

Evaluierung des Sanitärergesetzes (SanG)

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Evaluierung des Sanitärergesetzes (SanG)

Ergebnisbericht

Autoren:

Reinhard Meixner
Martin Gessl

Fachliche Begleitung:

Irene Hager-Ruhs
Anna Kondor-Peters
Benjamin Bachl

Projektassistenz:

Petra Groß

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Februar 2024

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Meixner, Reinhard; Gessl, Martin (2024): Evaluierung des Sanitärergesetzes (SanG). Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/4/5477

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Das Sanitätergesetz (SanG) trat 2002 in Kraft, eine notwendige Modernisierung wird seit einiger Zeit von den Interessengruppen diskutiert. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) im Jahr 2023 mit der Evaluierung des Sanitätergesetzes beauftragt. Ziel der vorliegenden Evaluierung ist, eine Grundlage für die berufs- und ausbildungsrechtliche Anpassung des Sanitätergesetzes und in weiterer Folge der Sanitäter-Ausbildungsverordnung fachlich vorzubereiten. Weiters wurden auch Handlungsempfehlungen abgeleitet, die nicht im direkten Zusammenhang mit dem SanG stehen, aber die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung insgesamt betreffen.

Methoden

Im Rahmen der Evaluierung konnten auf keine österreichweit systematisch erhobenen Daten zur Anzahl und zum Ausbildungsgrad der in Österreich tätigen Sanitäter:innen zurückgegriffen werden, diese Datenlücke galt es zu schließen. Daher wurde an die zuständigen Organisationen und Ministerien ein strukturierter Erhebungsbogen übermittelt, um die Anzahl und den Ausbildungsgrad der Sanitäter:innen zu ermitteln. Qualitative Daten wurden durch Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten der Rettungsorganisationen und anderer Stakeholder:innen gewonnen und die erhobenen quantitativen Daten im Rahmen der Fokusgruppen diskutiert und interpretiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung zeigen, dass im österreichischen Rettungswesen eine überwiegende Mehrheit auf dem Ausbildungsniveau „Rettungssanitäter:in“ tätig und ein Großteil der Sanitäter:innen freiwillig engagiert ist. Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen Modernisierungsbedarf im Rahmen der Fort-, Aus- und Weiterbildung, berühren aber auch andere Rechtsmaterien abseits des Berufs- und Ausbildungsrechts. Die Forderungen der Interessengruppen wurden im Rahmen der Evaluierung zusammengeführt und thematisch zusammengefasst.

Empfehlungen

Folgende Empfehlungen lassen sich ableiten:

1. Modernisierung der Ausbildung insbesondere im Hinblick auf Kompetenzorientierung sowie Stundenausmaß der Notfallsanitäterausbildung
2. Aufnahme von telemedizinischen Möglichkeiten ins SanG
3. Attraktivierungsmaßnahmen wie zum Beispiel stärkere Durchlässigkeit in andere Gesundheitsberufe
4. Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen

Schlüsselwörter

Evaluierung, Sanitätergesetz, SanG, Rettungswesen

Inhalt

Kurzfassung	III
Inhalt	V
Abbildungen.....	VI
Tabellen	VII
Abkürzungen.....	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Ziel des Projekts	2
2 Methodisches Vorgehen der Evaluierung	4
3 Sanitäterausbildung in Österreich	6
4 Internationale Modelle	9
5 Quantitative Datenerhebung	11
5.1 Datenerhebung – Methodik	11
5.2 Ergebnisse der Datenerhebung.....	12
5.2.1 Österreichweite Ergebnisse.....	12
5.2.2 Ergebnisse nach Bundesländern.....	16
5.3 Limitierungen	20
6 Qualitative Datenerhebung.....	21
6.1 Fokusgruppen – Methodik.....	21
6.2 Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews	22
7 Zusammenfassung der Ergebnisse	27
8 Empfehlungen für das Berufs- und Ausbildungsrecht.....	29
8.1 Ausbildung modernisieren und anpassen	29
8.2 Telemedizin im SanG verankern	29
9 Weitere Empfehlungen	30
9.1 Attraktivierungsmaßnahmen	30
9.2 Wohnortnahe Versorgung ausbauen	30
10 Ausblick	31
Literatur	32

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Projektzeitplan der Evaluierung	3
Abbildung 5.1:	Anzahl der in Österreich tätigen Sanitäter:innen pro Organisation (n = 48.427).....	13
Abbildung 5.2:	Sanitäteranzahl nach den Kategorien hauptberuflich / Zivildienstler / Freiwilliges Soziales Jahr / ehrenamtlich absolut und in Prozent (n = 48.061)	14
Abbildung 5.3:	Verteilung nach höchstem Ausbildungsgrad in absoluten Zahlen und in Prozent (n = 47.933)	15
Abbildung 5.4:	Verteilung nach Geschlecht (n = 47.361)	16
Abbildung 5.5:	Sanitäteranzahl absolut nach Bundesländern (n = 47.899)	17
Abbildung 5.6:	Anzahl nach den Kategorien hauptberuflich / ehrenamtlich / Freiwilliges Soziales Jahr / Zivildienstleistende pro Bundesland in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 47.863)	18
Abbildung 5.7:	Anzahl nach höchstem Ausbildungsgrad pro Bundesland in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 47.498)	19

Tabellen

Tabelle 3.1:	Ausbildungsdauer der Sanitäterausbildungen inklusive der Einsatzstunden als Zugangsvoraussetzung gemäß §§ 9 bis 12 und 32 ff. SanG	7
Tabelle 4.1:	Gegenüberstellung der Sanitäterausbildung hinsichtlich höchster Ausbildungsdauer, Ausbildungsstätten und Berufsbezeichnung in ausgewählten europäischen Ländern	9
Tabelle 5.1:	Angefragte Organisationen	11
Tabelle 6.1:	Datum und Zielgruppen der Fokusgruppen.....	21

Abkürzungen

ACN	Acute Community Nurse
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVRD	Bundesverband Rettungsdienst
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin / Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
ECTS	European Credit Transfer System
FH	Fachhochschule
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
GBR	Gesundheitsberuferegister
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
NFS	Notfallsanitäter:in
NKA	Notfallkompetenz Arzneimittellehre
NKI	Notfallkompetenz Beatmung und Intubation
NKV	Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
RS	Rettungssanitäter:in
San-AV	Sanitäter-Ausbildungsverordnung
SanG	Sanitätergesetz
ZDL	Zivildienstleistender

1 Einleitung

Der Zuwachs an wissenschaftlichen Erkenntnissen, der Einzug neuer Technologien in nahezu allen Versorgungsbereichen und die prognostizierten soziodemografischen Entwicklungen der nächsten Jahre erfordern eine laufende und systematische Anpassung der Gesundheitsversorgung in Österreich. Die damit verbundenen Anforderungen an die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe unterliegen einem laufenden Wandel. Zur Sicherstellung einer zukunftsfähigen und qualitätsvollen Versorgung ist regelmäßig erforderlich, berufsrechtliche Grundlagen der Gesundheitsberufe an diese neuen Erfordernisse anzupassen.

Das Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitättergesetz – SanG) trat im Jahr 2002 in Kraft, eine Modernisierung des Sanitättergesetzes wird seit einiger Zeit diskutiert. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) im Jahr 2023 mit der Evaluierung des Sanitättergesetzes beauftragt.

Ziel der vorliegenden Evaluierung ist, das Berufs- und Ausbildungsrecht der Sanitäter:innen zu aktualisieren und an zukünftige Erfordernisse anzupassen. Die vorliegende Evaluierung liefert sowohl quantitative als auch qualitative Daten zum Reformbedarf des SanG und leitet entsprechende Handlungsempfehlungen ab.

Speziell die Versorgung in Notfallsituationen bedarf hervorragend ausgebildeter Professionistinnen und Professionisten. Das Sanitättergesetz stellt sicher, dass Sanitäter:innen über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, um in Notfallsituationen kompetente notfallmedizinische Versorgung zu leisten. Damit die Bevölkerung auch weiterhin darauf vertrauen kann, soll das SanG entsprechend evaluiert und in weiterer Folge modernisiert werden.

Es werden im Rettungswesen sowohl Krankentransporte als auch Notfälle von den Rettungsorganisationen übernommen. Den Rettungsorganisationen kommt somit eine wichtige Rolle bei planbaren Situationen, wie einem angemeldeten und geplanten Krankentransport, zu, aber auch bei nicht planbaren Akutsituationen, wie in Notfallsituationen. Weiters gibt es innerhalb des Systems einen großen Anteil an ehrenamtlichen Sanitärerinnen und Sanitärern, die ihre Dienste in ihrer Freizeit verrichten. Dies ist nicht selbstverständlich und zeugt von großem zivilgesellschaftlichen Engagement, macht eine Versorgungsplanung und Steuerung der vorhandenen Personalressourcen allerdings aufwendiger. Auch Personen, die Zivildienst oder ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) absolvieren, spielen im Rettungs- und Krankentransportdienst eine wichtige Rolle. Diese Personen sind nach der Grundausbildung per Definition in den meisten Fällen Rettungssanitäter:innen und unterstützen in der Regel das Krankentransportwesen.

Das Spannungsfeld, das sich hier eröffnet, ist gekennzeichnet durch eine kontinuierliche Zunahme der Anzahl sowohl an Krankentransporten als auch an Notfalleinsätzen; aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich dieser Trend auch zukünftig fortsetzen. Alle im Rettungsdienst tätigen Personen leisten einen wertvollen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung, sowohl im Rahmen von akuten Geschehen als auch im Krankentransportwesen, und sind unerlässlich, um die hohe

Versorgungsqualität weiterhin zu gewährleisten. Um dies auch in Zukunft zu ermöglichen, wurde die vorliegende Evaluierung durchgeführt.

Im Folgenden sollen der Prozess der Evaluierung und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen erläutert werden.

1.1 Ziel des Projekts

Dieses Projekt hat zum Ziel, das Sanitätergesetz hinsichtlich eines möglichen Modernisierungsbedarfs zu evaluieren. Hierzu werden eine Erhebung und Analyse des Ist-Stands durchgeführt. Die kontinuierliche Koordination und Begleitung des Prozesses unter umfassender Einbindung von Stakeholdern ist ein weiterer Teil des Projekts, um das BMSGPK bei der Anpassung der berufsrechtlichen Grundlagen der Sanitärer:innen zu unterstützen.

Zur thematischen Eingrenzung des Projekts wurden mit dem Auftraggeber, dem BMSGPK, Ziele und Nichtziele der Evaluierung vereinbart, diese werden hier dargestellt:

Ziele

- » quantitative Datenerhebung über die Anzahl und den Ausbildungsgrad der in Österreich tätigen Sanitärer:innen
- » qualitative Fokusgruppen, um den Modernisierungsbedarf zu ermitteln und die quantitativen Daten zu diskutieren
- » Empfehlungen hinsichtlich eines möglichen Modernisierungsbedarfs im Ausbildungs- und Berufsrecht ermitteln

Nichtziele

- » Änderung des Systems der Ehrenamtlichkeit einschließlich Zivildienst
- » Änderung des notarztgestützten Systems
- » Evaluierung der Rettungsgesetze der Bundesländer

Im Zuge der Evaluierung wurde eine Auftaktveranstaltung im April 2023 mit allen beteiligten Stakeholdern abgehalten, um über die weiteren Projektschritte zu informieren und eine Abstimmung über die zu evaluierenden Inhalte durchzuführen. Ziel der Veranstaltung war auch, einen einheitlichen Fragebogen für die quantitative Datenerhebung zu erarbeiten und den Projektzeitplan zu diskutieren. Der Zeitplan der Evaluierung findet sich in Abbildung 1.1.

