspersonals mit Möglichkeit zu einem anschließenden Hochschulstudium im Rettungswesen auf;

- die Organisation des Rettungsdienstes in Österreich entspricht ebenfalls nicht den internationalen Standards: **zu lange Anfahrtszeiten** (durchschnittlich 25 bis 30 Minuten), obwohl alle Trägerorganisationen danach trachten, die 15-Minuten-Grenze zu erreichen: selbst diese 15 Minuten sind im internationalen Vergleich ein Wert, der unbedingt auf 3 bis 5 Minuten herabgesetzt werden muß, um dem Patienten z.B. bei plötzlichem Herzstillstand noch helfen zu können;

- derzeit werden von den Versicherungsträgern enorme Summen für lange Krankenhausaufenthalte und Krankenstände, Rehabilitation, Berufsunfähigkeitspensionen, etc. ausgegeben. Dieser Umstand könnte gemildert werden, wäre rasch adäquate qualifizierte Hilfe an Ort und Stelle, um - zum Teil irreversible - Folgeschäden zu verhindern und somit zur finanziellen Entlastung der Versicherungsträger beizutragen.

In Kenntnis der obenstehenden Mißstände hat die Ö.A.G.W. eine österreichweite Berufsfeldstudie bei den freiwilligen und hauptamtlichen Mitarbeitern der Rettungsorganisationen durchführen lassen, bei welcher die Befragten auch ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen kundtun konnten. Es zeigte sich, daß das nichtärztliche Personal zwar sehr motiviert ist, jedoch eklatante Unterschiede in der Ausbildung und praktischen Tätigkeit sowie in der Homogenität der Notfallversorgung in Österreich bestehen. Diese Situation wurde selbst von den Betroffenen erkannt:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- so sprechen sich 96 % der Befragten für einheitliche Lehrinhalte, 95 % für einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien, 95 % für mehr Praxis als bisher, 91 % für einheitliche Aufnahmebedingungen, 89 % für die Einführung eines Eignungstestes vor der Ausbildung, 88 % für besser qualifizierte Vortragende, 88 % für mehr Stunden als bisher, 86 % der Hauptamtlichen und 76 % der Freiwilligen für die Einführung eines Fort- und Weiterbildungspasses und 62 % für andere Inhalte als bisher aus.

Insbesondere aus dem Umstand heraus, daß Österreich in absehbarer Zukunft der EU beitreten möchte, ist es umso dringlicher, ein Ausbildungskonzept zu verwirklichen, das allen Anforderungen des European Council's gerecht wird, die Wünsche und Forderungen des nichtärztlichen Sanitätspersonals selbst berücksichtigt und zum Wohl des Patienten gestaltet ist:

- eine **dreijährige Ausbildung mit entsprechenden Lehrinhalten und vor allem ausreichenden Praktika**, die ein sicheres Handeln in jeder Situation und eine begleitende Qualitätssicherung gewährleisten;

- eine Ausbildung, die das Rettungspersonal in die Lage versetzt, Verunfallte und akut erkrankte Personen am Leben zu erhalten und deren **sicheren Transport, das heißt den Transport mit entsprechender notfallmedizinischer Primärversorgung des Patienten, in das Zielkrankenhaus durchzuführen**;

- eine Ausbildung, die das Personal in die Lage versetzt, auch **eigenständig**, d. h. wenn z.B. kein Notarzt verfügbar ist oder erst später am Ort des Geschehens eintrifft, **Maßnahmen zu treffen, die das Leben des Patienten retten bzw. erhalten** (wie z.B. Defibrillieren, etc.);

- eine Ausbildung für den Diplomierten Rettungsassistenten, die jener des diplomierten Krankenpflegepersonals entspricht und **um die besonderen Kenntnisse der präklinischen Notfallmedizin erweitert und insbesondere auf die praktischen Erfordernisse ausgerichtet ist;**

- eine **Ausbildung im Modulsystem**, die dem nichtärztliche Sanitätspersonal auch die Möglichkeit bietet, in andere Gesundheitsberufe umzusteigen; dies ist insbesondere von Vorteil, da z.B. Personal, welches infolge seiner Tätigkeit unter berufsbedingten Erkrankungen (z.B. Wirbelsäulenschaden) leidet, z.B. in Ambulanzen von Aufnahmestationen eingesetzt werden kann und somit zur Entlastung des Pflegepersonals führt. Umgekehrt soll selbstverständlich auch dem diplomierten Krankenpflegepersonal der Zugang zum Berufsbild der Sanitätsfachkraft offenstehen (z.B. Intensiv-Schwester/Pfleger);

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- eine Ausbildung, **die den Freiwilligen weiterhin die Möglichkeit bietet, aktiv im Rettungsdienst tätig zu sein** und eine den internationalen Standards entsprechende Ausbildung zu erhalten;

- ein eigenes Berufsbild für die Personengruppe des hauptamtlich tätigen Sanitätspersonals, die sie mit den anderen Gesundheitsberufen gleichstellt: **Anerkennung der Tätigkeit als Beruf nach dem ASVG und damit verbundener Berufsschutz**.

Deshalb hat die Österreichische Akademie für Gesundheitswesen (Ö.A.G.W.) mit Unterstützung der AUVA und des Jubiläumsfonds der OeNB und in Zusammenarbeit mit dem ÖGB/HTV, der BWK, der AK, der WÄK, dem Bundesheer sowie vielen anderen nationalen und internationalen Experten, Institutionen, Ministerien und Organisationen aufgrund einer umfassenden IST-Zustandserhebung, eines internationalen Systemvergleiches sowie einer österreichweiten Berufsfeldstudie die Anforderungen und Voraussetzungen an das nichtärztliche Sanitätspersonal im Rettungsdienst, die Sanitätsfachkraft (SFK), neu definiert und ein ***europareifes, integriertes Ausbildungsmodell und ein Berufsbild für die Sanitätsfachkräfte (Emergency Medical Assistant) entsprechend den Zielsetzungen der WHO und des European Council's entwickelt***. Das Ausbildungskonzept zur Sanitätsfachkraft, dem nichtärztlichen Rettungsdienstfachpersonal, das für die Erfüllung der vielfältigen rettungsdienstlichen Aufgaben und notfallmedizinischen, rettungstechnischen, einsatztaktischen, sozialen und pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der präklinischen Notfallversorgung ausgebildet werden soll, beinhaltet die Ausbildung zum Rettungssanitäter (RS) und zum Diplomierten Rettungsassistenten (DRA) sowie diverse Zusatzqualifikationen. Die Basisstufe stellt der Rettungssanitäter (RS) als Hilfspersonal der DRA und Notärzte mit primärer Aufgabe zur pflegerischen und sozialen Betreuung der Patienten dar. Die Ausbildung zum DRA, einer qualifizierten, medizinischen Assistenzfachkraft, die zur Durchführung assistierender lebensrettender Maßnahmen (ALS) befähigt sein soll, ist dreijährig und wurde auf der Grundlage internationaler Erfahrungen und europäischer Vorstellungen hinsichtlich des 'Emergency Medical Assistant' in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Experten und Institutionen des Notfall- und Rettungswesens entwikkelt. Die Sanitätsfachkraft, insbesondere der Diplomierte Rettungsassistent (= Emergency Medical Assistant) im Bereich der präklinischen Notfallmedizin ist das Pendant zur diplomierten Krankenpflegekraft im Krankenhausbereich, wobei die Sanitätsfachkraft mit dem Management der Notfallsituationen unter erschwerten Bedingungen am Notfallort vertraut sein muß und nicht auf die schützende Hand der Klinik und die damit verbundene permanente Erreichbarkeit der ärztlichen Hilfe zurückgreifen kann. Dementsprechend muß die Ausbildung und das Tätigkeitsspektrum des DRA auch diesen Anforderungen angepaßt sein und der DRA in der Lage sein, bis zum Eintreffen qualifizierterer Hilfe durch den Notarzt oder bis zum Eintreffen im Krankenhaus die geeigneten "Assistierenden Lebensrettenden Sofort-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

maßnahmen - ALS" zu setzen. Die Ausbildung zur Sanitätsfachkraft sollte grundsätzlich sowohl den hauptamtlichen als auch dem freiwilligen Personal offen stehen, wobei jedoch von allen die gleichen Voraussetzungen erfüllt werden müssen.

Die Ausbildung kann auf folgenden Wegen absolviert werden:

1) nach dem Stufenmodell:

Hier absolviert der Interessierte zuerst die im Modulsystem gegliederte 560-stündige **Ausbildung zum Rettungssanitäter**. Voraussetzung ist das vollendete 18. Lebensjahr und eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Ausbildung zum Rettungssanitäter kann selbstverständlich auch von Freiwilligen im Rahmen von Abendkursen oder Wochenendseminaren sowie Blockveranstaltungen absolviert werden.

