



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

RETTUNGSDIENST

POSITIONSPAPIER

November 2023



ÖSTERREICHISCHES
ROTES KREUZ

Aus Liebe zum Menschen.

EINLEITUNG

Die Sicherung der Gesundheit aller Menschen in Österreich ist eine öffentliche Aufgabe. Diese Aufgabe beinhaltet die Bereitstellung und Finanzierung der dafür notwendigen Ressourcen.

Der gleiche und einfache Zugang zu allen Gesundheitsleistungen für alle, unabhängig von Alter, Wohnort, Herkunft und sozialem Status kann nur mit Hilfe eines funktionierenden Rettungsdienstes sichergestellt werden. Der Rettungsdienst gewährleistet sowohl den gesetzlich verankerten Anspruch auf qualifizierte notfallmedizinische Hilfe, als auch, durch den Teilbereich qualifizierter Krankentransport, die Möglichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen, wenn diese von den Menschen selbst nicht erreicht werden können. Das Rettungswesen ist damit nicht nur das Sicherheitsnetz für alle in Österreich lebenden Menschen, sondern auch Schlüssel zu vielen anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens.

Das Österreichische Rote Kreuz ist der größte Leistungserbringer im Bereich Rettungsdienst in Österreich. Diese Aufgabe wahrzunehmen und den Rettungsdienst weiterzuentwickeln, gehört zu unserem Selbstverständnis. Wir sind kein ertragsorientierter Dienstleister, sondern stellen als humanitäre Hilfsorganisation, den Menschen in den Mittelpunkt unserer Arbeit.

Gesellschaftliche Entwicklungen, Reformen im Gesundheitssystem und Fortschritte in Wissenschaft und Technik erfordern auch eine Weiterentwicklung des Rettungsdienstes, damit dieser weiterhin seine Aufgaben für die Menschen in Österreich zielgerichtet erfüllen kann. Das vorliegende Positionspapier stellt zunächst den Status Quo dar. Dann erläutert es aktuelle Herausforderungen und zeigt Lösungsansätze auf.

Wir als Österreichisches Rotes Kreuz sehen es als unsere Aufgabe, gemeinsam mit unseren Partner:innen im Gesundheitswesen, eine positive Zukunft des Gesundheitswesens mitzugestalten. Damit gewährleisten wir weiterhin für alle Menschen in Österreich Sicherheit bei medizinischen Notfällen und einen egalitären Zugang zum Gesundheitswesen.

DER STATUS QUO

(Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes außerhalb Wiens)

Österreich setzt auf ein notarztgestütztes Rettungswesen.

Das bedeutet, dass Personen, die in **potenzieller Lebensgefahr** sind, durch ein Notarztteam betreut werden. Notarztteams bieten die bestmögliche präklinische Versorgung für diese **Notfallpatient:innen**, die im österreichischen Gesundheitssystem möglich ist.

Grundlagen des Rettungswesens

Österreichs Rettungswesen ist, dank des freiwilligen Engagements, fest in der Gesellschaft verankert. Es bietet auch außerhalb des urbanen Raums schnelle und professionelle Hilfe.

Bei einem lebensbedrohlichen medizinischen Notfall sind **First Responder** innerhalb kürzester Zeit vor Ort und gewährleisten, durch ihre Ausbildung als **Rettungssanitäter:innen** und ihrer Erfahrung im Rettungsdienst, einen raschen Beginn qualifizierter lebensrettender Maßnahmen.

Mit dem Rettungswagen trifft ein Team aus Rettungs- und Notfallsanitäter:innen ein, die die Vitalfunktionen mittels erweiterter Maßnahmen stabilisieren können.

Liegt tatsächlich Lebensgefahr vor, gewährleisten die flächendeckend stationierten Notarztmittel intensivmedizinische Behandlung noch am Notfallort.

Das Zusammenwirken der drei Gesundheitsberufe Rettungssanitäter:innen, **Notfallsanitäter:innen** und **Notärztinnen/Notärzte** ermöglicht es, die Kompetenz des entsendeten Personals auf die Anforderungen des Notfalles abzustimmen. So kann trotz begrenzter Ressourcen des Gesundheitssystems flächendeckend eine hochqualitative und rasche Versorgung hergestellt werden.

Das Rote Kreuz setzt auf Freiwillige im Rettungsdienst.

Die Kultur der Freiwilligkeit/Ehrenamtlichkeit in Österreichs Hilfs- und Katastrophenschutzorganisationen ermöglicht ein qualitativ hochwertiges und dichtes Versorgungsnetz. Der Einsatz von Freiwilligen, Hauptberuflichen, Zivildienstleistenden (ZVDL), Mitarbeiter:innen des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ) und Berufsfindungspraktikanten in einem System hat Vorteile gegenüber einem rein beruflich besetzten System.

Freiwillige bringen Kompetenzen, Haltung und Lebenspraxis aus ihrem privaten und beruflichen Umfeld - das häufig in medizinischen oder sozialen Bereichen angesiedelt ist - in den Rettungsdienst, machen ihn diverser und unterstützen damit einen multiprofessionellen Zugang.

Durch Aus- und Fortbildungen, die Freiwillige während ihrer Tätigkeit im Roten Kreuz durchlaufen, tragen sie auch in ihrem Privatleben das erworbene Wissen in ihr Umfeld und stärken damit auch die Resilienz und Selbsthilfekompetenz der Bevölkerung.

Die Notwendigkeit der Auslastung der Ressourcen ist durch den Einsatz von Freiwilligen – vor allem in der Nacht und am Wochenende – wesentlich geringer

Potenzielle Lebensgefahr
kritisch erkrankte oder verletzte Personen, bei denen zum Zeitpunkt des Notfalls eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, eintreten droht oder nicht ausgeschlossen werden kann = **Notfallpatient:in**.

First Responder sind i.d.R. Mitarbeiter:innen der Rettungsdienste, die in Bereitschaft stehen und dann alarmiert werden, wenn ihre Eintreffzeit unter der des Regelrettungsdienstes liegt, um vor Ort mit erweiterten Erste-Hilfe-Maßnahmen zu beginnen.

Rettungssanitäter:innen führen selbstständig qualifizierte Krankentransporte durch. In der Notfallrettung versorgen Sie Menschen, die nicht in Lebensgefahr sind, aber eine professionelle Versorgung ihrer erlittenen Gesundheitsstörung benötigen. Sie wenden dabei Basismaßnahmen der Notfallmedizin wie Lagerung, Sauerstoffgabe und psychische Betreuung an.