Abbildung 1.1:
Projektzeitplan der Evaluierung

Projekttauf 2023	Jänner	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Projektvorarbeiten		■	■									
Auftaktveranstaltung				■								
quantitative Datenerhebung					■	■	■	■				
qualitative Datenerhebung									■	■	■	
Status-Quo Präsentation												■
Berichtlegung												■

Quelle: GÖG

Im folgenden Kapitel soll die Methodik der vorliegenden Evaluierung erläutert werden.

2 Methodisches Vorgehen der Evaluierung

Ziel der vorliegenden Evaluierung ist, eine fachliche Grundlage für die berufs- und ausbildungsrechtliche Anpassung des SanG und in weiterer Folge der Sanitäter-Ausbildungsverordnung (San-AV) zu erarbeiten. Weiters wurden auch Handlungsempfehlungen ermittelt, die nicht im direkten Zusammenhang mit dem SanG stehen, aber die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung insgesamt betreffen.

Der vorliegende Bericht umfasst inhaltlich in erster Linie rettungsdienstliche Schwerpunkte im Kompetenzbereich des Bundes, durch eine umfassende Einbeziehung von Stakeholdern wurden aber auch Themenfelder identifiziert, die in den Kompetenzbereich der Länder bzw. Gemeinden fallen. Diese standen nicht im Fokus der Evaluierung, wurden aber im Sinne einer ganzheitlich betrachteten Evaluierung dargestellt.

In Absprache mit dem BMSGPK wurde nach einer Analyse der vorhandenen Literatur und nach Einbeziehung der beteiligten Stakeholder die Evaluierung in zwei Themenbereiche aufgeteilt:

- » Quantitative Datenerhebung über die Anzahl und den Ausbildungsgrad der in Österreich tätigen Sanitäter:innen
- » qualitative Fokusgruppen, um den Modernisierungsbedarf zu ermitteln und die quantitativen Daten zu diskutieren

Im Rahmen einer Auftaktveranstaltung im April 2023 wurde mit den beteiligten Stakeholdern der Projektplan präsentiert und diskutiert und weitere Schritte wurden vereinbart. Es wurde auch der Fragebogen für die quantitative Erhebung bei der Veranstaltung gemeinsam mit den zuständigen Organisationen zum Zwecke der Validierung diskutiert und überarbeitet. Dies war besonders relevant, um eine koordinierte Datengrundlage abzustimmen, damit alle Organisationen einheitliche Daten übermitteln können.

Es gibt in Österreich bisher keine einheitliche Datengrundlage über die Anzahl der Sanitäter:innen bzw. welchen Ausbildungsgrad diese haben. Die zum Zeitpunkt der Evaluierung zur Verfügung stehenden Daten stützen sich in erster Linie auf die Ausbildungsstatistik im Gesundheitswesen der Statistik Austria und auf die Zivildienstbilanz der Zivildienstserviceagentur. Das Bundesland Tirol publiziert jährlich Daten, unter anderem über Anzahl und Ausbildungsstand von Sanitäterinnen und Sanitätern; eine Anfrage der NEOS an die zuständige Gesundheitslandesrätin in Oberösterreich gibt Auskunft über die in diesem Bundesland tätigen Sanitäter:innen im Jahr 2021. (NEOS. Landtagsklub Oberösterreich 2023; Schinnerl 2022; Statistik 2022; Zivildienstserviceagentur 2023)

Um diese Datenlücke zu schließen, wurde mit dem Auftraggeber vereinbart, eine österreichweite Datenerhebung durchzuführen, um einen Überblick über die Anzahl und die Ausbildungssituation der in Österreich tätigen Sanitäter:innen zu erhalten. Diese Erhebung wird in Kapitel 5 beschrieben.

Aufgrund der großen Anzahl der beteiligten Stakeholder wurden zudem Fokusgruppeninterviews geplant, um einerseits die Ergebnisse der Datenerhebung diskutieren zu können und andererseits qualitative Datengrundlagen über mögliche Modernisierungsansätze im SanG zu schaffen. Insgesamt wurden vier Fokusgruppeninterviews im Herbst 2023 durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen des Rettungsdienstes besetzt, eine detaillierte Beschreibung der qualitativen Erhebung erfolgt in Kapitel 6.

Im folgenden Kapitel soll die Ausbildungssituation der österreichischen Sanitäter:innen dargestellt werden.

3 Sanitäterausbildung in Österreich

Das SanG sieht folgende Ausbildungsstufen vor:

- » § 9 Rettungssanitäter
- » § 10 Notfallsanitäter
 - » § 11 Abs. 1 Allgemeine Notfallkompetenz Arzneimittellehre
 - » § 11 Abs. 2 Allgemeine Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion
 - » § 12 Besondere Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (Sanitätergesetz)

Des Weiteren sind im SanG bzw. in der Sanitäter-Ausbildungsverordnung (San-AV) detaillierte Ausbildungsinhalte geregelt, diese wurden im Rahmen der Evaluierung seitens der Expertinnen und Experten auch thematisiert. Die detaillierten Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews finden sich in Kapitel 6.

Wie bei Gesundheitsberufen üblich, gliedert sich die Ausbildung in theoretische und praktische Ausbildungsinhalte. Die Ausbildung besteht aus aufeinander aufbauenden Kompetenzstufen, die unterste Ausbildungsstufe stellt die zum bzw. zur Rettungssanitäter:in dar, gefolgt von der Ausbildung zum bzw. zur Notfallsanitäter:in. Notfallsanitäter:innen können ergänzende Zusatzausbildungen absolvieren, diese werden als Notfallkompetenzen bezeichnet; es können drei Spezialisierungen erworben werden: Allgemeine Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NKA), Allgemeine Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion (NKV) sowie Besondere Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI). Der Erwerb dieser Notfallkompetenzen führt zur Befugnis, erweiterte Notfallmaßnahmen ausüben zu dürfen. Weiters besteht die Möglichkeit, ein „Berufsmodul“ zu absolvieren; dieses ist für hauptberufliches Personal verpflichtend, kann aber auch von ehrenamtlichen Sanitäterinnen und Sanitätern besucht werden. Tabelle 3.1 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Ausbildungsstufen und die Ausbildungsstunden inklusive Einsatzstunden als Zugangsvoraussetzungen, die diese Ausbildungen erfordern.

Tabelle 3.1:

Ausbildungsdauer der Sanitäterausbildungen inklusive der Einsatzstunden als Zugangsvoraussetzung gemäß §§ 9 bis 12 und 32 ff. SanG

	Stunden gesamt	Theorie	Praxis
Rettungssanitäter:in (Modul 1)	260	100	160
Einsatzstunden als Zugangsvoraussetzung für das Modul 2	160		160
Notfallsanitäter:in (Modul 2)	480	160	320
Allgemeine Notfallkompetenz Arzneimittellehre	40	40	-
Allgemeine Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion	50	10	40
Einsatzstunden im Notarztsystem als Zugangsvoraussetzung für die besondere Notfallkompetenz	500	-	500
Besondere Notfallkompetenz Beatmung und Intubation	110	30	80
Berufsmodul*	40*	40*	-
Summe Sanitäterausbildung & Einsatzstunden als Zugangsvoraussetzung	1.640	380	1.260

*Das Berufsmodul ist nur bei hauptberuflicher Tätigkeit verpflichtend zu absolvieren.

Quelle: SanG; Darstellung: GÖG

Es bestehen im SanG bestimmte Stundenvoraussetzungen, um die nächsthöhere Ausbildungsstufe absolvieren zu können. Um die Ausbildung zum bzw. zur Notfallsanitäter:in absolvieren zu dürfen, müssen 160 Stunden Dienst als Rettungssanitäter:in absolviert werden. Um zur Ausbildung „Besondere Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI)“ zugelassen zu werden, müssen 500 Stunden Dienst im Notarztsystem absolviert werden. Die quantitative Datenerhebung im Rahmen der Evaluierung (siehe Kapitel 5) hat allerdings gezeigt, dass nur ein Bruchteil der Sanitäter:innen die Ausbildungsstufe NKI erreicht und diese 1.640 Stunden entsprechend selten ausgebildet werden. Der größte Anteil wird von Rettungssanitäterinnen und -sanitätern mit einer Ausbildungszeit von 260 Stunden gestellt, diese Ausbildungsstufe ist verglichen mit anderen Gesundheitsberufen als sehr kurz ausgebildet zu betrachten.

Die maximal mögliche Ausbildungsdauer liegt in Summe also bei 1.640 Stunden, wenn das maximale Ausbildungsangebot absolviert wird, also inklusive Berufsmodul, und die vorgegebenen Stundenvorgaben in der Praxis miteinberechnet werden.

Die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) hat diesbezüglich in einem Positionspapier auf die Besonderheit der stundenweisen Vorgabe von Praktikumsstunden im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen Stellung genommen:

*„Die im SanG geforderte praktische Ausbildung [...] wird aktuell nicht als Zeit im Einsatz, sondern als Anwesenheit am Stützpunkt, unabhängig vom Einsatzaufkommen, interpretiert. Damit ist die Zeit mit Patient*innenkontakt nur ein Bruchteil der genannten Stunden. [...] Aus Sicht der*

*Autor*innen ist der prä- und innerklinische praktische Kompetenzerwerb die zentrale Voraussetzung zur suffizienten Ausübung von Notfallkompetenzen, die den notärztlichen Dienst in einem quantitativ sinnvollen Ausmaß entlasten können.“ (ÖGARI 2022)*

Die ÖGARI präsentiert in dieser Publikation einen Indikationskatalog, der regelt, welche zusätzlichen Aufgaben zukünftig an Sanitäter:innen delegiert werden könnten. Im Fokus stehen hier die Notfallsanitäter:innen, da diese in erster Linie zur Notfallversorgung ausgebildet sind. Die ÖGARI fordert allerdings, dass die Übertragung von Kompetenzen nur unter der Voraussetzung erfolgen kann, dass die Sanitäter:innen ausreichend qualifiziert sind und über eine ausreichende Ausbildung und Erfahrung verfügen.