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter umfaßt 320 Stunden Theorie und 240 Stunden Krankenhauspraktikum. Zuzüglich müssen 150 Ausfahrten nachgewiesen werden. Ist dies nicht möglich, so sind 12 Wochen praktische Tätigkeit unter Aufsicht und Anleitung einer Lehrperson zu absolvieren, davon bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen 6 Wochen als Pflegepraktikum. Die Ausbildung schließt mit der staatlichen Abschlußprüfung zum Rettungssanitäter ab.

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter stellt zugleich den ersten Ausbildungsabschnitt zur Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten dar.

Besteht während der Tätigkeit als Rettungssanitäter der Wunsch zur Weiterbildung, kann im Stufenmodell nach einer mindestens einjährigen Vollzeittätigkeit bzw. dreijährigen Teilzeitbeschäftigung die **Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten** absolviert werden. Sie umfaßt im zweiten Ausbildungsabschnitt 1120 Stunden theoretisch-praktische Ausbildung sowie ein 560-stündiges Intensivpraktikum. Im dritten Ausbildungsabschnitt ist ein 1680-stündiges Lehrrettungspraktikum zu absolvieren. Dieses Lehrrettungspraktikum enthält ein sechswöchiges Intensivpraktikum zur Prüfungsvorbereitung und einen vierwöchigen Intensivlehrgang für "Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen - ALS". Nach Verfassen einer Diplomarbeit kann die kommissionelle Abschlußprüfung zum Diplomierten Rettungsassistenten abgelegt werden.

2) nach dem Schulmodell:

Die gleiche Ausbildung zur Sanitätsfachkraft kann nach der vollendeten 10. Schulstufe im **Schulmodell** absolviert werden.

Die logischen Forderungen seitens der derzeit hauptamtlich Tätigen im Sanitätsdienst und der Ö.A.G.W. an die verantwortlichen Gesundheitspolitiker beinhalten insbesondere folgende Maßnahmen:

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

- **Schaffung entsprechender legistischer Rahmenbedingungen (Sanitätsfachkräftegesetz, Ausbildungsordnung, Rettungsdienstgesetze), die diesen Forderungen gerecht werden und ein Handeln zum Wohle des Patienten ermöglichen**;

- **Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen zur Ausbildung der Sanitätsfachkraft**. Dem volkswirtschaftlichen Schaden sowie den Kosten seitens der Versicherungsträger im Ausmaß von ca. 4,9 Milliarden Schilling stehen Ausbildungs- und Mehrkosten im Sinne des neuen Berufsbildes in der Höhe von ca. 200 Millionen Schilling gegenüber. **Der volkswirtschaftliche Nutzen ist hier nicht zu übersehen**;

- **ehebaldigste Etablierung des Ausbildungskonzeptes der Ö.A.G.W., um den internationalen und EU-Standards gerecht zu werden** und um den eingegangenen Verpflichtungen gemäß der WHO-Zielsetzung "Gesundheit 2000" zu erfüllen um zu gewährleisten, daß wir nicht zum Schlußlicht in der präklinischen Versorgung der Notfallpatienten werden, sondern richtungsweisend und beispielhaft sowie von den anderen Ländern der EU lernend agieren.

Es liegt in der Natur der Notarzteinsätze, daß aufgrund der emotionell untermauerten Anforderung durch Laien aber auch teilgebildetes Personal (Polizei, Feuerwehr) der NAW international gesehen zu etwa einem Drittel zu unrecht angefordert wird. Es kann aber nicht von der Annahme ausgegangen werden, daß deshalb nur ein Drittel der Einsätze durch Rettungsfahrzeug abgedeckt werden kann, da der Nachweis der begründeten oder unbegründeten Anforderung eines NAW sich erst durch die notärztliche Beurteilung am Einsatzort selbst herausstellt. Der KTW ist für den Krankentransport konzipiert. In jedem Fall ist nach dem derzeitigen Standard der NAW aber auch der RTW mit speziell geschulten, hochqualifizierten nichtärztlichen Personen zu besetzen. Dabei ist zumindest ein Ausbildungsumfang zu fordern, wie es für das diplomierte Krankenpflegepersonal vorgeschrieben ist, wobei die besondere fachliche Eignung und Qualifikation und die damit untrennbar in Verbindung stehende hochqualifizierte Ausbildung für den notärztlichen Einsatz gewährleistet zu sein hat, wie sie üblicherweise von speziell ausgebildetem Krankenpflegepersonal in Schockräumen, Notfallaufnahmen, kardiologischen Einheiten u.ä. gefordert wird und somit eine Spezialausbildung darzustellen hat. Genau diese Voraussetzungen waren, wie die Ergebnisse der Forschungsstudie der Ö.A.G.W. zeigen, bei der überwiegenden Mehrheit der geleisteten Einrichtungen und Personen nicht gegeben. Die derzeitige Situation, daß das Notarztsystem und die Krankenbeförderung mehrheitlich von freiwilligen Helfern aufrecht erhalten wird, die aus natürlichen Gründen eine Ausbildung in vollem zeitlichen Umfang nicht erfüllen können, darf nicht Anlaß sein, die geforderte Spezialausbildung von vornherein abzulehnen.

© copyright by Ö.A.G.W., 1993. Seite - 572 -

ANHANG: ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

In der Folge werden gängige internationale und durch die neue Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten (DRA) begründete Abkürzungen angeführt. Bei Berufsbezeichnungen wird der Einfachheit halber die männlichen Formen verwendet.

ALS	Assistierende Lebensrettende Sofortmaßnahmen
ALS	Advanced Life Support
AHA	American Heart Association (Amerikanische Herz-Liga)
ATLS	Advanced Trauma Life Support (erweiterte lebenserhaltende Maßnahmen)
BBP	Berufsberechtigungspaß
BLS	Basic Life Support (lebensrettende Basismaßnahmen)
BCLS	Basic Cardiac Life Support (lebensrettende Basismaßnahmen betreffend das kardiale System)
BTLS	Basis Trauma Life Support (erweiterte lebensrettende Basismaßnahmen der Traumaversorgung - siehe ATLS)
CAD	Computer Assisted Dispatching
CAND. DRA	Rettungssanitäter in Ausbildung zum Diplomierten Rettungsassistenten
CCU	Coronary Care Unit (Herzintensivstation)
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation (Herz-Lungen-Wiederbelebung - HLW)
DAMA	Diplomierter Arbeitsmedizinischer Assistent
DC	Dispatch-Centre
DFRA	Diplomiertert Flugrettungs- und Rettungstransporthubschrauber-Assistent
Dipl. GRSM	Diplomierter Gesundheits-, Rettungs- und Sprengelmanager
Dipl. HUVA	Diplomierter Hygiene- und Unfallverhütungs-Assistent
Dipl. ODCA	Diplomierter Organisations- und Dispatch Centre Assistent
DLRA	Diplomierter Lehrrettungsassistent
DOT	Department of Transportation (U.S. Verkehrsministerium in Washington D.C.)
DRA	Diplomierte Rettungsassistent
DSVA	Diplomierter Supervisionsassistent (Supervisor)
HLW	Herz-Lungen-Wiederbelebung (CPR)
EMA	Emergency Medical Assistant
EMD	Emergency Medical Dispatching (Qualifizierte Notrufannahme)
EMT	Emergency Medical Technician
EMT-A	Emergency Medical Technician-Ambulance

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

EMT-C	Emergency Medical Technician-Cardiac
EMT-P	Emergency Medical Technician-Paramedic
ER	Emergency Room (Notaufnahme)
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
ICU	Intensive Care Unit (Intensivstation)
KTW	Krankentransportwagen
Leit. DLRA	Leitender Diplomierter Lehrrettungsassistent
Leit. LRS	Leitender Lehrrettungssanitäter
LNA	Leitender Notarzt
LRS	Lehrrettungsstelle
LRW	Lehrrettungswagen
MWD/GM	Medizinisch-wissenschaftlicher Direktor und Generalmanager
NA	Notarzt
NAH	Notarzthubschrauber
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
O.DRA	Diplomierter Offiziers-Rettungsassistent
ÖRAK	Österreichische Rettungsakademie
PBLS	Pediatric Basis Life Support (lebensrettende Basismaßnahmen bei pädiatrischen Notfällen auf Ersthelferniveau)
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support (erweiterte lebensrettende Maßnahmen der präklinischen Traumaversorgung)
PLS	Pediatric Life Support (erweiterte lebensrettende Maßnahmen bei pädiatrischen Notfällen)
RH	Rettungshelfer
RLS	Rettungsleitstelle
RN	Registered Nurse (Krankenpflegepersonal)
RS	Rettungssanitäter
RSS	Rettungssanitäterschule
RTW	Rettungswagen
SFG	Sanitätsfachkräftegesetz
SFK	Sanitätsfachkraft
SIDS	Sudden Infant Death Syndrom (plötzlicher Kindstod)
SMA	Standardisierte Medizinische Anweisungen
SOP	Standing Operating Procedures
UO.DRA	Diplomierter Unteroffiziers-Rettungsassistent
WHO	World Health Organization