Notfallsanitäter:innen versorgen selbstständig Notfallpatient:innen. Sie treffen Entscheidungen über den weiteren Behandlungspfad und können den Zustand der Patient:innen verbessern oder zumindest stabilisieren. Bei Lebensgefahr ziehen sie ein Notarztmittel zu. Sie unterstützen die Notärzt:innen bei der Versorgung der Patient:innen und koordinieren die Rettungskräfte (Ersthelfer:innen, First Responder, Sanitäter:innen) vor Ort.

Freiwillige im Rettungsdienst: Menschen, die unentgeltlich als Rettungssanitäter:in/RS oder Notfallsanitäter:in/NFS Dienst versehen.

als in einem System, das ausschließlich mit bezahlten Mitarbeiter:innen betrieben wird.

Vice versa: in Regionen und zu Zeiten mit geringer Einsatzfrequenz, kann durch die Mitarbeit von Freiwilligen eine wesentlich höhere Dichte an Stützpunkten betrieben werden.

Würde das Rote Kreuz auf freiwillige Mitarbeiter:innen verzichten, würden die Kosten – bei Erhalt der derzeitigen Qualität - für die präklinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung deutlich steigen.

Präklinische Versorgung von Patient:innen

Eine klare Abfolge von Einsatzschritten und die bedarfsgerechte Entsendung von Personal und Fahrzeugen, die den Anforderungen des konkreten Einsatzes entspricht, kennzeichnen das österreichische Rettungswesen.

Die in der Folge beschriebenen Einsatzmittel sind wie ein Netz über Österreich verteilt. Höher qualifizierte Einsatzmittel (**Rettungswagen/RTW**, **Notarzteinsetzfahrzeug/NEF**, **Notarzthubschrauber/NAH**) stehen, im Sinne einer sparsamen Ressourcenverwendung flächendeckend, aber in geringerer Anzahl zur Verfügung.

Leitstelle (Erstkontakt) und Dispositionstaktik bei Notfällen

- Die Mitarbeiter:innen der Leitstellen folgen einem Abfrageschema zur Bearbeitung eines Notrufs. Sie stellen binnen kürzester Zeit den Notfallort fest und erheben alle notwendigen Informationen, um das für das Notfallgeschehen passende Rettungsmittel zu entsenden.
- Sollte es notwendig sein, betreuen die Leitstellendisponent:innen die Anrufenden bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes oder des Notarztes/der Notärztin – **dispatch life support**.
- Ist Lebensgefahr nicht auszuschließen, kommen primär Rettungswagen mit Notfallsanitäter:innen zum Einsatz.
- Liegt entsprechend der Notrufbearbeitung mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Lebensbedrohung vor, wird zusätzlich ein Notarzteinsetzmittel alarmiert. Bis zum Eintreffen des Notarzteinsetzmittels werden bei kritischen PatientInnen vor allem folgende Aufgaben erfüllt:
 - Setzen von lebensrettenden Maßnahmen,
 - sanitätsdienstliche Versorgung
 - Überwachung des Patientenzustandes und Verhindern einer Verschlechterung
- Bei möglicher Lebensgefahr entsendet die Leitstelle, neben der medizinisch passenden, zusätzlich die schnellsteintreffende Hilfe in Form von First Respondern oder Sanitätseinsatzwagen. So wird auch in entlegenen Gebieten ein rascher Beginn der professionellen Versorgung gewährleistet und bei den erweiterten Maßnahmen steht mehr Personal zur Verfügung, sodass diese schneller umgesetzt werden können.
- Parallel dazu werden im Falle eines vermuteten Atem-Kreislaufstillstandes „**Team Österreich Lebensretter**“ per Handy-App alarmiert.

Hauptberufliche

Mitarbeiter:innen: Menschen, die in einem Arbeitsverhältnis stehend Dienst als RS oder NFS versehen.

Rettungswagen (RTW) Fahrzeug ausgestattet mit Material und Personal für die Versorgung und den Transport von Notfallpatient:innen und ist mit Sanitäter:innen besetzt.

Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) Fahrzeug ausgestattet mit Material und Personal für die Behandlung von Notfallpatient:innen und ist mit einem Notarzt oder einer Notärztin und eine/r Notfallsanitäter:in besetzt.

Notarzthubschrauber (NAH) ausgestattet mit Material und Personal für Behandlung und Transport von Notfall-patient:innen und ist mit einem Notarzt oder einer Notärztin und eine/r Notfallsanitäter:in (Flugretter:in) und einem Piloten besetzt.

Mit der telefonischen Betreuung „**dispatch life support**“ können Anrufer:innen/Ersthelfer:innen angeleitet werden, lebensrettende Maßnahmen, bis hin zur Reanimation bis zum Eintreffen des RD durchzuführen.

Team Österreich Lebensretter sind registrierte Ersthelfer:innen, die sich in der Nähe aufhalten und dadurch in kürzester Zeit vor Ort Erste-Hilfe leisten können. Die ersten beiden Ersthelfer:innen werden zu den Notfall- patient:innen alarmiert um die vor Ort befindlichen Personen zu unterstützen und gegebenenfalls die Reanimation fortzuführen. Der/die dritte disponierte Ersthelfer:in wird zum nächsten, öffentlich verfügbaren Defibrillator geleitet.

Versorgung durch den Rettungsdienst

Rettungs- und Notfallsanitäter:innen führen selbstständig und eigenverantwortlich **lebensrettende Maßnahmen** und die **sanitätsdienstliche Versorgung** am Notfallort und während des Transports in ein (geeignetes) Krankenhaus durch. Sie handeln entsprechend der, in der Ausbildung vermittelten und von den Rettungsorganisationen definierten, Kompetenzen.

Rettungssanitäter:innen leisten qualifizierte notfallmedizinische Basismaßnahmen (BLS, „Basic Life Support“). Darunter fallen unter anderem die fachgerechte Versorgung entsprechend des Beschwerdebildes und die patient:innenorientierte Kommunikation. Der überwiegende Teil der Menschen, die den Rettungsnotruf 144 anrufen, benötigen BLS-Maßnahmen und können von Rettungssanitäter:innen qualitativ voll versorgt werden.

Notfallsanitäter:innen können im Notfall zusätzlich erweiterte Maßnahmen setzen und beispielsweise ein EKG anlegen, Abweichungen von der Norm erkennen und bestimmte Krankheitsbilder medikamentös behandeln. Sie arbeiten dabei eng mit Rettungssanitäter:innen zusammen, die wichtige Teammitglieder auch in der Notfallrettung sind.

Am Notfallort selbst entscheiden Sanitäter:innen anhand ihrer Ausbildung, Erfahrung und medizinischen Handlungsanweisungen, ob die Beurteilung des Notfalls durch die Leitstelle dem tatsächlichen Versorgungsbedarf entspricht. Die Sanitäter:innen der nicht-notärztlich besetzten Rettungsmittel unterscheiden zwischen kritischen und stabilen Patient:innen, d.h. sie fordern bei Bedarf weitere Rettungsmittel nach oder stornieren andere zufahrende Rettungsmittel.