*„Mittelfristiges Ziel muss es sein, die klinische Qualifikation des nichtärztlichen Personals generell, vor allem aber jene der Notfallsanitäter*innen, durch eine quantitativ und qualitativ verbesserte Ausbildung (und nicht nur am Papier!) zu erhöhen, damit zukünftig die beschriebenen Kompetenzen übertragen werden können. Zudem wird es in manchen Bundesländern wichtig sein, die Anzahl der (hauptberuflichen) Notfallsanitäter*innen deutlich zu erhöhen. Derzeit übernehmen Notärzt*innen aufgrund mangelnder Qualifikation von Rettungssanitäter*innen und des Fehlens von Notfallsanitäter*innen (insbesondere mit Notfallkompetenzen) einen beträchtlichen Teil eigentlich sanitätsdienstlicher Maßnahmen. Dies ist weder motivierend noch wirtschaftlich sinnvoll. Auf Dauer können Notärzt*innen angesichts des stetig wachsenden Bedarfs diese Defizite im Sanitätswesen auch nicht kompensieren.“ (ÖGARI 2022)*

Die Diskussion über das Stundenmaß, vor allem in der praktischen Ausbildung, ist schwierig zu bewerten. Die gelebte Praxis zeigt Unterschiede hinsichtlich der tatsächlichen Einsatzerfahrungen im Zuge der Praxisausbildung, insbesondere im Bereich der Freiwilligkeit. Es wird berichtet, dass Freiwillige tendenziell Nacht- und Wochenenddienste bestreiten. So kann eine auszubildende Person im Zuge eines Nachtdienstes an einem Stützpunkt mit geringer Einsatzfrequenz bei Weitem nicht dieselbe Erfahrung im gleichen Zeitraum sammeln wie an einem hochfrequentierten Stützpunkt. Hier ist eine Kompensation durch Praxistrainings und Simulationstrainings wichtig. Entsprechende Konzepte bestehen bei den Rettungsorganisationen bereits und würden Möglichkeiten zur Weiterentwicklung bieten.

4 Internationale Modelle

Im folgenden Kapitel soll eine Gegenüberstellung ausgewählter Vergleichsländer mit der Ausbildungssituation in Österreich erfolgen. An dieser Stelle sei angemerkt, dass ein Vergleich mit (europäischen) Vergleichsländern immer verkürzt und nicht abschließend zu beurteilen ist, da die Organisation des Gesundheitswesens und die daraus resultierenden Rahmenbedingungen keinen direkten Vergleich zulassen.

Die Datenerhebung in Kapitel 5 hat gezeigt, dass das österreichische System unter anderem durch Freiwilligenarbeit getragen wird und der Anteil hauptberuflicher Mitarbeiter:innen kleiner ist. Die folgende Darstellung ist daher nur überblicksartig zur Illustration zu verstehen. Ein detaillierter Vergleich von Ländern und deren Organisation des Rettungswesens wäre im Rahmen eigenständiger Untersuchungen anzustreben. Dieser Vergleich wird hier thematisiert, da er im Rahmen des Projekts mehrfach diskutiert worden ist und aus Gründen der Vollständigkeit hier abgebildet werden soll.

In Tabelle 4.1 findet sich eine Übersicht über die ausgewählten Länder, Dauer der höchsten Ausbildungen, an welchen Ausbildungsstätten diese Ausbildungen stattfinden und wie die Berufsgruppen bezeichnet werden. Die Daten stützen sich auf Publikationen des Bundesverband Rettungsdienst (BVRD) und der Fachzeitschrift ELSEVIER Emergency (BVRD 2023; ELSEVIER 2022).

Tabelle 4.1:

Gegenüberstellung der Sanitäterausbildung hinsichtlich höchster Ausbildungsdauer, Ausbildungsstätten und Berufsbezeichnung in ausgewählten europäischen Ländern

Ausbildungsland	Höchste Ausbildungsdauer	Ausbildungsstätte	Berufsbezeichnung
Deutschland	3 Jahre	Rettungsschule	Notfallsanitäter:in
Schweiz	3 Jahre	Höhere Fachschule	Dipl. Rettungssanitäter:in
Frankreich	3 Jahre	Universität	Rettungspfleger:in
Niederlande	mind. 4 Jahre	Universität	Rettungsfachkraft
Großbritannien	3 Jahre	Universität	Paramedic
Schweden	3 Jahre	Universität	Rettungspfleger:in
Ungarn	4 Jahre	Universität	Rettungsoffizier:in
Tschechien	3 Jahre	Universität	Paramedic
Slowakei	3 Jahre	Universität	Paramedic
Slowenien	3 Jahre	Universität	Paramedic
Italien	3 Jahre	Universität	Rettungspfleger:in

Quelle: BVRD, ELSEVIER Emergency; Darstellung: GÖG

Es zeigt sich, dass in den ausgewählten europäischen Vergleichsländern dreijährige Ausbildungen Standard sind, oft begleitet von Zusatzausbildungen, etwa wenn der Grundberuf diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege durch notfallmedizinische Zusatzmodule erweitert wird. In den meisten Ländern ist zudem eine akademische Ausbildung auf Bachelorniveau etabliert. Das Ausbildungsniveau der Sanitäter:innen in Österreich erscheint hier vergleichsweise gering. Zudem ist zu berücksichtigen, dass nur ein kleiner Teil der Sanitäter:innen (knapp 2 %) die höchste

Ausbildungsstufe Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI) erreicht und der Großteil damit deutlich weniger als 1.640 Stunden Ausbildungszeit absolviert (siehe Kapitel 5).

Der dargestellte Vergleich der Länder ist nur bedingt aussagekräftig. Es wird nicht klar, ob die untersuchten Systeme Paramedic-Systeme, primär notärztliche Systeme oder Mischsysteme sind, weshalb die Kompetenzverteilung zwischen den handelnden Berufsgruppen offenbleibt. Ebenso fehlen Informationen darüber, ob es sich um hauptberufliche oder Freiwilligensysteme handelt. Die Betrachtung allein auf der höchsten Ausbildungsstufe ist daher begrenzt aussagekräftig. Es ist nicht ersichtlich, wie andere Berufsgruppen oder Sanitäter:innen mit geringerer Ausbildungsstufe in den Vergleichsländern eingesetzt werden und wie sich diese zahlenmäßig zusammensetzen.

5 Quantitative Datenerhebung

Im Zuge der Vorbereitungsarbeiten wurde ersichtlich, dass zur Beurteilung der Personalsituation im Rettungswesen keine österreichweiten Daten zur Verfügung stehen. Im ersten Projektschritt wurde daher eine österreichweite Befragung der Rettungsorganisationen, Ministerien und anderen Stakeholdern initiiert, die Sanitäter:innen beschäftigen bzw. ausbilden. Ziel war, einen bundesweiten Überblick über die Anzahl und den Ausbildungsgrad der in Österreich tätigen Sanitäter:innen zu erhalten. Die Befragung erfolgte mittels eines strukturierten Fragebogens, der über die Netzwerke der Fachteilnehmer:innen der Auftaktveranstaltung im April 2023 (siehe Tabelle 5.1) elektronisch disseminiert wurde. Das Grüne Kreuz, der Sozial Medizinische Dienst Österreich und das Bundesministerium für Justiz haben in Folge keine Daten zurückübermittelt und werden aus diesem Grund in den anschließenden Auswertungen nicht angeführt.

Tabelle 5.1:
Angefragte Organisationen

Rettungsdienste + Feuerwehr	Ministerien
Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs (ASBÖ)	Bundesministerium für Inneres (BMI)
Flughafenfeuerwehr Wien-Schwechat	Bundesministerium für Justiz (BMJ)
Freiwillige Feuerwehr Admont	Bundesministerium für Landesverteidigung (BMLV)
Grünes Kreuz	
Johanniter-Unfall-Hilfe	
Berufsrettung Wien – Magistratsabteilung 70	
Malteser Hospitaldienst Austria	
Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK)	
Sozial Medizinischer Dienst Österreich (SMD)	

Quelle: GÖG

5.1 Datenerhebung – Methodik

Im Rahmen der Auftaktveranstaltung zur Evaluierung des SanG im April 2023 wurde mit den Stakeholdern vereinbart, dass die Datenübermittlung der Anzahl der tätigen Sanitäter:innen und deren Ausbildungsgrad mit dem Stichtag 31. 12. 2022 von den Rettungsorganisationen und Ministerien erfolgen soll. Es wurde auch vereinbart, dass die Teilnehmer:innen (TN) als primäre Ansprechpersonen dienen und den Fragebogen selbstständig innerhalb der Organisationen verteilen, um die Datensätze einzumelden.

Hierzu wurde ein Onlinefragebogen mit dem Onlineumfragetool LimeSurvey (Version 3.28.19+220712) erstellt und nach Fertigstellung an die TN der Auftaktveranstaltung als Pretest mit der Bitte um Feedback versandt. Nach Anpassung des Fragebogens auf der Grundlage der Rückmeldungen wurde der Fragebogen final an die TN der Auftaktveranstaltung, mit der Bitte um Weiterleitung an die relevanten Stellen, versandt.

Der Fragebogen bestand insgesamt aus acht Items:

- » Welcher Organisation sind Sie zugehörig?
- » Name und E-Mail-Adresse der Person, die die Daten meldet
- » Bei ÖRK, ASBÖ, Malteser und Johanniter: Von welchem Landesverband werden die Daten gemeldet?
- » Wie viele Sanitäter:innen („Anzahl der Köpfe“) sind insgesamt an Ihrer Organisation (bzw. ÖRK, ASBÖ, Johanniter & Malteser: pro Landesverband) mit dem Stichtag 31. 12. 2022 gemeldet?
- » Von der Gesamtanzahl ausgehend, wie verteilen sich diese Personen auf folgende Ausbildungsstufen?
 - » Rettungssanitäter:in
 - » Notfallsanitäter:in ohne Notfallkompetenz
 - » Allgemeine Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NKA)
 - » Allgemeine Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion (NKV)
 - » Besondere Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI)
- » Von der Gesamtanzahl ausgehend, wie verteilen sich diese Personen auf die Kategorien
 - » beruflich,
 - » Zivildienst,
 - » Freiwilliges Soziales Jahr und
 - » ehrenamtlich?
- » Wie viele der von Ihnen gemeldeten Personen sind
 - » männlich,
 - » weiblich,
 - » divers?
- » Verabschiedung und Kommentarfeld für Freitext

Der Fragebogen war im Zeitraum 27. 5.–27. 6. 2023 online, nach Aussendung einer Durchführungserinnerung wurde dieser Zeitraum bis 5. 7. 2023 verlängert. Es kam im Zuge der Evaluierung auch zu vereinzelt Korrekturen bzw. Nachmeldungen, der Datenpool wurde entsprechend laufend aktualisiert.