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

LITERATURVERZEICHNIS

Ahnefeld, F. W.: Die Organisation der Notfallmedizin - Notarztwagen und Hubschrauberdienst. In: Notfallmedizin für die Praxis. In: Beiträge zur Anästhesiologie und Intensivmedizin. Schriftenreihe "Beiträge zur Anaesthesiologie und Intensivmedizin des Ludwig Boltzmann-Institutes für experimentelle Anaesthesiologie und intensivmedizinische Forschung", Band 9, Hrsg.: Bergmann, H. und Kramar H., Verlag Wilhelm Maudrich, Wien - München - Berlin, 1984

Ahnefeld, F. W.: Interdisziplinärer Workshop "Bestandsaufnahme Rettungsdienst". Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Ulm, 1992

Ahnefeld, F. W.: Notfallmedizin und Rettungsdienst - ein Rück- und Ausblick. In: Notfallmedizin - Historisches und Aktuelles. Abdruck der Referate zur 19. Jahrestagung der Sektion Rettungswesen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Hrsg.: Ahnefeld, F. W., Brandt, L. und Safar, P., Laerdal, Ulm, 1991

Ahnefeld, F. W.: Notfallpatienten klagen an. In: Helft helfen. Mitteilungsblatt des DRK - Landesverband Nordrhein e.V. 11 (1971) und 1/2 (1972). In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen

Ahnefeld, F. W.: Stellungnahme im Rahmen der Befragung zur Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst durch die Ö.A.G.W. Ulm, 1992.

Ahnefeld, Friedrich Wilhelm, **Brandt**, Ludwig und **Safar**, Peter (Hrsg.): Notfallmedizin - Historisches und Aktuelles. Abdruck der Referate zur 19. Jahrestagung der Sektion Rettungswesen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Laerdal, Ulm, 1991

Ahnefeld, F. W., **Geistler**, A., **Rossi**, R.: Zusammenfassender Bericht der Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops vom 21. bis 23. November 1990 in Ulm/Neu-Ulm. In: Der Notarzt. Notfallmedizinische Informationen. Hrsg.: Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands (BAND) in Zusammenarbeit mit der Vereinigung Schweizer Notärzte (VSN). 9. Jahrgang, Heft 1/93. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York, 1992, S. 16 ff.

Aigner, Gerhard und **List**, Wolfgang: Ärztegesetz 1984. Hrsg.: Aigner und List, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien, 1985

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Albert, M.: Prospektive Studie der Hilfeleistung bei Notfallpatienten - Vergleichende Untersuchungen anhand des Obduktionsbefundes. Diss. Würzburg, 1979. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen

Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V. (Hrsg.): Helfen ist unsere Aufgabe. Informationsbroschüre, Druckhaus Lübbe GmbH & Co., Bergisch Gladbach, 1991

Arnold, Norbert: EMD - Emergency Medical Dispatching - eine qualifizierte Notrufannahme. In: Emergency Medical Service: Paramedic - USA. Stumpf & Kossendey, Edewecht, 1988

Arnold, Norbert: Emergency Medical Service: Paramedic - USA. Stumpf & Kossendey, Edewecht, 1988

Arnold, Norbert: Rettungsdienst in Deutschland: Wie Rettungsdienst sich den vielfältigen strukturellen Anforderungen stellt. Hrsg.: Stumpf & Kossendey, Edewecht, 1993

ASTM - American Society for Testing and Materials: Standard Practice for Emergency Medical Dispatch. In: Annual Book of ASTM Standards, ASTM Designation: F 1258 - 90, Philadelphia, 1990

AUVA - Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Hrsg.): Pilotstudie Hubschrauber-Rettung Salzburg. Ergebnisbericht. AUVA, Wien, 1987, S. 19ff.

AUVA - Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Hrsg.): Europäisches Jahr der Sicherheit und Gesundheit in Österreich. "Gemeinsam sicher". Info-Mappe. AUVA. Wien, 1992

AUVA - Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Hrsg.): "Gemeinsam sicher". Erfolgsbilanz per 1. 2. 1993 anläßlich des Europäischen Jahres der Sicherheit und Gesundheit in Österreich. AUVA. Wien, 1993

BÄK - Bundesärztekammer: Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst. Köln, 1993

Bartels, Friedhelm: Rettungsassistent - quo vadis? Referat anläßlich der 12. DIVI-Sektionstagung am 22./23. 5. 1992 in Saarbrücken. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Stumpf & Kossendey, 15. Jg., Heft 10, Edewecht, 1992, S. 769ff

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

BASt - Bundesanstalt für Straßenwesen: Untersuchungen zum Rettungswesen. Bericht 30: Ablauf von Notfalleinsätzen im Rettungsdienst. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Straßenwesen. Bereich Unfallforschung. Hrsg.: Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt), Bergisch Gladbach, 1992

BASt - Bundesanstalt für Straßenwesen: Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 7: Organisation und Kosten des Rettungsdienstes; Teil II: Leistungen, Kosten und Finanzierung des Rettungsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bereich Unfallforschung, 2. Auflage. Hrsg.: Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt), Köln, 1982, S. 57

Baumgartner, Egmont: Vorwort, In: Arbeitsmedizinischer Assistent: Berufsbild - Lehrzielkatalog - Ausbildungsplan. Hrsg.: Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, Klosterneuburg, 1991

Bergmann, H. und **Kramar** H.: Notfallmedizin für die Praxis, In: Beiträge zur Anästhesiologie und Intensivmedizin. Schriftenreihe "Beiträge zur Anaesthesiologie und Intensivmedizin des Ludwig Boltzmann-Institutes für experimentelle Anaesthesiologie und intensivmedizinische Forschung", Band 9, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien - München - Berlin, 1984

Bergmann, H., **Kotzaurek**, R., **Leitner**, H., **Steinbereithner**, K.: Die Organisation der Notfall- und Katastrophenmedizin. Schriftenreihe "Beiträge zur Anaesthesiologie und Intensivmedizin des Ludwig Boltzmann-Institutes für experimentelle Anaesthesiologie und intensivmedizinische Forschung", Band 13, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien - München - Berlin, 1985

Bledsoe, Bryan, A., **Porter**, Robert, S. und **Shade**, Bruce, R.: Paramedic Emergency Care. Brady Book, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1991

BMfGSK (Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz) **und ÖSTAT** (Österreichischen Statistischen Zentralamt): Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich, Tab. 50 (S. 143*) und Tab. 5 (Anhang, S. 265*). Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (BMfGSK) in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Statistischen Zentralamt (ÖSTAT), Wien, 1990, 1991

BMfGSK (Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz) **und ÖSTAT** (Österreichischen Statistischen Zentralamt): Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich, Tabelle 5J. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (BMfGSK) in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Statistischen Zentralamt (ÖSTAT), Wien, 1992, 1993

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Bossaert, Leo: The Complexity of Comparing Different EMS Systems - A Survey of EMS Systems in Europe. In: Annals of Emergency Medicine. Journal of the American College of Emergency Physicians and the Society for Academic Emergency Medicine. Vol. 22, No. 1, 1993

Boyd, David, R.: The United States Emergency Medical Services Systems Act. Department of Health and Human and Services. 5600 Fishers Lane, Rockville, MD, USA, 1973

Brandt, L.: Wo liegen die Wurzeln des modernen Reanimationsgedankens? In: Notfallmedizin - Historisches und Aktuelles. Abdruck der Referate zur 19. Jahrestagung der Sektion Rettungswesen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Hrsg.: Ahnefeld, F. W., Brandt, L. und Safar, P., Ulm, 1991

Brockhaus - Enzyklopädie in 24 Bänden, Band IV, Hrsg.: F.A. Brockhaus, Wiesbaden, 1988

Brown, D. B.: Proxy Measures in Accident Countermeasure. Evaluation: A Study of Emergency Medical Services. In.: Journal of Safety Research, Vd. 11, 1979, No. 1

Buchfelder, M., **Strobel**, E.: Fragensammlung für den Rettungsdienst. - Die große Erfolgskontrolle. Hofmann-Verlag GmbH, Augsburg, 1990

Bundeskanzleramt: "Freie Berufe - Gesundheitsberufe". Schriftenreihe Europa - Wir sind Europa. Europainitiative der Bundesregierung, Bundeskanzleramt, Abtl. IV/5, Wien, 1992

Bundesministerium für Inneres (BMI): Hilfe aus der Luft. Eine Information des Bundesministerium für Inneres. Hrsg.: Bundesministerium für Inneres (BMI), 1. Auflage, 1988

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit: Europäischer Notfall-Ausweis - ENA. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v. d. Linnepe, Hagen, Ergänzung 3/1987

Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung gemäß der Entschließung des Nationalrates vom 10. Nov. 1983 über den Modellversuch eines gemeinsamen Hubschrauber-Rettungsdienstes, Wien 1987/88, S. 37

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Bundeswirtschaftskammer - BWK: Österreich und die Europäischen Gemeinschaften. Europäische Normung. In: der Schriftenreihe "Ja zu Europa, eine Initiative der Bundeswirtschaftskammer". Hrsg.: BWK. 1. Auflage, 1993