Patient:innen in Lebensgefahr werden von Notärzt:innen behandelt. Sie sind die medizinisch höchst ausgebildeten Einsatzkräfte. Aufgrund der notwendigen klinischen Praxis stehen sie aber nur in begrenzter Anzahl zur Verfügung. Bei ihren notfallmedizinischen Tätigkeiten werden sie von Notfallsanitäter:innen unterstützt, die auch die Verantwortung für die Rettungstechnik und die Einsatztaktik tragen.

Nach der Versorgung vor Ort durch Sanitäter:innen oder bei Lebensgefahr durch Notärzt:innen und Sanitäter:innen gemeinsam, werden Patient:innen in ein geeignetes Krankenhaus transportiert oder an andere Stellen des Gesundheitssystems verwiesen.

Für die Betreuung von Angehörigen stehen Kriseninterventionsteams zur Verfügung, die eng mit dem Rettungsdienst zusammenarbeiten. Sie unterstützen Angehörige in der Akutphase nach einem belastenden Ereignis.

Qualifizierter Krankentransport (Sanitätseinsatz)

Der **Sanitätseinsatz** (qualifizierter Krankentransport) steht völlig zu Unrecht im Schatten der Notfallrettung. Er ermöglicht Menschen, eine gleichberechtigte Teilhabe am Gesundheitssystem, wenn diese aufgrund von medizinischem Betreuungsbedarf keine öffentlichen oder privaten Verkehrsmittel benutzen können.

Beim qualifizierten Krankentransport werden die Patient:innen von Rettungssanitäter:innen fachgerecht betreut. Das bedeutet zum Beispiel, dass Patient:innen nach einer Hüftoperation schonend auf die Trage umgelagert

Lebensrettende Maßnahmen:

Gefahrenabwehr, Freihalten der Atemwege, Herzdruckmassage und Beatmung, Defibrillation, Stillen starker Blutungen, bis hin zur Medikamentengabe nach festgelegten Algorithmen.

Sanitätsdienstliche Versorgung:

Kontaktaufnahme, Anamnese, stellen einer Verdachtsdiagnose, lebensrettende Maßnahmen, korrekte Lagerung, Wund- versorgung, Sauerstoffgabe, Transport zum Rettungswagen, Überwachung des Patient:innenzustandes und verhindern einer Verschlechterung, Auswahl der geeigneten Behandlungseinrichtung, Übergabe im Krankenhaus, psychosoziale Betreuung von Patient:innen und Angehörigen.

Sanitätseinsatz im Gegensatz zu akuten Notfällen sind Sanitätseinsätze Fahrten, die aufgrund des Patient:innenzustandes (z.B. kann keine Stufen steigen oder muss liegend transportiert werden) qualifizierte Betreuung brauchen. Im Vordergrund steht die korrekte Lagerung, die fürsorgliche Betreuung und die Übergabe am Zielort.

werden und mittels spezieller Techniken so unterstützt werden, dass auch während eines längeren Transportes keine Lagerungsschäden auftreten.

Kommt es zu einer akuten Verschlechterung, wird professionelle medizinische Hilfe geleistet. Menschliches Leid und finanzielle Folgeschäden werden so vermieden.

Qualifizierte Krankentransporte werden von Rettungssanitäter:innen mit **Sanitätseinsatzwagen (SEW)** durchgeführt. Eine entsprechende Qualität im qualifizierten Krankentransport ist nur möglich, weil Rettungssanitäter:innen über eine umfassende Ausbildung und entsprechende Erfahrung in ihrem Tätigkeitsbereich verfügen.

Die Betreuung der Patient:innen beinhaltet alle im SanG angeführten Tätigkeiten. Diese sind nicht durch angelernte Hilfskräfte durchzuführen.

Zusammenfassung

Das österreichische Rettungswesen bietet dank des Engagements von Menschen unterschiedlicher Arbeitsverhältnisse und unterschiedlicher Berufe in einem einheitlichen System eine umfassende Versorgung der Bevölkerung.

Insgesamt sorgt dieses System dafür, dass in Österreich Patient:innen zur richtigen Zeit das richtige Rettungsmittel erhalten. Das äußerst dichte Netz an Stützpunkten (> 430) und die dadurch erreichte schnelle Eintreffzeit kann aufrechterhalten werden durch:

- das Betreiben des Rettungsdienstes als Mischsystem: das heißt, dass sowohl die nicht-zeitkritischen Rettungseinsätze und Sanitätseinsätze, als auch der Notfallrettungsdienst aus demselben System und häufig mit denselben Ressourcen betrieben wird. Das ergibt einerseits eine vernünftige Auslastung der Ressourcen, als auch eine engmaschige Vorhaltung für Notfälle. Regionen mit geringer Zahl an Notfällen können (in Zeiten hoher Frequenz an Sanitätseinsätzen – also werktags tagsüber) durch das Mischsystem dennoch eine hohe Dichte an Ressourcen effizient vorhalten.
- den Einsatz von Freiwilligen im Rettungsdienst. Darüber hinaus verfügt der Rettungsdienst in Österreich aufgrund der Organisation im Mischsystem über eine überaus hohe **Aufwuchsfähigkeit:**
Werktags (hohe Auslastung des Systems) durch Priorisierung des Notfalls (auch jenseits der Spitzenauslastung der Notfallrettung) und des Großeinsatzes vor den nicht zeitkritischen Sanitätseinsätzen – und damit etwa eine Dispositionsfähigkeit von etwa 500% gegenüber dem reinen Notfallrettungsdienst. In der Nacht und am Wochenende (geringe Auslastung des Systems) durch Alarmierung von Freiwilligen und Besetzung der freien Rettungsmittel – und damit etwa eine Dispositionsfähigkeit von etwa 700% gegenüber dem reinen Notfallrettungsdienst.

Diese Aufwuchsfähigkeit hat in der Coronapandemie etwa sichergestellt, dass das erhöhte Transportaufkommen durch längere Einsatzzeiten (Infektionsschutzmaßnahmen) und viele Einzeltransporte abgedeckt werden konnte und zeitgleich Test- und Impfstraßen betrieben werden konnten, ohne den Regelrettungsdienst zu gefährden.

Sanitätseinsatzwagen (SEW)

Fahrzeug mit Material und Personal ausgestattet, um qualifizierten Krankentransport durchzuführen und im Notfall lebensrettende Maßnahmen zu ergreifen.

Aufwuchsfähigkeit ergibt sich aus den, zur Verfügung stehenden Ressourcen im Falle einer Spitzenbelastung, eines Großeinsatzes oder einer Katastrophe. Bereits in der Grundausbildung werden RS dafür geschult. Dadurch wird eine große Anzahl von ausgebildeten (freiwilligen) MitarbeiterInnen vorgehalten, die schnell mobilisiert werden können.