5.2 Ergebnisse der Datenerhebung

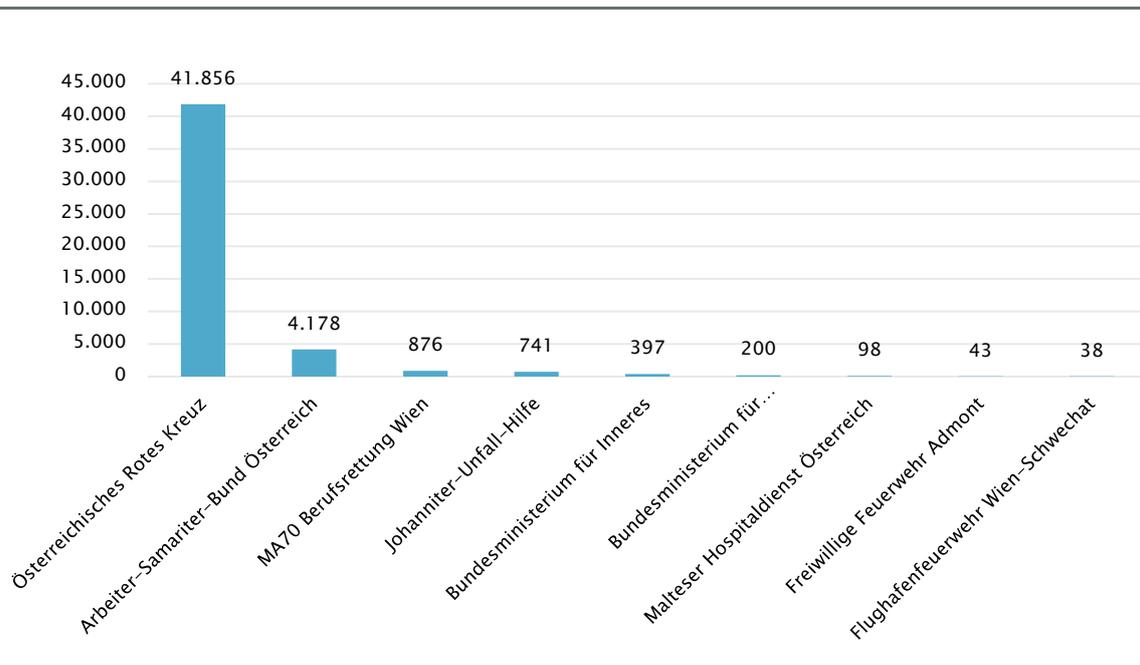
Folgender Abschnitt stellt die Ergebnisse der quantitativen Erhebung dar. Es werden die erhobenen Daten in Österreich gesamt und pro Bundesland dargestellt.

5.2.1 Österreichweite Ergebnisse

Abbildung 5.1 zeigt die Gesamtzahl der Sanitäter:innen und wie diese auf die Rettungsorganisationen und Ministerien verteilt sind. Insgesamt wurden 48.427 Sanitäter:innen eingemeldet, die zum Stichtag 31. 12. 2022 eine aufrechte Berufs- oder Tätigkeitsberechtigung hatten. Das Rote

Kreuz stellt mit 41.856 (87 %) Personen den überwiegenden Anteil des Personals. Der Arbeiter-Samariter-Bund stellt mit 4.178 Personen (8,6 %) die zweitgrößte Gruppe an Sanitärerinnen und Sanitätern.

Abbildung 5.1:
Anzahl der in Österreich tätigen Sanitärer:innen pro Organisation (n = 48.427)



Quelle: GÖG

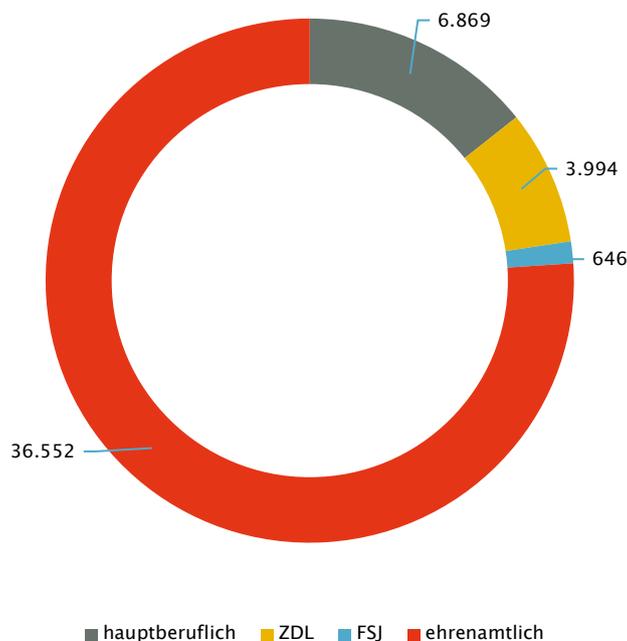
Die Anzahl von 48.427 Personen entspricht einer großen Gruppe innerhalb der Gesundheitsberufe, so sind etwa die sieben gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) mit einer Gesamtzahl von 39.595 im Gesundheitsberuferegister eingetragen. Personen aus dem Bereich der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege stellen mit 108.804 die größte Gruppe innerhalb der Gesundheitsberufe dar. (Pilwarsch 2023)

Ein rein quantitativer Vergleich mit anderen Gesundheitsberufen ist aufgrund des großen Anteils an ehrenamtlichen Sanitärerinnen und Sanitätern (siehe Abbildung 5.2) nur bedingt möglich, da es in anderen Berufsgruppen keine vergleichbare Konstellation gibt. So bestehen für Sanitärer:innen keine bundesweiten Daten zum Personaleinsatz hinsichtlich der Diensthäufigkeit und dem tatsächlich geleisteten Stundenausmaß, die als Vergleichswerte herangezogen werden können.

Abbildung 5.2 zeigt die Anzahl der Sanitärer:innen, dargestellt nach Anstellungsverhältnis, also ob diese Personen hauptberuflich tätig oder Zivildienstleistende sind, ein Freiwilliges Soziales Jahr absolvieren oder ehrenamtlich tätig sind.

Abbildung 5.2:

Sanitäteranzahl nach den Kategorien hauptberuflich / Zivildienstler / Freiwilliges Soziales Jahr / ehrenamtlich absolut und in Prozent (n = 48.061)



Anstellungsverhältnis	Anzahl absolut	Anteil in Prozent
hauptberuflich	6.869	14 %
Zivildienstleistende (ZDL)	3.994	8 %
Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ)	646	2 %
ehrenamtlich	36.552	76 %
Summe insgesamt	48.061	100 %

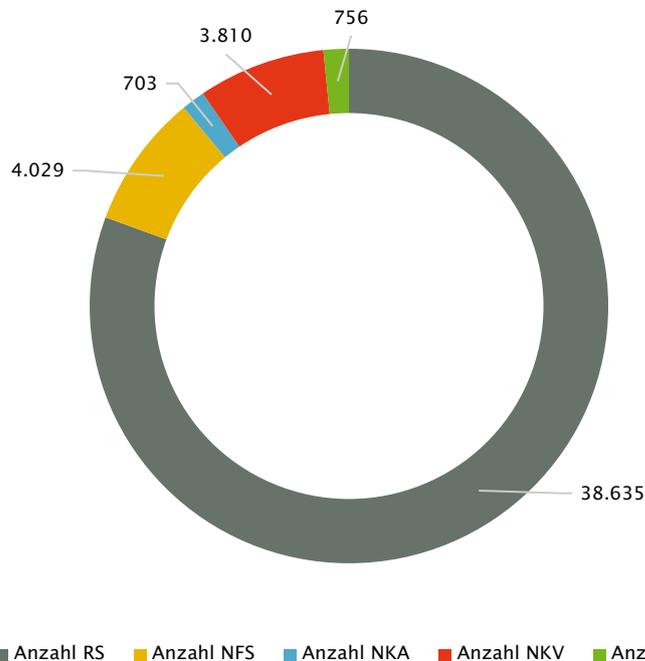
Quelle: GÖG

Das Ehrenamt spielt im Rettungswesen eine große Rolle, dies spiegeln auch die Daten wider, 76 Prozent der Sanitäter:innen sind ehrenamtlich engagiert, 14 Prozent sind hauptberuflich angestellt, acht Prozent werden von Zivildienstleistenden gestellt und Personen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr absolvieren, sind mit zwei Prozent die kleinste Gruppe.

In Abbildung 5.3 wird die Verteilung nach Ausbildungsgrad, also Rettungssanitäter:in (RS), Notfallsanitäter:in (NFS), Allgemeine Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NKA), Allgemeine Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion (NKV) und Besondere Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI), dargestellt.

Abbildung 5.3:

Verteilung nach höchstem Ausbildungsgrad in absoluten Zahlen und in Prozent (n = 47.933)



Ausbildungsstufe	Anzahl absolut	Anteil in Prozent
RS	38.635	81 %
NFS	4.029	8 %
NKA	703	1 %
NKV	3.810	8 %
NKI	756	2 %
Summe	47.933	100 %

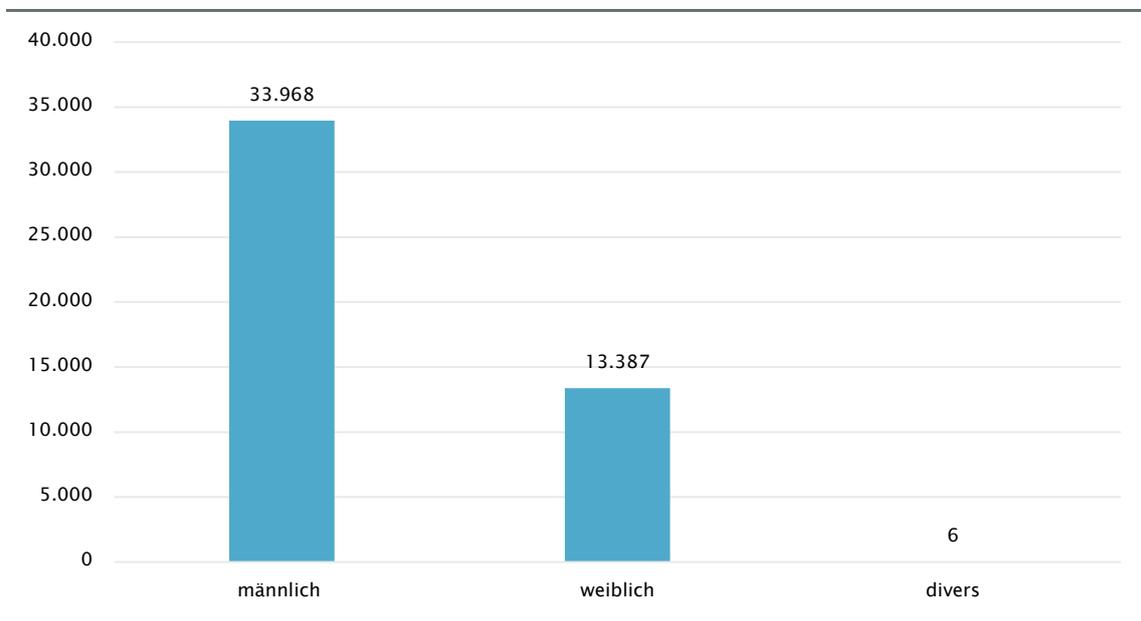
Quelle: GÖG

Rettungssanitäter:innen sind mit knapp 81 Prozent die größte Gruppe innerhalb der Ausbildungsstufen.

Die höchste Ausbildungsstufe NKI mit 1.640 Ausbildungsstunden wird nur von knapp zwei Prozent der Gesamtanzahl repräsentiert. Hier zeigt sich die Relevanz einer österreichweiten Datenerhebung zur Verteilung der Berufsqualifikation der Sanitäter:innen, da in Österreich nur ein minimaler Anteil über höhere bzw. erweiterte Berufsqualifikationen verfügt. Der größte Anteil lässt sich mit 81 Prozent bei den Berufsangehörigen auf der Qualifikationsstufe Rettungssanitäter:in mit einer Ausbildungszeit von 260 Stunden verorten. Die Ausbildungsstufen sind aufeinander aufbauend. Das bedeutet, Notfallsanitäter:innen haben immer auch die Rettungssanitäterausbildung absolviert, NKI haben alle Ausbildungsstufen absolviert usw.

In Abbildung 5.4 wird die Verteilung der Personen nach Geschlecht ausgewiesen.