Bundeswirtschaftskammer - BWK: Stellungnahme zum geplanten Berufsbild der Sanitätsfachkraft - die verbesserte Ausbildung des nichtärztlichen Rettungssanitäts-Personals. Wien, 1993

Bund-Länderausschuß "Rettungswesen": Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst vom 20. September 1977

Cara, M.: Tentative Classification of Emergency Situations. In: Planing and Organisation of Emergency Medical Services / EURO Report and Studies 35, Hrsg.: World Health Organisation, Copenhagen, 1981

Caroline, Nancy L.: Emergency Care in the Streets. Little, Brown and Company (Inc.) Publication, Boston-Toronto-London, 1979, 1983, 1986, 1991

CBO-WHO (CBO=Nationale Organisation für Qualitätssicherung im Krankenhaus in den Niederlanden; WHO=World Health Organisation): Lexikon der Qualitätssicherung. Definition des Collaborating Centre for Quality Assurance on Health Care und der World Health Organisation (Hrsg.), Utrecht, 1989/90

Ciharova, Katarina: Stellungnahme im Rahmen der Befragung der ÖAGW, Prag, 1993

Champion and **Mabee**: An American Crisis in Trauma Care Reimbursement. In: Emergency Medical Services, U.S. Department of Transportation (Eds.), Washington, DC, 1990

Chlan, Ernst: Rechtliche Grundlagen der ambulanten Notfallversorgung. In: Leitner, H., Danmayr, E. und Friedsam, B.: Ambulante Notfallversorgung in Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.), Wien, 1983, S. 13 - 14.

CEN - Europäisches Komitee für Normung (European Committee for Standardization - Comité Européen de Normalisation - CEN): Annual Report 1991. Hrsg.: CEN, Brüssel, 1991

CEN - Europäisches Komitee für Normung (European Committee for Standardization - Comité Européen de Normalisation - CEN): DOC. CEN/TC 239/WG 1, N 52, November 1992

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

CEN - Europäisches Komitee für Normung (European Committee for Standardization - Comité Européen de Normalisation - CEN): Specifications for stretchers and other patient handling equipment used in ambulances. DOC. CEN/TC 239/WG 2, N 44, 18. März 1993

CEN - Europäisches Komitee für Normung (European Committee for Standardization - Comité Européen de Normalisation - CEN): Medical vehicles and their equipment; ambulances. DOC. CEN/TC 239/WG 1, N 66, Mai 1993

Clawson, Jeff and **Dernocoeur**, Kate Boyd: Principles of Emergency Medical Dispatch. Brady, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1988

Cobb, Leonhard A., **Werner**, J.A., **Troubaugh**, G.B.: Sudden cardiac death. A decade's experience with out of hospital resuscitation. Modern concepts of cardiovasc Disease (Amer Heart Assoc) 49/6,7:1, 37, 1980

Contzen, H.: Zum Problem der Vorbeugung und Verhütung von Verkehrsunfällen und deren Folgen. In: ZVS 19. Jg. 1973. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen

Council of Europe: Comparative study of the organisation and functioning of emergency medical assistance services, In: Co-ordinated medical research programme. Hrsg.: Council of Europe, Publications and Documents Division, Strasbourg, 1990

Der illustrierte Ploetz. Weltgeschichte in Daten und Bildern von den Anfängen bis zur Gegenwart. Verlag Ploetz KG, Würzburg 1973

Deutscher Bundestag: Unfallverhütungsbericht - B. Rettungswesen 1989. Übersicht über die vorhandenen Einrichtungen und die Weiterentwicklung des Rettungswesens. 11. Wahlperiode, Drucksache 11/7344, Bonn, 1990

Deutscher Bundestag: Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 1991 - Übersicht Rettungswesen. Bericht des Bundesminister für Verkehr über Maßnahmen auf dem Gebiet der Unfallverhütung im Straßenverkehr für die Jahre 1990 und 1991. 12. Wahlperiode, Drucksache 12/3102, Bonn, 1992

Domres, B. und **Steiner**, E.R.: Notfallmedizin im Vereinigten Europa. Die prähospitale Versorgung von Schwerkranken und Verletzten: Wer? Wieviel? Welcher Transport?. Vortrag auf dem Symposium der Royal Society of Medicine vom 27. - 28. September 1991 in London. In: Der Notarzt, Heft 9, 1993, S. 37 - 42

Donabedian, A.: Evaluating the Quality of Medical Care, etc. In: Krankenhausbetriebslehre, Theorie und Praxis der Krankenhaus - Leistungsrechnung, Band III,

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Hrsg.: Eichhorn, S., Verlag W. Kohlhammer GmbH., Köln - Stuttgart - Berlin - Mainz, 1987

DRK - Deutsches Rotes Kreuz: Grundanforderungen an die Qualität der präklinischen Notfallversorgung in einem geeinten Europa aufgrund der Erfahrungen der Rotkreuz - Gesellschaften; Stellungnahme des DRK bei der First PECEMS BUDAPEST - The First Pan - European Conference on Emergency Medical Services vom 30. 8. - 3. 9. 1992 in Budapest. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v. d. Linnepe, Hagen, Ergänzung 4/92

DRK - Deutsches Rotes Kreuz: Konsequenzen des Europäischen Binnenmarktes auf den Rettungsdienst. In. Retten und helfen - über Grenzen hinweg; Kongreßbericht des 7. Rettungskongresses des DRK in Saarbrücken vom 9. - 12. 5. 1990, Hrsg.: Präsidium des DRK, Bonn, 1992

DRK - Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation: Das Personal im Rettungsdienst. In: Retten und helfen. Hrsg.: Präsidium des DRK, Bonn, 1990

DRK - Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation: Die Organisation des Rettungsdienstes. In: Retten und helfen. Hrsg.: Präsidium des DRK, Bonn, 1990

DRK - Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation: Rettungsmittel. In: Retten und helfen. Hrsg.: Präsidium des DRK, Bonn, 1990

Dunn, J. D.: Risk Management in Emergency Medicine. In: Emergency Medicine Clinics of North America, Saunders Philadelphia, 1989, Vol. 5, 51-69

Eichhorn, Siegfried: Qualität der Krankenhausversorgung. In: Krankenhausbetriebslehre, Theorie und Praxis der Krankenhaus - Leistungsrechnung, Band III, Hrsg.: Eichhorn, S., Verlag W. Kohlhammer GmbH., Köln - Stuttgart - Berlin - Mainz, 1987

Eisenberg, M.S., **Cumming**, R.O., **Moore**, J. et al: Use of automatic external defibrillators in the home. Crit Care Med 13:946, 1985

Eisenberg, M.S., **Bergner**, L., **Hallstrom**, A.P.: Sudden Cardiac Death in the Community. New York Praeger, 1984

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Emser, J., et al: Autonotfunk - nichttechnische Begleitforschung, Projektgruppe "Autonotfunk". Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt), Köln, 1981

Enenkel, W.: Aufgabenstellung, Definition und Voraussetzungen der Notfallmedizin. In: Notfallmedizin. Leitfaden für Notärzte. Hrsg.: Enenkel, W., Steinbereithner, K., Weber, H. und Fitzal, S. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien München Bern, 1989

Engelhardt, G. H., **Lent**, V.: Das Kölner Notarztsystem. Eine Aufgabe der Chirurgischen Klinik Köln-Merheim, In: Das Kölner Notarztsystem, Hrsg.: Chirurgische Klinik Köln-Merheim, Köln, 1975, S. 6 ff.

Europäische Rot-Kreuz-Gesellschaften: Ergebnisse des Gesprächskreises der Europäischen Rotkreuz - Gesellschaften als Positionspapier zur PECEMS in Budapest. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen, Ergänzung 1 / 92.

Europäisches Komitee für Normung (CEN). In: Handbuch des Rettungswesens, Kapitel G 3.1.3, Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen, Ergänzung Februar 1975

Everling, Ulrich: Auswirkungen des Rechtes der Europäischen Gemeinschaft auf die gesetzlichen Regelungen in den EG - Mitgliedsstaaten. Referat anläßlich des 7. Rettungskongresses des DRK in Saarbrücken im Mai 1990. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v. d. Linnepe, Hagen, Ergänzung 4/92

Fertig, Bernd: Und sie bewegt sich doch ... In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Stumpf & Kossendey, 16. Jg., Heft 2. Edewecht, 1993, S. 132 ff.