Die Aufwuchsfähigkeit des Personals wird durch die im Notfall verfügbaren Fahrzeuge ergänzt, die kurzfristig aus dem Regelbetrieb der Sanitätseinsätze abgezogen werden können.

Herausforderungen in der Zukunft

Telemedizin im Rettungsdienst

An der Versorgung am Notfallort gibt es laufend Weiterentwicklungen. So schreiten Entwicklungen in der **Telemedizin** rasch voran. Vor allem die telemedizinischen Konsultationen und die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern werden in Zukunft intensiviert. Eine flächendeckende Umsetzung wird noch einige Jahre in Anspruch nehmen, entsprechende Ressourcen müssen aufgebaut werden.

Telemedizin im Rettungsdienst ermöglicht es, auch in Zeiten des Ärzt:innenmangels eine flächendeckende notärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten. Die Fachliteratur belegt die Effizienz, Effektivität und Sicherheit von Telenotarzt-Systemen.

Nur bei einem kleinen Teil der Notarzteeinsätze sind tatsächlich notärztliche Maßnahmen vor Ort erforderlich. Etwa die Hälfte aller medizinisch erforderlichen Notarzteeinsätze können durch Notfallsanitäter:innen gemeinsam mit Telenotärzt:innen abgewickelt werden. Bei der Anwendung von Telemedizin ist die Komplikationsrate sehr niedrig.

Die Unterstützung der Sanitäter:innen (und auch Notärzt:innen) vor Ort durch Anwendungen der Telemedizin, z.B. Zuschaltung eines Telenotarztes oder einer Telenotärztin soll eine definitive Verankerung im Sanitätärgesetz erhalten. Damit könnten Entscheidungen zum Best-point-of-service, Belassung, Therapie oder Delegation bestimmter Arzneimittel abgesichert werden. Und damit eine wichtige Position im Sinne der Patient:innenstromlenkung eingenommen werden.

Im Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes gibt es bereits Telemedizin-Pilotprojekte.

Die Krankenhausstrukturreform und ihre Auswirkungen auf das Rote Kreuz

Mit der Krankenhausstrukturreform veränderte sich die Versorgung von Patient:innen. In der modernen Medizin werden besondere Behandlungskompetenzen entwickelt, die hochwertiges Equipment und speziell geschultes und trainiertes Spitalspersonal erfordern. Die Studien zeigen, dass diese Strategien erfolgreich sind und einen nachhaltigen Nutzen für die PatientInnen bringen.

Eine Fokussierung auf Zentren, bzw. die Zusammenlegung von Abteilungen bringt für den Rettungsdienst die Herausforderung, dass die Anfahrtswege in die geeignete Abteilung länger werden, da nicht mehr in jeder Klinik alle Leistungen angeboten werden. Insbesondere lebensbedrohlich erkrankte oder verletzte Patient:innen müssen oft in weiter entfernte Spezialabteilungen transferiert werden. Die stetig steigende Anzahl der Einsätze verstärkt den Effekt, dass in Summe mehr Rettungsmittel mit den geeigneten Mitarbeiter:innen vorgehalten werden müssen, um den Bedarf zu decken.

Oftmals ist es aber nicht möglich Patienten:innen sofort in die Spezialeinrichtung zu transportieren, da eine Erstversorgung bzw. Stabilisierung im nächstgelegenen Krankenhaus erfolgen muss oder sich der Patient:innenzustand während des Aufenthaltes in einer Allgemeinklinik verschlechtert.

Telemedizin ist derzeit in Österreich nur bei Patient:innen in Anwendung, die eine dauernde niederschwellige Betreuung durch einen Arzt brauchen. Z.B. übertragen Diabetiker laufend ihre Werte digital zum behandelnden Arzt, der auf Veränderungen schnell reagieren kann und damit Folgebelastungen (und Folgekosten) spart.

In der Präklinik könnten v.a. Patienten mit Schlaganfall oder Herzinfarkt von telemedizinisch unterstützten Behandlungsabläufen profitieren. Z.B. werden Vitalwerte oder EKG aus dem RTW and den Telenotarzt/die Telenotärztin, bzw. direkt an die Zielklinik übertragen. Dadurch sind bereits wichtige Informationen noch vor dem Patienten verfügbar. Die Kommunikation RD – KH wird vereinfacht und Aufnahmeprozesse beschleunigt.

Die Unterstützung der Sanitäter:innen oder auch Notärzt:innen vor Ort könnte durch die Telemedizin (Telenotarzt) verbessert werden.

In der Regel werden die ersten zeitkritischen oder lebensrettenden Maßnahmen im nächstgelegenen Krankenhaus begonnen. Für den Rettungsdienst ergibt sich dadurch eine neue Patient:innengruppe: Intensivpflichtige Patient:innen, die von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus zu überstellen sind. Dies ist vor allem in Bezug auf Patient:innenmanagement und –überwachung eine Herausforderung, aber auch in der Assistenz des begleitenden Arztes oder der Ärztin.

Mit ***speziell ausgestatteten Fahrzeugen, Notfallsanitäter:innen mit Zusatzausbildung und adaptierten Prozessabläufen*** wird der Rettungsdienst für dieses wachsende Segment spezialisiert. Daraus resultieren eine verbesserte Versorgungsqualität und ein geringeres Risiko für die Patient:innen während des Transfers.

Die Anzahl der Interhospital-Transferierungen wird weiter steigen. Die flächendeckende Durchführung von Interhospital-Transferierungen ermöglicht Synergien (Mehrfachnutzung von Spezialfahrzeugen, höhere Auslastung des Personals, ...) die auch eine betriebswirtschaftliche Beurteilung positiv beeinflussen.

Speziell ausgestattete Fahrzeuge
erlauben intensivmedizinische Versorgung und Überwachung von Patienten. Diese können z.B. Medikamente mit Perfusoren in sehr genauen Dosierungen verabreicht werden oder über spezielle Beatmungsmaschinen beatmet werden.

Um diese Geräte sicher bedienen zu können und die speziellen Abläufe zu beherrschen, bekommen Notfallsanitäter:innen zusätzliche Ausbildungen für Intensivtransport.

In den Fahrzeugen müssen sämtliche Halterungen vorbereitet sein, um das benötigte Spezialmaterial sicher transportieren zu können.