Abbildung 5.4:
Verteilung nach Geschlecht (n = 47.361)



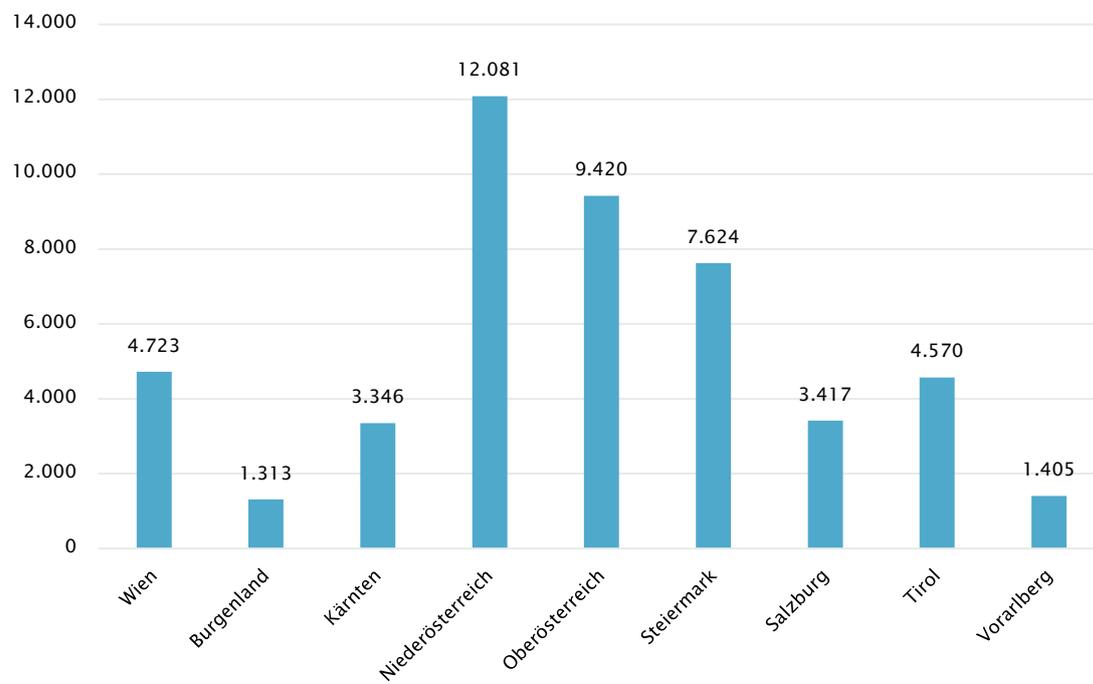
Quelle: GÖG

Bei der Differenzierung nach Geschlecht konnten nicht alle Organisationen entsprechende Daten übermitteln. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass ein überwiegender Teil von knapp 34.000 Personen männlich ist, 13.387 sind weiblich und sechs Personen wurden als divers ausgewiesen.

5.2.2 Ergebnisse nach Bundesländern

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Datenerhebung auf Bundesländerebene dargestellt. Eine Übersicht der absoluten Personalanzahl nach Bundesländern findet sich in Abbildung 5.5.

Abbildung 5.5:
Sanitäteranzahl absolut nach Bundesländern (n = 47.899)



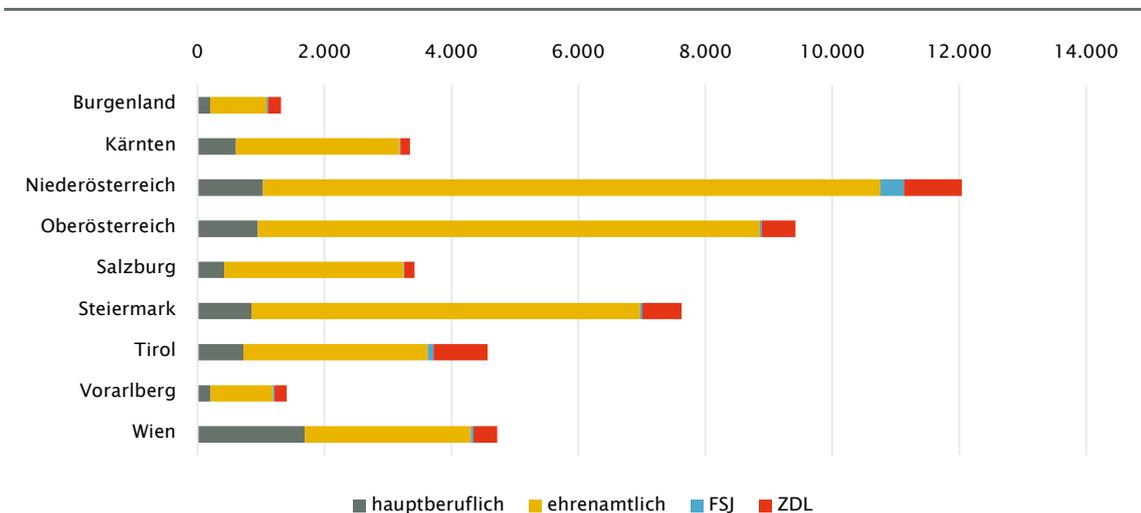
Quelle: GÖG

Bei der Darstellung auf Bundesländerebene werden die Daten der Ministerien nicht berücksichtigt. Im Bundesländervergleich zeigen sich Unterschiede in den absoluten Zahlen, so verfügt Niederösterreich mit gut 12.000 Sanitäterinnen und Sanitätern in absoluten Zahlen über die meisten Sanitäter:innen. Diese Unterschiede sind aufgrund der Größe (Fläche und Bevölkerung) nachvollziehbar. So weisen die flächenmäßig größeren Bundesländer Oberösterreich (9.420 Sanitäter:innen) und die Steiermark (7.624 Sanitäter:innen), die auch einen hohen Bevölkerungsanteil haben, entsprechend viel Personal auf. Wien weist die höchste Bevölkerungsdichte und gleichzeitig die größte Anzahl an Rettungsorganisationen, inklusive der Wiener Berufsrettung MA 70, auf. Es verfügt mit 4.723 Sanitäterinnen und Sanitätern über annähernd die gleiche Anzahl wie Tirol mit 4.570 Sanitäter:innen, aber die vorliegenden Daten erlauben keine Aussage über die Versorgungswirksamkeit und können daher nicht direkt miteinander in Beziehung gesetzt werden.

Abbildung 5.6 stellt die Kategorien hauptberuflich / ehrenamtlich / Freiwilliges Soziales Jahr / Zivildienstleistende pro Bundesland in absoluten Zahlen gegenüber.

Abbildung 5.6:

Anzahl nach den Kategorien hauptberuflich / ehrenamtlich / Freiwilliges Soziales Jahr / Zivildienstleistende pro Bundesland in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 47.863)



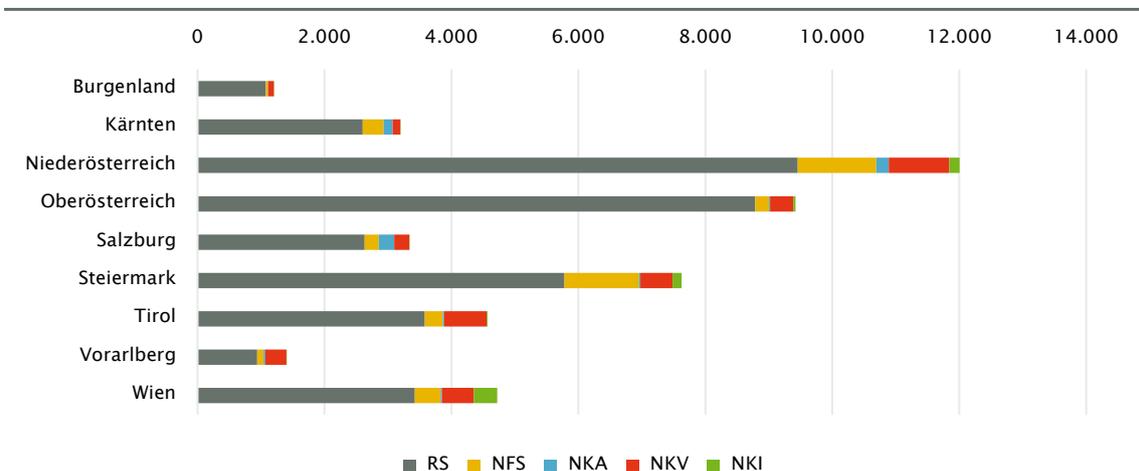
Quelle: GÖG

Wie in Abbildung 5.6 ersichtlich, verfügt Wien über den größten Anteil hauptberuflicher Mitarbeiter:innen (1.689), gefolgt von Niederösterreich (1.032) und Oberösterreich (949). Niederösterreich verfügt über den größten Anteil an ehrenamtlich tätigen Sanitärerinnen und Sanitätern (9.725), gefolgt von Oberösterreich (7.908) und der Steiermark (6.120). Personen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr absolvieren oder Zivildienst leisten, sind ebenfalls in Niederösterreich am stärksten vertreten (FSJ 373, ZDL 913), gefolgt von Tirol (FSJ 91, ZDL 851).

In Abbildung 5.7 wird die Anzahl der Sanitärer:innen nach höchstem Ausbildungsgrad auf Bundesländerebene dargestellt.

Abbildung 5.7:

Anzahl nach höchstem Ausbildungsgrad pro Bundesland in absoluten Zahlen (ausgewertete n = 47.498)



Bundesland	RS	NFS	NKA	NKV	NKI
Burgenland	1.078	29	7	90	2
Kärnten	2.604	328	143	121	5
Niederösterreich	9.457	1.237	197	952	164
Oberösterreich	8.787	217	17	363	36
Salzburg	2.631	225	244	235	6
Steiermark	5.783	1.174	21	505	142
Tirol	3.582	280	22	671	15
Vorarlberg	941	102	21	339	2
Wien	3.425	404	21	501	372
Gesamtergebnis	38.288	3.996	693	3.777	744

Quelle: GÖG

In der Kategorie Rettungssanitäter:in stellt Niederösterreich mit 9.457 Personen den größten Anteil, gefolgt von Oberösterreich mit 8.787 Personen.

In der Kategorie Notfallsanitäter:in hat Niederösterreich ebenfalls den größten Personalanteil mit 1.237 Personen, an zweiter Stelle findet sich die Steiermark mit 1.174 Notfallsanitäterinnen und -sanitätern.

In der Kategorie Notfallsanitäter:in mit der Allgemeinen Notfallkompetenz Arzneimittellehre (NKA) hat Salzburg mit 244 Personen den größten Anteil, gefolgt von Niederösterreich mit 197 Personen und Kärnten mit 143 Personen.

In der Kategorie Notfallsanitäter:in mit der Allgemeinen Notfallkompetenz Venenzugang und In-fusion (NKV) stellt Niederösterreich die größte Gruppe mit 952 Personen, gefolgt von Tirol mit 671 Personen, der Steiermark mit 505 Personen und Wien mit 501 Personen.

In der Kategorie Notfallsanitäter:in mit der Besonderen Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI) hat Wien den größten Personalanteil mit 372 Personen, gefolgt von Niederösterreich mit 164 Personen und der Steiermark mit 142 Personen.