Fertig, Bernd und **Hack**, R.: Für einen neuen Lebenspuls. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Stumpf & Kossendey, Edewecht, 16. Jg., Heft 8, 1993

Foegel, William, H.: Injury in America: A Continuing Health Problem. In: Emergency Medical Services - 1990 and Beyond, U.S. Department of Transportation (Eds.), Washington, DC, 1990

Foregger, Egmont und **Serini**, Eugen: Strafgesetzbuch und wichtige Nebengesetze. Manz'sche Kurzkommentare. 5. Auflage, Manz, Wien, 1991

Foregger, Egmont und **Serini**, Eugen: Strafgesetzbuch, Stand 1. 11. 1991. Manz, 11. Auflage, Wien, 1991

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Georgia Department of Human Resources: Georgia Policy Memorandum 89-05 vom 8. August 1989, Kapitel 5.2 Abs. 4 "Prezeptoren"

Gerdelmann, Werner, **Korbmann**, Heinz und **Kutter**, Stefan Erich: Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V. In: Krankentransport und Rettungswesen. Ergänzbares Handbuch der Rettungsvorschriften, Gebührenregelungen, Rechtsprechung und organisatorischen Bestimmungen. Erich Schmidt Verlag, Berlin, Lfg. XI/181

Gerdelmann, Werner, **Korbmann**, Heinz und **Kutter**, Stefan Erich: Krankentransport und Rettungswesen. Ergänzbares Handbuch der Rettungsvorschriften, Gebührenregelungen, Rechtsprechung und organisatorischen Bestimmungen. Erich Schmidt Verlag, Berlin, Lfg. 2/1993

Geschäftsordnung für die Bezirksstellen des Österreichischen Roten Kreuzes, Landesverband für Niederösterreich, Ausgabe 1990 vom 13. 6. 1990

Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik - Ministerstvo zdravotnivtví Ceské republiky: Stellungnahme im Rahmen der Befragung der Ö.A.G.W., Prag, 1993

Gorgaß, B. und **Ahnefeld,** F. W.: Rettungsassistent und Rettungssanitäter, Springer - Verlag, Berlin - Heidelberg - New York - London - Paris - Tokyo - Hong Kong, 1989

Grant, Harvey, D. et al.: Emergency Care. Fifth edition, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1990

Gögler, E.: Das Rettungswesen der 50er und 60er Jahre. In: Notfallmedizin - Historisches und Aktuelles. Abdruck der Referate zur 19. Jahrestagung der Sektion Rettungswesen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Hrsg.: Ahnefeld, Friedrich Wilhelm, Brandt, Ludwig und Safar, Peter, Ulm, 1991

Gögler, E.: Erste Versorgung von Verletzten, Sonderdruck aus: Chirurgie und Gegenwart. Band 4, Unfallchirurgie, München - Berlin - Wien, 1973. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen

Gröger, H.: Die Entwicklung des Rettungs- und Notarztdienstes im Wandel der Zeit. In: Notfallmedizin heute. Kongreßband zum I. Internationalen Notfallkongreß der Wiener Rettung. Hrsg.: Hertz, H. und Kaff, A. Aeskulap-Medien, Wien, 1990

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Grumbach, Jakob H.: Änderungen im Österreichischen Rettungs- und Krankentransportwesen? Mögliche Entwicklungen des Rettungs- und Krankentransportdienstes nach dem Beitritt Österreichs zum Europäischen Wirtschaftsraum - EWR. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Stumpf & Kossendey, 16. Jg., Heft 7, Edewecht, 1993

Handbuch des Rettungswesens, Loseblattsammlung, Band 5: Erste Hilfe, Rettungsdienst und Krankentransport, Teil E: Rettungsmittel, Ausrüstung und Ausstattung. Beitrag: Rettungsdienst und Normung. Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v. d. Linnepe, Hagen, Ergänzung 3/1983

Handbuch des Rettungswesens, Loseblattsammlung, Band 5: Erste Hilfe, Rettungsdienst und Krankentransport, Teil E: Rettungsmittel, Ausrüstung und Ausstattung. Beitrag: Notarzt-Einsatzfahrzeug (NEF) nach DIN 75079 Blatt 1 - 4 Begriffe, Anforderung und Prüfung. Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v. d. Linnepe, Hagen, Ergänzung 1/1983

Handbuch des Rettungswesens, Loseblattsammlung, Band 5: Erste Hilfe, Rettungsdienst und Krankentransport, Teil E: Rettungsmittel, Ausrüstung und Ausstattung. Beitrag: Übersicht der Normen für den Rettungsdienst aus den DIN-Normenausschüssen "Medizin" (NAMED) und "Rettungsdienst und Krankenhaus (NARK)". Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v. d. Linnepe, Hagen, Ergänzung 4/1991

Hausmann, Ruedi: Statement im Rahmen der SGGP-Tagung vom 19. März 1992 in Zürich. In: Notfallpatient: Rettungswesen Schweiz. Hrsg.: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik - SGGP. Schriftenreihe der SGGP, No. 26, Muri, 1993

Heimer, Peter: in: Retten und Helfen - über Grenzen hinweg, 7. Rettungskongreß des Deutschen Roten Kreuzes in Saarbrücken vom 9. - 12. Mai 1990. Hrsg.: Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes, Bonn, 1992

Heindl, A., **Loebenstein**, E. und **Verosta**, S.: Das österreichische Recht. Loseblattsammlung. IX. Sozial- und Arbeitsrecht, G) Gesundheitswesen, Reichssanitätsgesetz. Verlag LAST und Co. Wien 1948

Herzog, W.: Erstversorgung am Unfallort mit Hilfe eines ländlichen Rettungsdienstes (Gummersbacher Modell). In: Medizinische Technik, 93. Jg., 1973. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v. d. Linnepe, Hagen

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Horn, Rudolf und **Bernoulli** Lionel: Präklinische notärztliche Versorgung in der Schweiz. Hrsg.: Horn, Richard, Hegnau, 1989

Hörmann, Walter und **Haslinger**, Alfred: Rechtskunde für Gesundheitsberufe. Grundzüge des Sanitätsrechts, des Arbeits- und Sozialversicherungsrechtes. Verlag Dieter Göschl, Wien, 1988

Huber, Silvia: Die Rechte und die Stellung des Patienten im Krankenhaus - Patientenrechte. Unveröffentlichtes Manuskript zur Schriftenreihe zur Sozial- und Gesundheitssystemforschung sowie Gesundheitsökonomie der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W. (Hrsg.), Wien, 1992

Huemer, Günter und **Mauritz**, Walter: Emergency Medicine (EM) in Europe: Training and organisation. Abstract 1st Pan-European Conference on Emergency Medical Services in Budapest, 1992

Huemer, Günter, **Mauritz**, Walter und **Pernerstorfer**, Thomas: Prehospital Emergency Medicine Services (EMS) in Europe. Structure and Equipment. Unveröffentlichtes Manuskrip, Wien, 1991

Hungarian National Emergency & Ambulance Service - Országos Mentözolgálat Föigazgatósága (Ungarischer Landesrettungsdienst): Stellungnahme zur Erhebung der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W., Budapest, 1992

Interdisziplinärer Workshop "Bestandsaufnahme Rettungsdienst". Memorandum der Teilnehmer, Themenbereich 5. Struktur und Organisation des Rettungsdienstes. Hrsg.: Ahnefeld, F.W., Ulm, 1992

Interverband für Rettungswesen - IVR (Hrsg.): Konzept IVR, Aarau, 1992

Interverband für Rettungswesen - IVR (Hrsg.): Richtlinien für die sanitätsdienstliche Ausbildung im Rettungswesen, Aarau, 1986

Interverband für Rettungswesen - IVR (Hrsg.): Richtlinien betreffend Ausbildung und Einsatz von Patiententransporthelfern, Aarau, 1983

Interverband für Rettungswesen - IVR (Hrsg.): Richtlinien betreffend Ausbildung und Einsatz von Rettungssanitätern IVR, Aarau, 1991

Interverband für Rettungswesen - IVR (Hrsg.): Richtlinien betreffend Ausbildung und Tätigkeit des Notarztes, Aarau, 1991

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Interverband für Rettungswesen - IVR (Hrsg.): Stellungnahme im Rahmen der Befragung zum Thema "Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst", Aarau, 1992

Interverband für Rettungswesen - IVR (Hrsg.): Richtlinien für den Patiententransport auf der Strasse und für den Bau und die Ausrüstung von Rettungs- und Krankenwagen, Aarau, 1991

Jaffe, A.: Supplement to the Instructor's Manual for Advanced Cardiac Life Support. Second Edition, AHA, Dallas, 1988

JEMS - Journal of Emergency Medical Services: EMS in The United States: A Survey of Providers in the 200 Most Populous Cities. Carlsbad, CA, USA, Vol. 18 Nr. 1, 1993

John, Brigitte und **Baumgartner**, Egmont.: Arbeitsmedizinischer Assistent: Berufsbild - Lehrzielkatalog - Ausbildungsplan. Hrsg.: Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, Klosterneuburg, 1991

Journal of the American Medical Association, 18. Februar 1974, Titelblatt

Jungchen, N.: Kontrolle des Ausbildungserfolges. In: Sofortmaßnahmen am Unfallort. Untersuchungen zum Rettungswesen der BASt, Bericht 4. Hrsg.: Bundesanstalt für Straßenwesen, Köln, 1978

Kaff, Alfred: Die Wiener Rettung und das Notarztsystem. In: Hertz, H. und Kaff, A. (Hrsg.): Notfallmedizin heute. 1. Internationaler Notfallkongreß der Wiener Rettung, 20. - 22. 9. 1990, Wien