Demographischer Veränderungen, veränderte Bedürfnisse und sinkende Gesundheitskompetenz: Der Rettungsdienst als Wegweiser zum „Best-point-of-Service“

Bis 2045 wächst die Anzahl der Menschen über 60 Jahren um 55 Prozent. Diese Bevölkerungsgruppe benötigt heute schon den Rettungsdienst überdurchschnittlich oft und verursacht etwa 80 % der Fahrten. In dieser Zielgruppe wird der Rettungsdienst oft zu pflegebedürftigen, multimorbiden Menschen gerufen, bei denen zwar kein akuter Notfall vorliegt, jedoch dringender und unvorhergesehener Bedarf an medizinischer Grundversorgung, der häufig außerhalb der Öffnungszeiten anderer Gesundheitseinrichtungen auftritt.

Die mangelnde Verfügbarkeit von Allgemeinmediziner:innen, v.a. in den Nachtstunden, bringt die Menschen dazu den Rettungsdienst zu alarmieren, denn dieser „sichert“ 24/7 den Transport in eine Krankenhausambulanz. In der noch dazu der Besuch mehrerer Fachrichtungen (z.B. Röntgen, Labor) sehr kundenfreundlich organisiert ist.

Die **sinkende Gesundheitskompetenz** der Allgemeinbevölkerung ist ein Trigger für den Anstieg von Einsätzen. Viele Menschen wissen sich auch bei trivialen Erkrankungen, bzw. Verletzungen nicht mehr zu helfen.

Eine **steigende Zahl von Menschen mit psychischen oder sozialen Indikationen**, die den Rettungsdienst durch die niederschwellige Möglichkeit der Alarmierung beanspruchen, denen aber i.d.R. keine Verbesserung ihrer Situation angeboten werden kann, belastet das System zusätzlich.

Vor allem aber leiden die Krankenhäuser unter der Überlastung ihrer Ambulanzen, die voll sind mit Patient:innen, die eigentlich keine Behandlung in einem Krankenhaus benötigen.

Dieser Anstieg der Einsatzzahlen ist bereits seit einigen Jahren zu beobachten und kann dzt. noch durch ein Mehr an Fahrzeugen bzw. Personal abgedeckt werden. Lange Wartezeiten auf einen Heimtransport lassen sich allerdings manchmal nicht vermeiden und führen zu Unzufriedenheit bei den Patienten.

Die steigenden Einsatzzahlen sind auch dem **Anspruchsverhalten der Bevölkerung** geschuldet, dem die Ärzte dadurch nachgeben, dass sie einen Heimtransport auch für Patienten anordnen, denen durchaus zuzumuten wäre, privat oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause zu fahren.

Zu sehen ist, dass die Einsätze zu lebensbedrohlichen Notfällen nur sehr gering steigen, die Hauptlast liegt bei „Bagatelleinsätzen“, die einen Transport in ein Krankenhaus kaum rechtfertigen. Diesen Menschen kann aktuell vom Rettungsdienst kein befriedigendes alternatives Angebot gemacht werden.

Eine Möglichkeit darauf zu reagieren wäre der gezielte Einsatz von **Gemeindesanitäter:innen**. Das sind Sanitäter:innen mit Zusatzkompetenzen zur Versorgung und Beratung von Menschen mit einem unvorhergesehenen Bedarf an medizinischer Grundversorgung.

Demografische Entwicklung belastet das System einerseits durch die steigende Anzahl von älteren, multimorbiden Patient:innen, die teilweise keine adäquate Versorgung erhalten, andererseits durch geburtenschwache Jahrgänge, was zu einem **Personalmangel** führt.

Sinkende Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung viele Menschen sind nicht (mehr) in der Lage sich bei Bagatellfällen selbst zu helfen, bzw. können ihren Gesundheits- bzw. Krankheitszustand nicht richtig einschätzen. Dadurch wird vieles zu einem „Notfall“ das entweder durch Selbsthilfe oder durch Versorgung im niedergelassenen Bereich einfacher zu lösen wäre. Häufig ist der Zugang zu Informationen, um sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden erschwert.

Steigende Zahl von Menschen mit psychosozialen Indikationen: einerseits soll in der Ausbildung der Sanitäter:innen vermehrt darauf eingegangen werden, aber auch strukturelle Verbesserungen in der Versorgung werden notwendig sein, damit diese Menschen die notwendige Unterstützung erhalten. Das kann nicht vom Rettungsdienst abgedeckt werden.

Anspruchsverhalten der Bevölkerung geht Hand in Hand mit der sinkenden Gesundheitskompetenz. Der niederschwellige Zugang zum Rettungsdienst – die kommen immer 24/7 – unterstützt dieses Verhalten, dem kaum etwas entgegensetzt ist.

Gemeindesanitäter:innen könnten durch eine Erweiterung im SanG ausgebildet werden und damit niederschwellige Gesundheitsprobleme vor Ort beheben.

Der generelle Personalmangel und insbesondere der Personalmangel im Gesundheitswesen, einerseits bedingt durch die demografische Veränderung (Pensionierung von Leistungsträger:innen) und der wenig attraktiven Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen machen auch vor den Rettungsdiensten nicht halt.

Die steigenden Alarmierungen zu nicht indizierten Einsätzen frustrieren sowohl die Notärzt:innen, als auch die Sanitäter:innen. Damit wird es schwieriger Menschen für die Arbeit im Rettungsdienst zu begeistern.

Ausbildung

Es ist erforderlich, anhand der Bedürfnisse der Patient:innen, des Rettungsdienstpersonals und der Rahmenbedingungen die notwendigen Kompetenzprofile für Rettungsdienstpersonal zu definieren, diese Kompetenzen auszubilden und auch zielgerichtet einzusetzen. Auf diese Kompetenzprofile aufbauend können dann Ausbildungskonzepte entwickelt werden, aus denen sich wiederum die notwendige Ausbildungsdauer ergibt.

In der Pflege werden die Kolleg:innen sehr breit ausgebildet, denn sie können nach ihrer Ausbildung in vielen unterschiedlichen Fachbereichen eingesetzt werden und brauchen daher eine umfassende Grundausbildung, die all diese möglichen Einsatzgebiete abdeckt. Sanitäter:innen haben ein eingeschränktes, fokussiertes Arbeitsfeld und werden daher genau dafür ausgebildet.

Sanitäter:innen

Das derzeit **bestehende Ausbildungssystem** (SanG, Ausbildungsstufen) und der Einsatz der Berufsgruppen (Rettungssanitäter:innen RS, Notfallsanitäter:innen, Notfallsanitäter:innen NFS mit Notfallkompetenzen und Notärzt:innen) im Rettungsdienst erachten wir als patientenorientiert, effektiv, effizient, flexibel und bedarfsgerecht. Alle Menschen im Rettungsdienst werden nach diesem System ausgebildet, egal in welchem Beschäftigungsverhältnis (freiwillig, hauptberuflich, ZVDL, FSJ) sie stehen.