5.3 Limitierungen

Erstmalig wurden österreichweit Daten zu Anzahl der Berufsangehörigen im Rettungswesen und der Verteilung ihrer Qualifikation erhoben. Eine einmalige Datenerhebung kann nur einen Ersteindruck liefern; dies war für diesen Projektrahmen ausreichend. Um jedoch ein besseres Verständnis der österreichweiten Situation zu erhalten und weiterführende Prognosen ableiten zu können, wären eine regelmäßige (z. B. jährliche) Datenerhebung und eine weitere Differenzierung des Datenpools notwendig. Mit den teilnehmenden Organisationen wurde eine Datenstruktur vereinbart, die allen Organisationen die Übermittlung einheitlicher Datensätze niederschwellig ermöglicht, die Übermittlung erweiterter Datensätze wäre aber zukünftig anzuregen. Erfasst wurden alle Sanitäter:innen, die zum Stichtag 31. 12. 2022 als Sanitäter:in mit aufrechter Berufs- oder Tätigkeitsberechtigung geführt wurden.

Ob diese Personen tatsächlich im Rettungsdienst aktiv sind bzw. wie regelmäßig Dienste verrichtet werden, lässt sich aus den vorhandenen Daten nicht ableiten. Da die Berufs- oder Tätigkeitsberechtigung erst bei Nichterfolgen einer Rezertifizierung bzw. bei Nichterfüllen der Fortbildungsverpflichtung erlischt, gelten diese Personen zumindest im gesetzlich geregelten zweijährigen Intervall bis zum Stattfinden der Rezertifizierung als berufs- oder tätigkeitsberechtigt, auch wenn keine aktive Tätigkeit mehr stattfindet.

Auch Doppelnennungen sind nicht auszuschließen, wenn Sanitäter:innen beispielsweise in unterschiedlichen Bundesländern und/oder bei mehreren Rettungsorganisationen tätig sind. Die Abfrage von Ausbildungsgraden gibt auch keine Auskunft darüber, ob jene Personen, die die entsprechende Ausbildung absolviert haben, auch tatsächlich im operativen Rettungsdienst eingesetzt werden, z. B. Zivildienstleistende, die nach der Ausbildung zum Rettungssanitäter im Innendienst tätig sind. Zivildienstleistende, die keine Sanitäterausbildung absolvieren und anderweitig eingesetzt werden, sind im Datenpool nicht differenziert. Dies erklärt, warum die erhobenen Daten von anderen Quellen, wie in diesem Beispiel, von den Zahlen der Zivildienstserviceagentur abweichen können. Die Zivildienstserviceagentur weist in ihrem Bericht die Anzahl entsandter Zivildienstler in den jeweiligen Sparten aus, der Bericht gibt keine Auskunft über die tatsächliche Verwendung der Personen vor Ort.

Es meldeten nicht alle angefragten Organisationen Daten bzw. könnten auch weitere Organisationen Sanitäter:innen beschäftigen, die nicht bei der Auftaktveranstaltung als zuständige Stellen identifiziert wurden (z. B. Betriebssanitäter:innen). Daher ist die Datenerhebung nicht als abschließend zu betrachten, sondern sollte in regelmäßigen Abständen, auch im Sinne eines kontinuierlichen Monitorings, wiederholt werden.

6 Qualitative Datenerhebung

6.1 Fokusgruppen – Methodik

Im qualitativen Erhebungsteil wurden vier Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Auch die Fokusgruppeninterviews wurden in der Auftaktveranstaltung im April 2023 angekündigt, damit die Organisationen genügend Zeit zur Nominierung von Expertinnen und Experten zur Verfügung hatten. Da hier auch die Ergebnisse der Datenerhebung diskutiert werden sollten, wurden die Fokusgruppeninterviews nach Abschluss der Datenauswertung im September und Oktober 2023 abgehalten.

Die zuständigen Rettungsorganisationen, der BVRD, die zuständigen Ministerien, die österreichische Ärztekammer und die ÖGARI wurden ersucht, für die entsprechenden Fokusgruppen eine Expertin oder einen Experten zu nominieren, die bzw. der thematisch in den Fokusgruppen mitarbeiten soll. Um eine möglichst heterogene Einschätzung zu erhalten, wurden idente Fragestellungen mit unterschiedlichen Zielgruppen bearbeitet. Um den Austausch zu fördern, wurde eine maximale Gruppengröße von zwölf Personen pro Fokusgruppe festgelegt.

Da durch die Datenerhebung ersichtlich wurde, dass das Rote Kreuz einen Großteil der Sanitäter:innen repräsentiert, wurde die Möglichkeit geschaffen, statt einer Person pro Fokusgruppe drei fachkundige Personen zu nominieren, idealerweise aus unterschiedlichen Bundesländern, um auch regionale Aspekte zu berücksichtigen.

Folgende zielgruppenspezifische Fokusgruppen wurden nominiert:

- » Ausbildung
- » (Chef-)Ärztinnen und (Chef-)Ärzte bzw. Notärztinnen und Notärzte
- » Führungskräfte / fachkundige Personen im operativen Rettungsdienst
- » Vertreter:innen der Bundesländer (online)

Die Personenzahl der Fokusgruppen variierte zwischen acht und elf Personen.

Tabelle 6.1 stellt die Termine, in denen die jeweiligen Fokusgruppeninterviews abgehalten wurden, dar.

Tabelle 6.1:
Datum und Zielgruppen der Fokusgruppen

12. 9. 2023	Ausbildung
21. 9. 2023	(Chef-)Ärztinnen und (Chef-)Ärzte bzw. Notärztinnen und Notärzte
26. 9. 2023	Führungskräfte/fachkundige Personen im operativen Rettungsdienst
3. 10. 2023	Vertreter:innen Bundesländer (online)

Quelle: GÖG

6.2 Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den Fokusgruppen, obwohl Expertinnen und Experten mit unterschiedlichen Schwerpunkten vertreten waren – aus der Ausbildung, notärztliche Expertise, Sichtweisen von Führungskräften und Bundesländern –, viele Themen von allen Gruppen gleichermaßen thematisiert wurden. Es besteht Einigkeit beim Reformbedarf an sich, bei den definitiven Umsetzungsvorschlägen und Prioritätensetzungen weichen die Vorstellungen allerdings voneinander ab.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen sind insgesamt als divers zu bezeichnen, es wurde die gesamte Struktur des Rettungswesens diskutiert, dies macht eine Synthese der Ergebnisse entsprechend komplex. Folgende Themenschwerpunkte wurden in allen Fokusgruppen thematisiert und ließen sich im Hinblick auf eine Modernisierung des SanG erheben:

- » Modernisierung der Fortbildungen + Rezertifizierung
- » Notfallkompetenzen + das Berufsmodul in die Ausbildung integrieren
- » Entwicklung fachspezifischer Vertiefungen
- » Erhöhung der (praktischen) Ausbildungsdauer
- » Aufwertung der Lehrsanitäter:innen
- » Regelung der Telemedizin
- » Modernisierung einer modularen Ausbildungsstruktur
- » die San-AV kompetenzorientiert formulieren

Weiters wurden Themenschwerpunkte diskutiert, die nicht in allen Fokusgruppen behandelt wurden, sich aber in Stellungnahmen und Positionspapieren wiederfinden. Diese berühren zum Teil andere Rechtsmaterien bzw. Zuständigkeiten und ließen sich allein durch eine Modernisierung des SanG nicht regeln. Diese bedürfen weiterer Diskussionen unter Einbindung der Stakeholder und letztlich auch einer Einigung zur Umsetzung auf politischer Ebene. Folgende Themenschwerpunkte wurden diskutiert:

- » Aufnahme in das Gesundheitsberuferegister (GBR)
- » Aufnahme in das Nachtschwerarbeitsgesetz (NSchG)
- » Ermöglichen eines Berufsschutzes
- » mehrjährige Ausbildung von Sanitäterinnen und Sanitätern (idealerweise akademisch)
- » Etablierung von Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitätern
- » Durchlässigkeit in andere Gesundheitsberufe ermöglichen
- » rettungsdienstliche Forschung
- » Sanitäter:innen und Sanitätern neue Betätigungsfelder eröffnen (z. B. in Notfallambulanzen, Primärversorgungseinrichtungen, Ordinationen ...)

Grundsätzlich lässt sich zusammenfassen, dass ein großer Wunsch aller beteiligten Stakeholder darin besteht, die öffentliche Wahrnehmung von Sanitäterinnen und Sanitätern zu erhöhen, ihre relevante Rolle innerhalb des Gesundheitswesens zu betonen und ihre Fachkompetenzen zu stärken. Die systemrelevante Rolle von Sanitäterinnen und Sanitätern wurde spätestens während der COVID-19-Pandemie ersichtlich und das gesamte Pandemiemanagement konnte nur durch die tatkräftige Unterstützung der beteiligten (Rettungs-)Organisationen durchgeführt werden.

Sanitäter:innen erwarten hier auch eine entsprechende Würdigung. Das Gefühl, als „Gesundheitsberuf zweiter Klasse“ wahrgenommen zu werden, wurde in den Fokusgruppeninterviews kommuniziert. Da eine Modernisierung des SanG auf mehreren Ebenen diskutiert wird, erklärt dies auch, warum mittlerweile eine Vielzahl an Forderungen besteht, die über die Zeit kumuliert haben. Die komplexe Kompetenzverteilung innerhalb des Systems – Bund, Länder, Gemeinden und Organisationen – erlaubt auch keine getrennte Betrachtung von Einzelforderungen, diese stehen in der Regel miteinander in Zusammenhang. Es ist hier grundsätzlich zwischen Forderungen, die das Rettungswesen insgesamt betreffen, und Forderungen, die das Berufs- und Ausbildungsrecht betreffen, zu unterscheiden. Im Folgenden sollen daher die Forderungen detaillierter dargestellt werden.

Ausbildung und Qualifizierung

Einig sind sich alle Expertinnen und Experten darin, dass es zu einer **Modernisierung der Ausbildung und im Bereich der Rezertifizierungen** kommen sollte. Die Vorstellungen, wie diese umzusetzen wäre, divergieren allerdings beträchtlich. Die Vorschläge einer Erhöhung der Ausbildungsstunden reicht von geringfügigen Ausweitungen und inhaltlichen Anpassungen bis zum Einführen einer modularen dreijährigen Ausbildungsstruktur mit 180 ECTS auf Bachelorniveau. Auch bei der Frage, bei welchen Ausbildungsstufen diese Stundenerhöhungen stattfinden sollen, gibt es heterogene Vorstellungen.

Es besteht zum Beispiel die Forderung nach einer „**diplomierten Notfallsanitäterin**“ bzw. einem „**diplomierten Notfallsanitäter**“ mit dreijähriger Ausbildung, also einer ergänzenden höherwertigen Ausbildungsstufe. Der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) und der BVRD haben hier entsprechende Modelle entwickelt, die eine dreijährige Ausbildungsstruktur zur „diplomierten Notfallsanitäterin“ bzw. zum „diplomierten Notfallsanitäter“ vorsehen und die bestehende stufenweise Ausbildung berücksichtigen (BVRD 2023; ÖGB 2017).