Kaff, Alfred: Organisationsformen des Notarztdienstes - Grundsätze der Ausstattung (Geräte und Medikamente). In: Notfallmedizin. Leitfaden für Notärzte. Hrsg.: Enenkel, W., Steinbereithner, K., Weber, H. und Fitzal, S., Verlag Wilhelm Maudrich, Wien München Bern, 1989

Kaff, Alfred: Rechtsmedizinische Aspekte. Arbeitsunterlage im Rahmen der Notfallsanitäterausbildung bei der Wiener Rettung. Wien, Oktober 1990

Kammer für Arbeiter und Angestellte: Stellungnahme zum neuen Berufsbild der Sanitätsfachkraft und zum vorgelegten Ausbildungskonzept der Ö.A.G.W., Wien, 1993

Karlbauer, A.: Integrierter Hubschrauber-Rettungsdienst Salzburg der AUVA - Fallberichte. In: Flugrettung. II. Bericht der Österreichischen Ärzteflugambulanz und

der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt. JETDOCOTR-Journal. Mitteilungsblatt der Österreichischen Ärzteflugambulanz (Hrsg.), 7. Jg., Nr. 3/1986

Karlbauer, A.: Volkswirtschaftliche Aspekte der Luftrettung, eine Langzeitauswertung der Schicksale von 1.800 Notfallpatienten. Kongreß ADAC, 10. RTH-Fachtagung, Jubiläumstagung "Luftrettung europaweit" in Garmisch-Partenkirchen. In: Notfallmedizinisches Podium. 1989, S. 88ff

Kilian, J.: Ausbildung des Notfall-(Rettungs-)Sanitäters. In: Bergmann, H. und Slatin, H. P. (Hrsg.): Aktuelle Notfallmedizin I. Notfallkongreß 1985 und Österreichische Rotkreuz-Ärztetagung 1985, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien - München - Berlin, 1986

Klein, H.-B.: Makroökonomisch effiziente Rettungssysteme als raumwirtschaftlich orientierte Sicherheitsinstrumentarien der Verkehrspolitik. Diss. Würzburg, 1979

Klingshirn, Heinrich: Länderübergreifender Rettungsdienst - eine europäische Aufgabe. Referat beim 7. Rettungskongreß des DRK in Saarbrücken im Mai 1990. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen, Ergänzung 4/90

Kossendey, Ludger: Der lange Weg zum Berufsbild. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Stumpf & Kossendey, 12. Jg., Edewecht, 1989, S. 518 ff.

Kotzaurek, Robert: Institutionelle Zusammenarbeit im Rahmen der Organisation der ambulanten Notfallversorgung. In: Review, Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Heft 2, Wien, 1983

Kotzaurek, Robert: Institutionelle Zusammenarbeit im Rahmen der Organisation der ambulanten Notfallversorgung". Referat anläßlich des Kongresses für ärztliche Fortbildung der medizinischen Gesellschaft für Oberösterreich, 1983

KRAZAF - Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds: Sonderauswertung der Kostenrechnungsergebnisse 1991, Wien, 1993

Kroesen, Gunar: Die Integration der Notfallmedizin in das Medizinstudium. In: Der Notarzt. Heft 4, 1990, S. 80 - 82

Krösl, Wolfgang: Pilotstudie Rettungshubschrauber der AUVA, Vorwort. In: Flugrettung. II. Bericht der Österreichischen Ärzteflugambulanz und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt. JETDOCOTR-Journal. Mitteilungsblatt der Österreichischen Ärzteflugambulanz (Hrsg.), 7. Jg., Nr. 3/1986

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Kuehl, Alexander: EMS Medical Directors' Handbook. The C.V. Mosby Company, St.Louis - Baltimore - Toronto, 1989

Kühner, R. und **Puhan**, Th.: Der Krankentransport als Aufgabe des Rettungsdienstes. Hrsg.: BASt - Bundesanstalt für Straßenwesen. Bergisch Gladbach, 1990

Kühner, Robert F.: Untersuchungen zum Rettungswesen. Bericht 25. Planung, Durchführung und Finanzierung einer öffentlichen Aufgabe - dargestellt am Beispiel des Rettungsdienstes. Hrsg.: BAST - Bundesanstalt für Straßenwesen. Bergisch Gladbach, 1989

Kunz, Wolfgang: Betriebliche Arbeitsunfall-Kosten. AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) (Hrsg.), Reihe Typoskripte, Wien, 1984

Kux, Karl-Heinz (Hrsg.): Rettungsorganisationen. In: Handbuch der Sanitätsberufe Österreichs, Band 1, S. 289 ff, Verlangsbuchhandlung Dieter Göschl Ges.m.b.H., Wien, 1991

Lee, R.I. and **Jones**, L.W.: The Fundamentals of Good Medical Care, In: Krankenhausbetriebslehre, Theorie und Praxis der Krankenhaus - Leistungsrechnung, Band III, Hrsg.: Eichhorn, S., Verlag W. Kohlhammer GmbH., Köln - Stuttgart - Berlin - Mainz, 1987, S. 37ff.

Lippert, Hans-Dieter: Rettungsassistentengesetz (RettAssG): Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten vom 30. Juni 1989. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo Hong Kong, 1990

Lippert, Hans-Dieter und **Weissauer**, Walther: Das Rettungswesen. Organisation - Medizin - Recht. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 1984

Lundberg, G. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care. In: JAMA - Journal of the American Medical Association. Vol. 265, Chicago, 1992, S. 2201

Luxem, Jürgen: Notfallmedizinische Ausbildung im Rahmen des studentischen Unterrichtes. Ein Diskussionsbeitrag. In: Rettungsdienst. Zeitschrfit für präklinische Notfallmedizin. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht, 15. Jahrgang, Heft 1, 1992, S. 7ff

Mace, Ralph: Die österreichische Sozialversicherung im Jahr 1992. In: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift für die Sozialversicherung. Hrsg.: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Heft 4/93, S. 220 und S. 229

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Maeder, R.P. und **Schüle**, Ulrich: Stellungnahme im Rahmen der Auslandserhebung der Ö.A.G.W., Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern, 1992

Malzer, R., **Schreiber**, W., **Leeb**, A., **Kaff**, A. und **Sterz**, F.: Der halbautomatische Defibrillator im Rettungsdienst. In: Schriftenreihe Rettungsdienst, 15. Jahrgang, Heft 12, Edewecht, 1992, S. 875-878

Maruna, Harald et al: Impf-Wegweiser. Medizinisch-pharmazeutische Verlagsgesellschaft m.b.H., Purkersdorf, 1992

Mattern, K., **Eichdorf**, W., **Reiß**, S., **Alt**, B., **Miksch**, T.: Verletzungskosten nach Straßenverkehrsunfällen, Heft 73 der Schriftenreihe der Forschungsvereinigung Automobiltechnik in Frankfurt (ISSN 0933-050 X), Oktober 1988, S. 91

Mauritz, W.: Basisreanimation "A" und "B": Atemstillstand und Beatmung.In: Notfallmedizin. Leitfaden für Notärzte. Hrsg.: Enenkel, W., Steinbereithner, K., Weber, H. und Fitzal, S., Verlag Wilhelm Maudrich, Wien München Bern, 1989

Meihsl, Paul: Der Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs. In: Festschrift zur Eröffnung des neuen Bundesgebäudes des ASBÖ am 12. 6. 1992, Hrsg.: ASBÖ, Wien, 1992

Menke, R. und **Lühring**, E.: Mindeststandards für Schulen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Projekt des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforschung Ges.m.b.H. Hannover, 1981

Metelka, M.: Die österreichische Unfallfolge-Kostenrechung. In: Sichere Arbeit, Heft 6/1988, S. 26; Stand 1986, Hrsg.: AUVA, 1988

Metreveli, St.: Beobachtung des Verhaltens am Unfallort. Untersuchungen zum Rettungswesen. Bericht 5 der BASt. Hrsg.: Bundesanstalt für Straßenwesen, Köln, 1979

Ministry of Welfare - Republic of Hungary: Stellungnahme der Hauptabteilung für Internationale Beziehungen des Ungarischen Gesundheitsministeriums zur Erhebung des Auslandsreferates der Ärztekammer für Wien im Rahmen des Forschungsprojektes "Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst" der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W. der Chefärzte des Hungarian National Emergency & Ambulance Service - Országos Mentözolgálat Föigazgatósága (Ungarischer Landesrettungsdienst). Budapest, 1993

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Morawetz, B: Artikel in den Salzburger Nachrichten vom 25. 3. 1993

Mostböck, Wolf D.: Gemeinsam sicher, europäisches Jahr für Sicherheit und Gesundheit in Österreich. In: Soziale Sicherheit, Fachzeitschrift für die Sozialversicherung, Hrsg.: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Nr. 10/1992, S. 477ff