Eine Kongruenz von Erlerntem und Trainiertem (Können) mit dem Erlaubten (Dürfen), dem Anwendbaren (Häufigkeit, Regelmäßigkeit) und der Verhältnismäßigkeit (gelindere Mittel, Nachalarmierung) ist neben dem vorausgesetzten Wollen beizubehalten bzw. zu berücksichtigen. Eine enge Zusammenarbeit mit den Krankenanstalten (Übungsmöglichkeiten für Sanitäter, Feedback zur Patientenversorgung) unterstützt die Erhaltung und Erweiterung der Kompetenzen.

Erfahrungen der letzten beiden Jahrzehnte zeigen, dass nicht lebensbedrohlich erkrankte oder verletzte Notfallpatient:innen gut von Notfallsanitäter:innen versorgt werden können. Es hat sich aber nicht bewährt, Teile der Ausbildung in die so genannten „Notfallkompetenzen“ auszulagern. Das Österreichische Rote Kreuz befürwortet die Integration der Inhalte und der Kompetenzen der NKA und NKV in die NFS-Ausbildung.

Die derzeit in der Sanitäter-Ausbildungsverordnung (San-AV) vorgeschriebenen Inhalte sollen an die zu bewältigenden Aufgaben angepasst werden. Analog zu anderen Gesundheitsberufsgesetzen soll ein klarer Kompetenzkatalog entwickelt werden. Das könnte auch eine **Erhöhung der Ausbildungszeit** erforderlich machen, um die notwendigen Kompetenzen zu erlernen. Gemeinsam mit einer Anerkennung von Fort- und Weiterbildung könnte zudem der Berufsschutz für hauptberufliche Sanitäter:innen mit einer entsprechenden Berufserfahrung einfach erreicht werden.

Im Sanitätergesetz besteht auch dzt. schon die Möglichkeit notwendige Erweiterungen per Verordnung freizugeben. Davon könnte in Zukunft häufiger Gebrauch gemacht, oder die Möglichkeit bereits im Sanitätergesetz verankert werden. Das könnte die Motivation der Mitarbeiter:innen heben, sich im Rettungsdienst weiterhin zu engagieren, da es eine Karriereplanung ermöglicht.

Bestehendes Ausbildungssystem :
das Sanitätergesetz (SanG) mit der Möglichkeit einer abgestuften Ausbildung ist auch jetzt schon eine sehr gute Basis für die Ausbildung von Sanitäter:innen. Freiwilligen, ZVDL und FSJ stehen alle Möglichkeiten offen.

Eine Anpassung an den Stand der Wissenschaft und Technik ist nach 20 Jahren dringend notwendig.

In der Praxis der letzten Jahre haben sich einige Dinge als nicht (mehr) sinnvoll herausgestellt. Die Entwicklung der Medizin hat auch vor der Präklinik nicht Halt gemacht und das soll auch in die Kompetenzen und Ausbildung der Sanitäter:innen Eingang finden.

Erhöhung der Ausbildungszeit :
Die Grundausbildung zum/zur Rettungssanitäter:in sollte moderat erhöht werden. Damit wird es weiterhin möglich sein, ZVDL auszubilden und in den Rettungsorganisationen einzusetzen.

Das Österreichische Rote Kreuz befürwortet die Abbildung der weiteren Ausbildungsstufen:

- Lehrsanitäter:in
- Gemeindesanitäter:in
- Intensivtransportsanitäter:in

im Rahmen von, im SanG geregelten Weiterbildungen.

Mit möglichen **aufbauenden Zusatzausbildungen** könnten außerdem die Durchlässigkeit der RS/NFS in andere Gesundheitsberufe erleichtert werden. Andererseits könnten Sanitäter:innen mit ihrer Grundqualifikation durchaus in anderen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt werden. Beispielsweise könnten Rettungssanitäter:innen mit Zusatzschulung „Venenpunktion außerhalb von Notfallsituationen“ im Blutspendewesen eingesetzt werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung ist motivierend für die Mitarbeiter:innen im Rettungsdienst, solange sie zielführend und umsetzungsorientiert ist. Mitarbeitende müssen das Gefühl haben, dass sie bzw. ihre Patient:innen dadurch profitieren und ihre Kompetenzen erweitert oder verfestigt werden. Ein Absolvieren von unnötigen Stundenverpflichtungen ohne erkennbaren Sinn wird als demotivierend empfunden. Deshalb muss jede Bildungsmaßnahme inhaltlich gerechtfertigt sein und nicht wegen des zeitlichen Ausmaßes, das sich an nicht ausbildungsimmanenten Zielen orientiert (wie die Erlangung des Berufsschutzes).

Die Unterstützung der Sanitäter:innen (und auch Notärzt:innen) vor Ort durch Anwendungen der Telemedizin, z.B. Zuschaltung eines Telenotarztes oder einer Telenotärztin soll eine definitive Verankerung im Sanitätärgesetz erhalten. Damit könnten Entscheidungen zum Best-point-of-service, Belassung, Therapie oder Delegation bestimmter Arzneimittel abgesichert werden. Heute schon gibt es viele Möglichkeiten der Anamneseunterstützung (z.B. EKG, Blutgasanalyse, Ultraschall, ...) und der digitalen Weiterleitung an ärztliches Personal zur Beurteilung.

Um den Großteil der Patient:innen entsprechend zu versorgen (siehe oben – Bagatelleinsätze) braucht es keine jahrelang ausgebildeten Spezialisten, sondern Sanitäter:innen mit einer soliden Grundausbildung, die patientengerecht handeln und die Möglichkeit haben, höherwertige Rettungsmittel (NA, NFS) zuzuziehen.

Für die Gruppe der Notfallpatienten, die nicht lebensbedrohlich erkrankt oder verletzt sind, sollen entsprechend ausgebildete und kompetente Notfallsanitäter:innen zur Verfügung stehen, die mit Equipment ausgestattet sind, das dem Stand der Wissenschaft und Technik entspricht.

Die Möglichkeit alle Ausbildungsstufen auch als freiwillige/r Mitarbeiter:in zu erreichen muss erhalten bleiben. Das Angebot einer berufsbegleitenden Ausbildung ist dafür Voraussetzung.

Im Zusammenwirken mit den Veränderungen im Gesundheitssystem (Gesundheitsreform) halten wir Veränderungen für möglich und zielführend.

Aufbauende Zusatzausbildungen sind dzt. im SanG nicht definiert, können für die Karriereplanung der Sanitäter:innen und für die Durchlässigkeit in andere Gesundheitsberufe einen guten Beitrag leisten.

In der Notfallsanitäter:innen-ausbildung wird nicht nur eine moderate Anhebung der Ausbildungsstunden notwendig sein, sondern v.a. eine Anpassung der Inhalte.