Umgekehrt wurde aber auch das Einführen einer neuen Ausbildungs-/Qualifikationsstufe, der „**Krankentransportsanitäterin**“ bzw. des „**Krankentransportsanitäters**“, als geringste Ausbildungsstufe, entweder als Ersatz oder unterhalb der Stufe der Rettungssanitäterin bzw. des Rettungssanitäters, vorgeschlagen. Aufgrund des erkennbaren Zuwachses an Krankentransporten und Notfalleinsätzen ist dies nachvollziehbar; es braucht zukünftig sowohl mehr Personal im Transportwesen als auch mehr hoch spezialisiertes Personal zur Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. In diesem Zusammenhang wird auch eine „**Belassungskompetenz**“ gefordert, also die Möglichkeit, Patientinnen bzw. Patienten vor Ort zu belassen, wenn eine Hospitalisierung nicht zielführend ist. Hier stellt sich die Frage der wohnortnahen Versorgung, welche Gesundheits- oder Sozialberufe in dieser Situation stattdessen herangezogen werden können.

Im Zuge der Reform der Notfallsanitäterausbildung wurde auch thematisiert, dass eine **Überführung der Notfallkompetenzen in Regelkompetenzen** sinnvoll wäre. Durch die Integration der Notfallkompetenzen (ev. auch des Berufsmoduls) würden damit alle NFS in Österreich automatisch mit der höchsten Ausbildungsstufe abschließen. Im Zuge der Diskussion wurde auch angeregt, die **Bezeichnung NKI in „Erweitertes Atemwegsmanagement“ zu ändern**, dies ist fachlich zielführender formuliert, endotracheale Intubation sollte als Methode nicht mehr genannt werden.

Einigkeit bestand bei der **Forderung nach mehr praktischer Ausbildung**, idealerweise in Krankenanstalten oder anderen Versorgungsstrukturen wie Ordination oder Primärversorgungseinrichtungen. Der Vergleich mit anderen Gesundheitsberufen zeigt allerdings, dass organisierte Praktikumsstellen im Rahmen der Ausbildung vermehrt zu Engpässen führen, schwierig zu organisieren sind und die unterschiedlichen Berufsgruppen teilweise um die gleichen Praktikumsstellen konkurrieren. Hauptargument der Erhöhung der (praktischen) Ausbildungszeiten war, dass viele Notfälle eigentlich keiner unmittelbaren notärztlichen Betreuung bedürfen, diese Einsätze aber, aufgrund der geringen Ausbildung der Sanitäter:innen, von diesen kompensiert werden müssen. Sollten nicht ausreichend Praktikumsplätze zur Verfügung stehen, wäre die **Etablierung von simulatonsgestützten Szenarietrainings** sinnvoll. Auch der Wunsch nach einer **rechtlichen Regelung von telemedizinischen Methoden** steht hiermit in Zusammenhang. Wenn Sanitäter:innen vor Ort zum Beispiel feststellen, dass eine notärztliche Einschätzung benötigt wird, können diese für bestimmte Fragestellungen telemedizinisch beigezogen werden oder auch den gesamten Einsatz notärztlich begleiten. Im Bereich der Telemedizin im Rettungswesen gibt es bereits vielversprechende (Pilot-)Projekte; diese Möglichkeiten sollten weiter ausgebaut und im SanG verankert werden.

Fachspezifische Vertiefungen sollen entwickelt werden, zum Beispiel in den Bereichen Ambulanzdienste, Intensivtransporte oder Großschadensereignisse. Auch der vielfach geäußerte Wunsch nach einer Stärkung der Lehrkräfte könnte hier als „vertiefende Ausbildung“ eingeordnet werden. Die **gestärkte Rolle von Lehrsanitäterinnen und -sanitätern** ist auch hinsichtlich der angeregten Änderung relevant, dass in Zukunft nicht mehr ausschließlich eine „qualifizierte Ärztin“ oder ein „qualifizierter Arzt“ Rezertifizierungen durchführen können soll. In diesem Zusammenhang wurde auch **eine bundesweite Akkreditierungsstelle** thematisiert, um einheitliche Qualitätsstandards gewährleisten zu können.

Bei den **Rezertifizierungen** wurde zurückgemeldet, dass die alleinige verpflichtende Absolvierung von Herz-Lungen-Wiederbelebung einschließlich der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten alle zwei Jahre nicht mehr zeitgemäß ist und um weitere relevante Themengebiete, wie zum Beispiel Kindernotfälle oder Großschadensereignisse, erweitert werden sollte. Beim **Führen des Fortbildungspasses** wurde angeregt, diesen **elektronisch** zu ermöglichen.

Thematisiert wurden auch die **fehlende Möglichkeit der Durchlässigkeit in andere Gesundheitsberufe** und fehlende Weiterentwicklungsmöglichkeiten innerhalb des Rettungswesens. Sanitäter:innen haben im Laufe ihres Berufslebens de facto keine Möglichkeit, ohne erheblichen Aufwand (z. B. Umschulungen) aus dem Rettungsdienst in andere Bereiche zu wechseln. Die fordernde Tätigkeit, wie zum Beispiel psychische Belastungen, häufiges Heben und Tragen, unregelmäßige Dienstzeiten und vieles mehr, stellt für das Personal eine nicht unerhebliche Belastung dar.

Gemeindenotfallsanitäter:in

Zur **Stärkung der wohnortnahen Versorgung** besteht der Wunsch nach der **Etablierung von Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitätern**. Dies ließe sich aber nur umsetzen, wenn es zu einer Ausweitung der bestehenden Ausbildung kommt. Die Zunahme von Krankentransporten und Rettungseinsätzen bedeutet umgekehrt, dass nur ein gewisser (kleinerer) Anteil der Sanitäter:innen

mit derartigen Kompetenzen ausgestattet werden muss, Krankentransporte werden auch in Zukunft von Sanitäterinnen und Sanitätern mit geringerem Ausbildungsgrad durchgeführt werden. Auch andere Konzepte, wie beispielsweise **Acute Community Nurse (ACN)**, stärken die Möglichkeiten der wohnortnahen Versorgung.

Rettungsmittel – Disposition, Ausstattung etc.

Auch **die Besetzung von Rettungsmitteln** wurde vielfach thematisiert, die Bevölkerung kann bei einem Notfall nicht erkennen, ob es sich um Rettungssanitäter:innen oder Notfallsanitäter:innen handelt, erwartet aber in jedem Fall eine höchstmögliche Versorgungsqualität. Üblicherweise wird die Entsendung von Rettungsmitteln über **Leitstellen** koordiniert, auch dies wurde thematisiert, sowohl zum Thema der **Disposition generell**, aber auch zum Beispiel, dass **Leitstellenpersonal** eine bundesweit geregelte **Ausbildung**, im besten Fall selbst eine Sanitäterausbildung, haben sollte. Auch die regional unterschiedliche **Ausstattung der Rettungsmittel** wurde thematisiert. Diese Themen liegen im Verantwortungsbereich der Bundesländer und betreffen grundsätzlich nicht das Berufs- und Ausbildungsrecht.

Trennung von Rettungswesen und Krankentransportwesen

Generell wird eine strikte Trennung zwischen Krankentransportwesen und Rettungswesen gefordert, damit nicht ein Krankentransportwagen mit zwei Zivildienern zu Notfällen entsandt werden kann, während zur gleichen Zeit ein Rettungswagen mit Notfallsanitäterinnen und -sanitätern bei einem Krankentransport eingesetzt ist. Dies sind allesamt Themenschwerpunkte, die nicht das SanG direkt betreffen, aber die Komplexität der Forderungen, und inwiefern diese Themen miteinander in Zusammenhang stehen, gut illustrieren.

Arbeitnehmerschutz

Auch die Forderungen nach **einem Berufsschutz** und **Aufnahme in das Nachtschwerarbeitsgesetz** sind in diesem Zusammenhang zu betrachten. Eine **freiwillige „Rückstufung“ von Kompetenzen**, z. B. ein:e NFS wird auf eigenen Wunsch zu einem bzw. einer RS zurückgestuft, wurde ebenfalls gefordert, wenn Sanitäter:innen diesen Tätigkeiten nicht mehr nachgehen können.

Zusammensetzung der Berufsgruppe

Im Rahmen der Fokusgruppeninterviews wurden auch die Ergebnisse der Datenerhebung diskutiert. Grundsätzlich gab es bereits Schätzungen und Hochrechnungen aus der quantitativen Erhebung, daher waren die Zahlen in etwa bereits bekannt. Stark hervorgehoben wurde die Rolle von Zivildienstleistenden und Personen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr absolvieren. Diese Tätigkeiten wurden als „Türöffner ins Gesundheitswesen“ bezeichnet; junge Menschen bekommen hier einen ersten Einblick in das Gesundheitswesen und viele entscheiden sich in weiterer Folge für einen Gesundheitsberuf. Dies sollte in Zukunft noch mehr forciert und gestärkt werden.

Gesundheitsberuferegister

Auch eine regelmäßige Erhebung von Daten wurde diskutiert, hier besteht der Wunsch nach der **Registrierung im Gesundheitsberuferegister**. Unabhängig von der Art der Registrierung, hier sind entsprechende organisatorische und zeitliche Rahmenbedingungen abzuklären, ist eine regelmäßige Erhebung bzw. Personalbedarfsprognose wünschenswert und sinnvoll.

7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das österreichische Rettungswesen ist geprägt durch eine Vielzahl beteiligter Stakeholder, die unterschiedlichste Forderungen und Vorschläge im Zuge der Evaluierung eingebracht haben. Das eigentliche Ziel der Evaluierung, Empfehlungen zur Modernisierung des Sanitätergesetzes zu erheben, wurde durch eine Vielzahl an (Einzel-)Forderungen ergänzt, die nicht unmittelbar das SanG betreffen. Die fehlende Datengrundlage konnte im Rahmen des Projekts insofern geschlossen werden, als erstmalig eine österreichweite Einschätzung der Anzahl und des Ausbildungsgrads der in Österreich tätigen Sanitäter:innen vorliegt. In den Fokusgruppen wurden diese Daten diskutiert und weitere Modernisierungsbedarfe erhoben.

Ein überwiegender Anteil der Sanitäter:innen ist ehrenamtlich tätig und ein überwiegender Anteil der Personen befindet sich auf der Qualifikationsstufe Rettungssanitäter:in. Dies ist insofern eine interessante Erkenntnis, als die Regellogik bei anderen Gesundheitsberufen umgekehrt verläuft. So sind die „gehobenen“ Berufe in der Regel zahlenmäßig stärker vertreten und werden durch Assistenzberufe mit einem geringeren Ausbildungsgrad unterstützt.

Der überwiegende Anteil an Freiwilligen stellt eine Besonderheit dar, die sich in keinem anderen gesetzlich geregelten Gesundheitsberuf feststellen lässt. Die Daten ermöglichen keine Aussage über die Versorgungswirksamkeit. Bei den ehrenamtlichen Personen variieren die Dienstverrichtungen wohl beträchtlich, im Sinne einer ganzheitlichen und systematischen Gesundheitsplanung erzeugt dies naturgemäß ein Maß an „Unplanbarkeit“, die einer ganzheitlichen Planung und Steuerung des Gesundheitswesens tendenziell entgegenläuft. Das Ehrenamt ist grundsätzlich ein hohes Gut, es bedarf hier nur einer sorgfältigeren und kontinuierlicheren Datenerhebung, um die Personalbedarfe entsprechend dem Versorgungsbedarf versorgungssicher zu planen.