Müller, Christian Dietrich: Darstellung und Entwicklung eines möglichen Modells für ein Integriertes Qualitätssicherungs- und -kontrollsystem im Österreichischen Gesundheitswesen unter Einbeziehung der erforderlichen Prämissen. Hrsg.: Österreichische Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W., Wien, 1990

Nakajima, Hiroshi: Botschaft des Generaldirektors der Weltgesundheitsorganisation anläßlich des Weltgesundheitstages 1993. In: ÖAV - INFO, Nr. 2/93. Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit - ÖAV (Hrsg.). Wien, 1993, S. 3

National Academy of Sciences - National Research Council (NAS - NRC): Accidental death and disability: The neglected disease of modern society. National Academy of Sciences et al., S. 14. Washington D.C., 1966

National Academy of Sciences - National Research Council (NAS - NRC), Committee on emergency medical services (EMS) (Chairman S. Seeley): Guidelines and stadards for a) Medical Requirements for Ambulance Design and Equipment; b) Training of Ambulance Personnel (EMT Level I); c) Advanced training for emergency medical technicians (EMT Level II, paramedics); d) Criteria for categorization of hospital emergency facilities. 2101 Constitution Eve., Washington D.C., 1868/70

Oder, Ernst und **Thiel**, Wilhelm: Rat und Hilfe nach Unfällen. Aufgaben und Leistungen. 5. Auflage. Hrsg.: AUVA - Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. Wien, 1992

Ö.A.G.W. - Österreichische Akademie für Gesundheitswesen (Hrsg.): Der Gesundheits- und Sprengelmanager; Berufsbild - Lehrzielkatalog und Ausbildungsplan für den Lehrgang für Gesundheits-, Sozial- und Sprengelmanagement. Wien, 1991

ÖAMTC - Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club: 10 Jahre Christophorus Notarzthubschrauber. Hrsg.: ÖAMTC, Wien, 1993

ÖGB/HTV - Österreichischer Gewerkschaftsbund, Fachgewerkschaft Handel, Transport, Verkehr und soziale Berufe: Stellungnahme zum geplanten Berufs-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

bild der Sanitätsfachkraft unter besonderer Berücksichtigung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG. Wien, 1993

ON - Österreichisches Normungsinstitut: Ambulanzflüge, ÖNORM S 4132, Hrsg.: Österreichisches Normungsinstitut (ON), Wien, 1984

ON - Österreichisches Normungsinstitut: Ambulanzflüge: Beurteilung von Erkrankungen und Verletzungen am Einsatzort, "Mod. NACA - Index"; ÖNORM S 4132, Beiblatt 1. Hrsg.: Österreichisches Normungsinstitut (ON), Wien, 1984

ON - Österreichisches Normungsinstitut: Optimierung von Ambulanzflügen, ÖNORM S 4132, Beiblatt 2. Hrsg.: Österreichisches Normungsinstitut (ON), Wien, 1984

ON - Österreichisches Normungsinstitut: Hubschrauber-Rettungsflüge und -Verlegungsflüge, ÖNORM S 4130, Hrsg.: Österreichisches Normungsinstitut (ON), Wien, 1984

ÖRK - Österreichisches Rotes Kreuz: Sanitätshilfe - Lernbehelf Teil I und II. o.J.

ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz): Vorschrift für den Rettungs- und Krankentransportdienst, Hrsg.: ÖRK / Treichl, Wien, 1985

ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz), Landesverband für Niederösterreich: Handbuch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rettungs- und Krankentransportdienst; Spectrum Extra, Ausgabe 04/1992, Hrsg.: Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband für Niederösterreich , 1992

ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz), Landesverband für Niederösterreich: Satzungen des ÖRK - Österreichischen Roten Kreuzes, Landesverband für Niederösterreich (Hrsg.) vom 13. 6. 1990, Ausgabe 1990

ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz), Landesverband für Salzburg: Ausbildungsordnung für den zum Notfallsanitäter auszubildenden freiwilligen Sanitätsdienstgrad, Hrsg.: ÖRK / Landesverband für Salzburg, Salzburg, 1992

ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz), Landesverband für Salzburg: Ausbildungsordnung für den zum Notfallsanitäter auszubildenden angestellten Sanitätsdienstgrad, Hrsg.: ÖRK / Landesverband für Salzburg, Salzburg, 1992

ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz), Landesverband für Salzburg: Ausbildung zum Notfallsanitäter bzw. Notfallhelfer und Flugrettungssanitäter, Hrsg.: ÖRK / Landesverband für Salzburg - Notfalldienst, Salzburg, 1992

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

ÖSTAT - Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.): Statistisches Handbuch 1991, Tabelle 2.06, Wien

Österreichischer Arbeiterkammertag und Österreichischer Gewerkschaftsbund (Hrsg.): Sozialpolitik und EG. In: AW spezial. Folge 53, 1992

Page, Jim: The MAGIC of 3 A.M. Essays on the art and science of emergency medical services. JEMS Publishing, Solana Beach, CA, 1986

Pap, Zoltan: 100 Jahre Rettung Ungarn, Ausbildung und Einsatz von Rettungsoffizieren. Vortrag. Budapest, 1987

Pichler, Johannes W.: Internationale Entwicklungen in den Patientenrechten; In: Schriften zur Rechtspolitik, Band 4. Hrsg.: Pichler, J. W., Verlag Böhlau, Wien - Köln - Weimar, 1992

Pointer, James: Evaluation of System Components. In: Quality Management in Prehospital Care. Hrsg.: National Association of EMS Physicians, Mosby - Year Book, Inc., 1993

Puhan, Thomas und **IVT Ingenieursbüro für Verkehrstechnik**: Untersuchungen zum Rettungswesen. Bericht 30. Ablauf von Notfalleinsätzen im Rettungsdienst. Hrsg.: Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt), Bergisch-Gladbach, 1992, S. 32ff

Purgay, R. und **Gras**, Th.: Rettungsdienst in den Niederlanden. In: Rettungsdienst, Heft 8, Stumpf & Kossendey, Edewecht, 1992, S. 549

Reindl, Gustav: Ausbildung im militärärztlichen Dienst. In: Bergmann, H., Kotzaurek, R., Leitner, H., Steinbereithner, K. (Hrsg.): Die Organisation der Notfall- und Katastrophenmedizin. Schriftenreihe "Beiträge zur Anaesthesiologie und Intensivmedizin des Ludwig Boltzmann-Institutes für experimentelle Anaesthesiologie und intensivmedizinische Forschung", Band 13, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien - München - Berlin, 1985

RettAssG - Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1284)

Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin: Notkompetenz und Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst. Stumpf & Kossendey, 16. Jg., Heft 2, Edewecht, 1993, S. 130ff

Riediger, Gernot: "Ziele der Rettungsorganisation" und "Die Organisation des Rettungsdienstes". Aus: "Zu den Wirkungen des Rettungsdienstes". In: Handbuch des

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Rettungswesens. Kapitel G 3.1.3, Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen, Ergänzung Februar 1983, S. 1ff

Riediger, Gernot: Zu den Wirkungen des Rettungsdienstes. In: Handbuch des Rettungswesens, Kapitel G 3.1.3, Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen, Ergänzung Februar 1983

Riediger, Gernot.: Zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes; Modellversuch Unterfranken - Band II. Hrsg.: Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V., Bayrisches Staatsministerium des Inneren, Bonn, 1985, S. 24 ff

Röggla, Georg und **Laggner**, A. N.: Zur Frage der Qualitätssicherung im Bereich der Klinischen Notfallmedizin; In: Österreichische Krankenhauszeitung, Göschl-Verlag, Jg. 32, Heft 11/12, 1991

Rossi, R., **Gorgaß**, B., **Ahnefeld**, F.W.: Die Rettungssanitäterprüfung: Fragen, Themen, Aufgaben. Springer - Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest, Zweite Auflage, 1991

Runggaldier, Klaus: Grunddaten zur Berufsausbildung im Rettungsdienst in den alten Bundesländern. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Stumpf & Kossendey, 16. Jg., Heft 5, Edewecht, 1993

Safar, Peter: Aufbau einer Rettungskette und eines Rettungsdienstes - eine persönliche Geschichte. In: Notfallmedizin - Historisches und Aktuelles. Abdruck der Referate zur 19. Jahrestagung der Sektion Rettungswesen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Hrsg.: Ahnefeld, F.W., Brandt, L. und Safar, P, Laerdal, Ulm, 1991

Safar, Peter: Communitywide emergency care for actiually lifethreatening conditions. Proceedings of the Second Congress of the International Association for Accident and Traffic Medicine, Stockholm, 1966

Safar, Peter: Reanimatology - The science of resuscitation (Editorial). Crit Care Med 10:134, 1982

Safar, Peter und **Brose**, R.A.: Ambulance design and equipment for resuscitation. Arch Surg 90:343, 1965

Safar, Peter, **Esposito**, G. und **Benson**, D.M.: Ambulance design and equipment for mobile intensive care. Arch Surg 102:163, 1971