Notärzt:innen

Aus unserer Sicht sind Notärzte und Notärztinnen, die sowohl klinisch als auch präklinisch tätig sind und dadurch ein hohes Maß an Routine für Notfallmaßnahmen mitbringen, die beste Option für Notfallpatient:innen. Durch die Einbindung der Notärzt:innen in beide Systeme werden eine gute Durchlässigkeit und ein guter Austausch gewährleistet.

Die Zahl der präklinisch tätigen Notärzt:innen ist durch geeignete, politische Maßnahmen und Rahmenbedingungen hochzuhalten. Eine allzu einengende Ausbildungserfordernis auf faktisch eine einzige Fachrichtung ist aus diesem Grund abzulehnen.

Alle lebensbedrohlich Erkrankten oder Verletzten profitieren jedenfalls durch eine möglichst rasch (präklinisch) einsetzende Versorgung durch ärztliches Personal.

Notärzt:innen haben die, für die Präklinik umfangreichste Ausbildung in Theorie und Praxis und berufsrechtlich alle Befugnisse.

Der Rettungsdienst als Gesundheitsdienstleister

Die hohen Kosten im Gesundheitssystem werden unter anderem dadurch verursacht, dass zu viele Behandlungen im Krankenhaus durchgeführt werden.

Durch verschiedene Maßnahmen wird derzeit versucht, Patientenströme vom Krankenhaus (Ambulanzen) in den extramuralen Bereich (niedergelassene Ärzte, Primary Health Care, Pflege zuhause) zu lenken.

Der Verweis zum „**best point of service**“ - eine der Maßnahmen, die derzeit erprobt und evaluiert wird - ist die telefonische (über 1450) Beratung der Patient:innen. Dabei werden Anrufer:innen auf Basis von evidenzbasierten Algorithmen und geschultem Personal beraten, und es werden ihnen Alternativen zur Behandlung im Krankenhaus vorgeschlagen.

Der Rettungsdienst könnte diesen Lenkungseffekt verstärken, wenn einige (geringfügige) gesetzliche Änderungen, die bedeutende Änderungen des Systems Rettungsdienst nach sich ziehen, umgesetzt würden.

Im ASVG wird der Rettungsdienst defacto auf eine reine Transportleistung (Zuführung zur Behandlung) reduziert. Jetzt schon leistet der Rettungsdienst deutlich mehr. Er führt eine Erstuntersuchung durch (Anamnese). Er versorgt und betreut die Patient:innen sowohl vor Ort, als auch auf dem Transport ins Krankenhaus.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen erstatten die Kosten nur dann, wenn der/die Patient:in transportiert wurde. Wie bereits ausgeführt ist das nächstgelegene Krankenhaus nicht immer ist der best-point-of-service. Oftmals ist eine Betreuung durch einen niedergelassenen Arzt oder eine Sozialeinrichtung besser geeignet. In diesem Fall würde kein Transport stattfinden. Die Krankenversicherungen vergüten die Aufwände des Rettungsdienstes dafür nicht. Patient:innen müssen den Einsatz des Rettungsdienstes dann selbst bezahlen. Ein Lenkungsversuch zum best-point-of-service versagt.

Zwei (bundes-)gesetzliche Änderungen würden das System Rettungsdienst so ändern, dass es einen Beitrag zum Lenkungseffekt (vom Krankenhaus zu den extramuralen Gesundheitsdienstleistern) leistet:

- Definition des Rettungsdienstes als Gesundheitsdienstleister, dessen Inanspruchnahme von den gesetzlichen Krankenkassen auch ohne Transport in ein Krankenhaus bezahlt wird.
- Anerkennung der Regelkompetenz von Sanitätern den „best-point-of-service“ mit dem Patienten zu definieren. Auch wenn sich dieser „best-point-of-service“ als „zu Hause bleiben“ und weitere Betreuung durch extramurale Gesundheitsdienstleister herausstellt. Bei korrekter Ausübung dieser Regelkompetenz haben die Sanitäter keine straf- und haftungsrechtlichen Konsequenzen zu erwarten.

Best point of service : auf den Patient:innenbedarf angepasste Möglichkeit das Gesundheitssystem zu nutzen.

Der Ausbau im niedergelassenen Bereich, z.B. durch Primärversorgungszentren muss vorangetrieben werden.

Ebenso wie die Aufstockung der Versorgung von psychischen/psychiatrischen Problemen und die Unterstützung durch Sozialarbeit.

Wenn derzeit ein RTW zu einem (vermeintlichen) Notfall disponiert wird und die Sanitäter:innen bei fachgerechter Untersuchung des/der Patient:in keine Lebensgefahr bzw. eine Verschlechterung des Zustandes erwarten (z.B. alarmiert wegen akuter Atemnot, nach Untersuchung $\Rightarrow$ Hyperventilation), wird diese/r Patient:in in ein Krankenhaus transportiert. Der best-point-of-service könnte auch der niedergelassene Arzt oder eine Betreuung durch Angehörige sein.

Wenn SanitäterInnen die PatientInnen nicht ins Krankenhaus bringen

... übernehmen persönlich großes Risiko

... und der Einsatz wird von den Kostenträgern nicht bezahlt.

Wenn wir davon ausgehen, dass bei der TeWeb-Lösung 1450 eine Entscheidung über die weitere Vorgangsweise auf Basis von Algorithmen, ohne direkten persönlichen Kontakt sinnvoll getroffen werden kann, dann wäre eine gleichartige Entscheidung durch Sanitäter:innen vor Ort mit persönlichem Kontakt (und damit einer face-to-face Beurteilung des Patient:innenzustandes) aus unserer Sicht indiziert, vernünftig und sogar notwendig, um den gewünschten Lenkungseffekt zu verstärken.

Bereits bestehende, bzw. zukünftige Entwicklung von Algorithmen (z.B. in Apps, die als Medizinprodukt zertifiziert sind), Künstlicher Intelligenz und weiteren Unterstützungstools werden die Arbeit der Sanitäter:innen unterstützen und weiter absichern.

Neben den oben angeführten gesetzlichen Voraussetzungen bedingt eine Systemänderung folgende Maßnahmen (nicht taxativ):

- Einführung der Möglichkeit den „best-point-of-service“ zu identifizieren und Patient:innen dorthin zu verweisen, samt Ausbildung in Theorie und Praxis
- Beschluss eines Algorithmus (Erstellung von SOP's) zum Ausschluss von Gefährdung für PatientInnen durch eine Instanz (Gesetz, Verordnung, Gremium außerhalb der Organisation des RD, Chefärzt:innen des RD) und damit Risikoübergang von Sanitäter:innen, zum Staat oder zur Organisation
- Erstellung von Materialien mit dem die Sanitäter:innen die Patient:innen über die Alternativen (Hausarzt/Hausärztin inkl. Ordinationszeiten und Adressen, Primary Health Care, Fachärzt:innen, ...) informieren können
- Änderung der Landesrettungsgesetze in Bezug auf die Aufgaben des Rettungsdienstes
- Priorisierung der Patienten des Rettungsdienstes in den Ambulanzen, da diese bereits vortriagiert sind
- Dem Lagebild „Notfall“ sollen bei der Disposition regelmäßig (analog der Hilfsfrist) entsprechende materielle und personelle Ressourcen (RTW mit NFS) zugeordnet werden.

Ausbildung für Rettungs- und Notfallsanitäter:innen Aufstellung Stunden - ECTS

Die Ausbildung von Sanitäter:innen nimmt bereits derzeit wesentlich mehr Zeit in Anspruch, als offiziell durch eine Stundentafel (Modulordnung) dargestellt wird. Dieser Zeitaufwand wird nicht abgebildet.

Dem vom BVRD (Bundesverband Rettungsdienst) geforderte Ansatz, die Ausbildungsstunden über ECTS Punkte abzubilden können wir nachvollziehen. Diese Darstellung beinhaltet nicht nur Unterrichtseinheiten während einer formellen Ausbildung, sondern stellt den gesamten Lernaufwand der Auszubildenden dar.

In den Berechnungen der ECTS Punkte wird ein Punkt mit 25 Stunden Aufwand berechnet.

Untenstehend eine überschlagsmäßige Berechnung der Ausbildung lt. dem derzeit gültigen Sanitättergesetz, bzw. der Sanitätterausbildungsverordnung, nach einer Zusammenstellung des Landesverbandes Niederösterreich.

Grundausbildung Rettungssanitäter:in

	Std.	Gesamt	ECTS	Gesamt
Vorträge/Theorie	52		2,08	
praktische Übungen	72		2,88	
MPG-Einschulung	8		0,32	
Zwischenprüfung	4		0,16	
Prüfungsvorbereitung	16		0,64	
Dienst am KTW / RTW	160		6,4	
Datenschutz, Organisation, etc.	10		0,4	
Lernzeiten (1:1,5)	78		3,12	
Abschlussprüfung	4	404	0,16	16,16

Ausbildung zum/zur Sicherem Einsatzfahrer:in

Ein Großteil der Sanitäter:innen durchlaufen diese Ausbildung, v.a. wenn die Karriereplanung in Richtung Notfallsanitäter:in geht, ist eine ausreichende Praxis erforderlich.

Vorträge, e-learning	4		0,16	
Lernzeiten (1:1,5)	6		0,24	
Fahrsicherheitstraining	8		0,32	
Übungsfahrten	16		0,64	
Abschlussprüfung	2	36	0,08	1,44

Ausbildung zum/zur Praxisanleiter:in

Ein Großteil der Sanitäter:innen durchlaufen diese Ausbildung, v.a. wenn die Karriereplanung in Richtung Lehrsaniäter:in, bzw. NFS am RTW geht, ist diese Ausbildung Voraussetzung.

Einstiegstest Rettungssaniäter (RS) Wissen	1		0,04	
Lernzeiten (halbe Lernzeiten RS)	39		1,56	
Kurs	16	56	0,64	2,24

RTW-Einschulung

Alle Sanitäter:innen, die Dienst am RTW machen wollen, müssen diese Ausbildung durchlaufen.

Kurs	8	8	0,32	0,32
------	---	----------	------	-------------

Berufsmodul (lt. SanG)

e-learning, Kurs	40		1,6	
Lernzeiten (1:1,5)	60	100	2,4	4

Praxiszeit bis zur Zulassung zur NFS (Notfallsaniäter:innen) Ausbildung

Schätzung	576	576	23,04	23,04
-----------	-----	------------	-------	--------------

Ausbildung zum/zur Notfallsaniäter:in

Einstiegstest (RS-Wissen)	2		0,08	
Lernzeit (halbe Lernzeiten RS)	39		1,56	
Vorträge	86		3,44	
praktische Übungen	88		3,52	
Lernzeiten zu Vorträgen (1:1,5)	129		5,16	
Selbststudium, Hausübungen	86		3,44	
Krankenhauspraxis	40		1,6	
Praktikum RTW/NEF	280		11,2	
Prüfung	4	754	0,16	30,16

Ausbildung NKA (Notfallkompetenz Arzneimittellehre) und NKV (Notfallkompetenzen Venenzugang und Infusion)

Theorie e-learning	40		1,6	
Praxistag	8		0,32	
Lernzeit (1:1,5)	60		2,4	
Prüfung	2	110	0,08	4,4
Theorie	4		0,16	
Praxistag	6		0,24	
Lernzeiten (1:1,5)	6		0,24	
Krankenhauspraxis	40		1,6	
Prüfung	2	58	0,08	2,32

Praxiszeit von NKV bis NKI

Lt . SanG	500	500	23,04	23,04
-----------	-----	------------	-------	--------------

Ausbildung NKI (Notfallkompetenz Beatmung und Intubation)

Theorie	16		0,64	
praktische Übungen	16		0,64	
Krankenhauspraxis	80		3,2	
Lernzeit (1:1,5)	24		0,96	
Prüfung	2	138	0,08	5,52

Führungskräfteausbildung Ebene 1

Ein Großteil der Notfallsanitäter:innen durchlaufen diese Ausbildung. Themen dieser Seminarreihe, z.B. Mitarbeiterführung, Kommunikation und Konfliktlösung u.ä. sind für die Tätigkeit als Sanitäter:innen sinnvoll und werden beispielsweise in der NFS Ausbildung in Deutschland ebenfalls unterrichtet.

Theorie	36		1,44	
Lernzeiten (1:1,5)	54		2,16	
Prüfung	2	92	0,08	3,68

In Summe ergibt das derzeit bereits einen Gesamtaufwand von 2.392 Stunden = 118,8 ECTS

Praxisjahr

Eine Möglichkeit die Ausbildung abzurunden und auf ein international vergleichbares Niveau zu heben, wäre ein „Praxisjahr“ mit **1.600 Stunden (64 ECTS)**. Dieses Praxisjahr sollte vorrangig in der Notfallrettung/Notarztsystemen bzw. in geeigneten Gesundheitseinrichtungen (Notfallaufnahmen, Intensivstationen, Facharztordinationen, u.ä.) stattfinden. Insgesamt wären das 177,28 ECTS, 180 ECTS entsprechen einer dreijährigen Ausbildung.

Nicht dargestellt sind die Fortbildungs- und Rezertifizierungsverpflichtungen (mind. 16 Stunden/2 Jahre) und extern absolvierte Kursformate wie PHTLS, ERC, AMLS,...