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Schäfer, Erich: Entwicklung, Struktur und Probleme der ambulanten Versorgung in Österreich. Vortrag im Rahmen des Hochschulkurses für Gesundheitsökonomie des Institutes für Finanzwissenschaften der Universität Innsbruck (Vorstand Prof. Dr. Clemens August Andreae †). In: Review. Heft 2/1983. Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien, 1983

Schmid, Peter: Statement anläßlich der SGGP-Tagung "Notfallpatient: Rettungswesen Schweiz" vom 19. März 1992 im Kongreßhaus Zürich. In: Notfallpatient: Rettungswesen Schweiz. Schriftenreihe der SGGP. Hrsg.: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Muri/Schweiz, 1993

Scholz, Josef F. und **Wittgens**, H.: Arbeitsmedizinische Berufskunde. Gentner Verlag, 2. Auflage, Stuttgart, 1992

Schwartz, G., **Safer**, Peter und **Stone**, J. (Hrsg.): Principles and practice of Emergency Medicine, Philadelphia W. B. Saunders, 1986

Schweizerisches Rotes Kreuz: Stellungnahme von Chefarzt Dr. Rolf Peter Maeder zur derzeitigen Situation in Schweiz anläßlich der Erhebung der Ö.A.G.W., Bern, 1992

Scott, Tom and **Cady**, Geoffrey A.: EMS in The United States: A Survey of Providers in the 200 Most Populous Cities. In: JEMS - Journal of Emergency Medical Services: Carlsbad, CA, USA, Vol. 18 Nr. 1, 1993, S. 71ff.

Seelos, Hans Jürgen: Definitionen zur Qualitätssicherung in der Krankenhausmedizin. In: das Krankenhaus, Nr. 11, Düsseldorf, 1988.

Sefrin, P.: Das Rettungsassistentengesetz in der Bundesrepublik Deutschland. Vortrag auf dem 6. Innsbrucker Notfallsymposium 1990. In: Der Notarzt. Nr. 7/1991. Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York, 1991

Sefrin, P.: Das Rettungswesen in Deutschland - Erfahrungen und mögliche Lehren für die Schweiz. In: Notfallpatient: Rettungswesen Schweiz. Schriftenreihe der SGGP. Hrsg.: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Muri/Schweiz, 1993

Sefrin, P.: Geschichte der Notfallmedizin in Deutschland. In: Handbuch des Rettungswesens, Kapitel G 3.1.3, Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen, Ergänzung März 1991

Sefrin, P.: Neues Anforderungprofil für Rettungssanitäter - Konsequenzen aus der BASt-Studie Krankentransport als Aufgabe des Rettungsdienstes. In: Leben ret-

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

ten, Hrsg.: Bayerisches Rotes Kreuz, Bezirksverband Ober- und Mittelfranken, 16. Jahrgang, Heft 1, 1991

Sefrin, P.: Rettungsassistent - was nun? In: Der Notarzt. Nr. 7/1991. Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York, 1991, S. 35-36

Sefrin, P. und **Eilmes**, H: Maßnahmen der Ersten Hilfe bei 939 Unfalltoten. In: Anaesthesist 24, 1975. In: Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung, Hrsg.: Roderich Lüttgen, Bonn, Verlagsgesellschaft v.d. Linnepe, Hagen

Szabó, Katalin und **Felkai** N.: Stellungnahme und retournierter Fragebogen zur Auslandserhebung der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen - Ö.A.G.W. der Chefärzte des Hungarian National Emergency & Ambulance Service - Országos Mentözolgálat Föigazgatósága (Ungarischer Landesrettungsdienst). Budapest, 1992

Thill, Jean: Rettungssanitäter - Was ist das? In: Fachzeitschrift für praeklinische Notfallmedizin, Hrsg.: Internationaler Verband für Rettungs- und Krankentransport, vormals Rettungsverband, Folge 1/1991, Pöchlarn, 1991, S. 26

Thiel, Wilhelm und **Schork**, Gerhard: Sicherheit in allen Lebenslagen. Von der Arbeitssicherheit zur Gesamtsicherheit. Kurzfassung des Berichtes von G. Schork bei der XXII. Generalversammlung der IVSS (Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit). Hrsg.: Thiel Wilhelm, Generaldirektor der AUVA, Vorsitzender des ständigen Fachausschusses der IVSS für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Wien, 1987

Tichácék, Milan: Darstellung des Rettungsdienstes in der CSFR. In: Retten und Helfen - über Grenzen hinweg. Kongreßbericht des 7. Rettungskongresses des Deutschen Roten Kreuzes in der Saarlandhalle Saarbrücken vom 9. bis 1. Mai 1990, Hrsg.: DRK, Bonn, 1992

Traußnigg, O.: Das ungarische Rettungswesen. In: Rettungsdienst. Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Stumpf & Kossendey, 13. Jg., Heft 3, Edewecht, 1990

Tyrolean Air Ambulance (Hrsg.): Magazin der Tyrolean Air Ambulance, Heft 6, Innsbruck, 1992

Ufer, M. R.: Juristische Anforderungen an die Dokumentation im Rettungsdienst. In: Rettungsdienst im Wandel. Referate, gehalten auf dem 12. Bundeskongreß Rettungsdienst, 12. - 14. Juni 1992, Stumpf & Kossendey, Köln, 1992

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 1991. Bericht des Bundesministers für Verkehr über Maßnahmen auf dem Gebiet der Unfallverhütung im Straßenverkehr für die Jahre 1990 und 1991, Übersicht Rettungswesen. Hrsg.: Deutscher Bundestag, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/3102 vom 29. Juli 1992, Bonn, 1992

U.S. - Department of Transportation (DOT) - National Highway Traffic Safety Administration: Emergency Medical Technican - Ambulance: National Standard Curriculum. Course Guide (Third Edition). DOT HS 900 075, Washington, D.C., 1984

U.S. - Department of Transportation (DOT) - National Highway Traffic Safety Administration: Emergency Medical Technican - Intermediate: National Standard Curriculum. Course Guide. DOT HS 900 090, Washington, D.C., 1986

U.S. - Department of Transportation (DOT) - National Highway Traffic Safety Administration: Emergency Medical Technican - Paramedic: National Standard Curriculum. Course Guide. DOT HS 900 088, Washington, D.C., 1985/86

U.S. - Department of Transportation (DOT) - National Highway Traffic Safety Administration: Emergency Medical Services - 1990 and Beyond. DOT HS 807 639, Washington, D.C., 1990

U.S. - Department of Transportation (DOT) - National Highway Traffic Safety Administration: Emergency Medical Services: First Responder Training Course. (Formerly titled: Crash Injury Management for Traffic Law Enforcement Officers). Course Guide. DOT HS 900 025, Washington, D.C., 1979

Verordnung über die Tätigkeit als Rettungssanitäter (RSanV) vom 26. Oktober 1978 (GVBl S.780, BayRS 215-5-1-3-I), geändert durch die 1. Verordnung vom 13. Dezember 1979 (GVBl S447)

Walter, Bernd und **Meyer**, Peter: Praxis des Rettungsdienstes. Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart; New York, 1991

Weber, H.: Basisreanimation "C": Kreislaufstillstand, Herzmassage. In: Notfallmedizin. Leitfaden für Notärzte. Hrsg.: Enenkel, W., Steinbereithner, K., Weber, H. und Fitzal, S. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien München Bern, 1989

Weber, H.: Referat anläßlich des Kongresses "Update in Sudden Cardiac Death - Vienna. Vienna International Society for Medical Education and Preventive Medicine, Wien, 1993

Weber, H. **Kaindl,** F.: Zitat im Kurier vom 25. März 1993

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.

Weissbrodt, G.: Erste-Hilfe-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg.: Bundesanstalt für Straßenwesen, Köln, 1981

Wilder, R.J., **Judge**, J.R. und **Kouwenhoven**, W.B.: Cardiopulmonary resuscitation by trained ambulance personnel. Journel of the American Medical Association - JAMA, 190: 531, 1964

WHO - Reagional Office for Europe (Hrsg.): Monitoring of the Strategy for Health for All by the Year 2000. Part 2 - Monitoring by Country 1988/1989, Copenhagen, 1989

WHO - World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation), Regionalbüro für Europa: Gesundheit für alle in Europa bis zum Jahr 2000. Ziel 11: Unfälle. In: Einzelziele für "Gesundheit 2000", Einzelziele zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie für "Gesundheit 2000". Hrsg.: WHO, WGO - Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, 1985, S. 63 ff.

WHO - World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation), Regionalbüro für Europa: Monitoring of the strategy for health for all by the year 2000". Part 2, Monitoring by country. Hrsg.: WHO, WGO - Regional Office for Europe, Copenhagen, 1989

Zander, J.: Anforderungsprofil an das Transport-Monitoring. In: Qualitätssicherung in der Notfallmedizin: Transportmedizin: Erfahrungen und Standards. Hrsg.: Herden, H.-N. und Moecke, Hp.: Blackwell Wissenschafts - Verlag GmbH., Berlin, 1991

© copyright by Ö.A.G.W., 1993.