Die demografische Entwicklung wird vermutlich zu einem weiteren Anstieg von Krankentransporten und Notfalleinsätzen führen. Gerade im Notfall bedarf es gut ausgebildeter Personen mit entsprechender Routine und Erfahrung. Die Bevölkerung verlässt sich darauf, dass sie gut versorgt wird, hier gilt es, diesen hohen gesellschaftlichen Anspruch zu erfüllen.

Aus den Diskussionen geht hervor, dass insbesondere der wahrgenommene Rückgang niedergelassener Versorgungsstrukturen (z. B. hausärztliche Versorgung insb. in ländlichen Regionen) u. a. zur Zunahme von Krankentransporten und Notfalleinsätzen führt. Dies und der demografische Wandel werden die Situation weiter verschärfen. Gerade an Randzeiten (z. B. in der Nacht und am Wochenende) hat die Bevölkerung, mangels anderer Angebote, gar keine andere Möglichkeit, als den Rettungsdienst heranzuziehen oder direkt ein Krankenhaus aufzusuchen. Die Rettungsdienste und Notarztsysteme decken dadurch auch einen Teil von „Bagatelleinsätzen“ ab, die durch die fehlende Verfügbarkeit anderer Versorgungsstrukturen entstehen. Dies führt zu Frustration bei notärztlichem Personal, da diese Einsätze nicht notfallmedizinisch indiziert sind. Notärztinnen und Notärzte wären bereit, zusätzliche Tätigkeiten an Sanitäter:innen zu delegieren, allerdings unter der Voraussetzung, dass diese entsprechend ausgebildet und erfahren sind. Um künftig die Nachfrage nach Krankentransporten zu reduzieren, ist der Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen genauso notwendig wie die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Viele

Einsätze sind nicht lebensbedrohlich und bedürfen keiner primären (not-)ärztlichen Abklärung und vermutlich keiner Hospitalisierung. Notärztinnen und Notärzte sind unzufrieden, weil sie medizinisch nicht indizierte Einsätze absolvieren müssen, umgekehrt haben Sanitäter:innen oft keine andere Möglichkeit, als Patientinnen oder Patienten entweder ins Krankenhaus zu transferieren oder eine Notärztin bzw. einen Notarzt nachzufordern. Sie sind im Rahmen ihrer Tätigkeit auch oft mit anderen Situationen konfrontiert, z. B. psychosozialen Indikationen, auch hier spielen Sanitäter:innen eine wichtige Rolle als ersteintreffende Instanz, eine entsprechende Handlungskompetenz oder Ausbildung liegt aber nicht vor.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Herausforderungen eines zukunftsfähigen und tragfähigen Rettungswesens nicht nur durch eine Veränderung im Berufs- und Ausbildungsrecht bewältigt werden können, sondern es auch strukturelle Maßnahmen braucht. Die konkreten Schlüsse, die sich daraus für das Berufs- und Ausbildungsrecht ergeben, werden Bestandteil weiterer Diskussionen und Arbeitsgruppen sein, grundsätzliche Empfehlungen, die sich daraus ableiten lassen, finden sich in Kapitel 8.

8 Empfehlungen für das Berufs- und Ausbildungsrecht

Das österreichische Rettungswesen ist geprägt durch eine Vielzahl an Interessengruppen, die einen Modernisierungsbedarf des Sanitätergesetzes sehen und eine Modernisierung fordern. Die Forderungen stehen sich zum Teil entgegen. Die folgenden Handlungsempfehlungen beziehen sich, dem Projektauftrag entsprechend, ausschließlich auf das Berufs- und Ausbildungsrecht.

8.1 Ausbildung modernisieren und anpassen

Die Ausbildung sollte insgesamt kompetenzorientierter formuliert und geregelt werden, analog zu anderen Berufsgesetzen. Auch eine Ausweitung der Ausbildungszeiten wäre anzudenken. Inwiefern diese Erweiterung erfolgen soll, sollte Inhalt weiterer Abstimmungen sein. Angemerkt sei hier, dass es sich nicht um die gesamte Berufsgruppe handelt. Die Abwicklung von Krankentransporten kann auch weiterhin durch Rettungssanitäter:innen erfolgen. Jedoch wird die Notfallrettung international betrachtet von hochspezialisierten (Notfall-)Sanitäterinnen und (Notfall-)Sanitätern auf einem mehrjährigen Ausbildungsniveau übernommen. Entsprechend ist hier der Wunsch einiger Stakeholder einzuordnen, eine striktere Trennung von Krankentransportwesen und Rettungswesen gesetzlich zu regeln. Die Rolle von Lehrsanitäterinnen und Lehrsanitätern wäre zu stärken. Die Vorgaben zu Rezertifizierungen wären zu modernisieren und Vorschläge zu weiterführenden Qualifikationen (z. B. Intensivtransporte, Großschadensereignisse) zu erarbeiten.

Es wird daher empfohlen, die Ausbildung zu modernisieren, kompetenzorientierter auszurichten und das Stundenausmaß der Notfallsanitäterausbildung zu erhöhen.

8.2 Telemedizin im SanG verankern

Die Möglichkeit telemedizinischer Maßnahmen, z. B. eine Notärztin bzw. einen Notarzt telemedizinisch heranzuziehen, wurde von allen beteiligten Stakeholdern als sinnvoll erachtet. Entsprechende Pilotprojekte werden bereits in Österreich durchgeführt und sollten vorangetrieben werden. Die Möglichkeiten der Digitalisierung und speziell der Gesundheitstelematik werden zukünftig insgesamt im Gesundheitswesen eine große Rolle spielen und sind auch im Rettungswesen von großer Relevanz. Im Bereich des Rettungswesens könnte zum Beispiel auch die direkte Übertragung von Daten und Parametern an die intra- oder extramuralen Versorgungsstrukturen zielführend sein.

9 Weitere Empfehlungen

9.1 Attraktivierungsmaßnahmen

Der Beruf Sanitäter:in ist fordernd. Es bedarf entsprechender Attraktivierungsmaßnahmen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, wie die Förderung der Durchlässigkeit in andere Gesundheitsberufe oder die Berufsausübung in anderen Bereichen, z. B. Notfallambulanzen oder Primärversorgungseinheiten. Auch die Attraktivierung von Zivildienst und dem Freiwilligen Sozialen Jahr wäre eine Möglichkeit, jüngere Personen für das Gesundheitswesen und den Rettungsdienst zu begeistern. Die Konfrontation mit (emotionalen) Stresssituationen, unregelmäßigen Dienstzeiten usw. sind insgesamt sehr fordernd. Hier ist speziell in die Bereiche Berufszufriedenheit und Berufsverweildauer zu investieren.

9.2 Wohnortnahe Versorgung ausbauen

Unabhängig vom SanG stehen Maßnahmen, welche Krankentransporte und Notfalleinsätze reduzieren sollen. So wären insbesondere Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung anzustreben, die die Gesellschaft möglichst lange gesund halten und ein selbstständiges Leben ermöglichen. Ziel muss auch sein, die Bevölkerung besser über die Gründe für Notfalleinsätze aufzuklären, damit sie eine Entscheidung über die Notwendigkeit eines Rettungseinsatzes treffen können. Beziehungsweise wäre notwendig, 1450 (telefonische Gesundheitsberatung) als Triageinstanz noch besser bekannt zu machen. Es ist davon auszugehen, dass durch die Etablierung von Advanced Practice Nurses in anderen Versorgungsstrukturen, wie z. B. Alten- und Pflegeheimen, oder durch einen Ausbau wohnortnaher Strukturen (Allgemeinmedizin, Primärversorgungseinheiten, Community Nurses etc.) (DBfK 2019) Rettungseinsätze reduziert werden können. Ebenfalls empfohlen wird das Ausrollen der Acute Community Nurses. Im Pilotversuch in Niederösterreich konnte eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Bevölkerung nachgewiesen werden (Kozisnik/Pleschberger 2022). Allgemein wäre eine Spezialisierung im Bereich der präklinischen Versorgung für DGKP zielführend und würde eine Attraktivierungsmaßnahme im Bereich der Pflege darstellen. Weiters sollten die psychosozialen Versorgungsangebote weiter gestärkt und ausgebaut werden. Als besonders wichtig wird auch die palliative Versorgung betrachtet. Mit den Angeboten der gestuften Hospiz- und Palliativversorgung wurde dazu bereits ein erster Schritt gesetzt (Schleicher et al. 2017).

10 Ausblick

Die Ergebnisse der Evaluierung stehen am Beginn des angestrebten Reformprozesses, hier bedarf es weiterer fachlich-inhaltlich abgestimmter Empfehlungen, wie diese Reformschritte ausgestaltet werden können.

Daher werden 2024, aufbauend auf die Arbeiten aus 2023, weitere Fokusgruppen und Stakeholderabstimmungen stattfinden, mit dem Ziel, die in der Evaluierung erhobenen Themenschwerpunkte weiterzubearbeiten und fachlich zu vertiefen. Die davon abgeleiteten Maßnahmen sollen zeitlich priorisiert und in einen Umsetzungsplan gegossen werden.

Literatur

- BVRD (2023): Zukunft Rettungsdienst. Quo vadis, Berufsbild? Positionspapier Version 2.1. Hg. v. BVRD.at, Bundesverband Rettungsdienst, Linz
- DBfK (2019): Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen. Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe,, Berlin
- ELSEVIER, Emergency. (Hg.) (2022): Rettungsdienste in Europa. Fachmagazin für Rettungsdienst und Notfallmedizin/ 5/2022
- Kozisnik, Petra; Pleschberger, Sabine (2022): Evaluierung des Pilotprojekts „Acute Community Nursing“. Gesundheit Österreich, Wien
- NEOS. Landtagsklub Oberösterreich (2023): Schriftliche Anfrage der NEOS an den Oberösterreichischen Landtag, betreffend Rettungswesen in Oberösterreich: Arbeitsbedingungen und Eintreffzeiten
- ÖGARI (2022): Indikation zum Notarzteinsatz. Ein Positionspapier der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI, Sektion Notfallmedizin), im Konsens mit Expert*innen von Notfall- und Rettungsorganisationen, Leitstellen sowie der Patienten- und Pflegeanwaltschaften. In: Anästhesie Nachrichten 4/S1:1-1-11
- ÖGB (2017): Ausbildungsstruktur des österreichischen Rettungswesens. NEU [online]. https://www.fgv.at/files/pdf/2017_Rettungswesen-NEU.pdf [Zugriff am 06.01.2024]
- Pilwarsch, Johanna; Holzweber, Leonie; Zach, Monika; Gruböck, Anna; Mathis-Edenhofer, Stefan; Wallner, Alexander (2023): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2022. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien.
- Sanitätergesetz, SanG.: Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz – SanG) StF: BGBl. I Nr. 30/2002, in der geltenden Fassung
- Schinnerl, Adolf (2022): Tätigkeitsbericht 2022. Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol [online]. https://aelrd-tirol.at/doku/AELRD_Taetigkeitsbericht_2022.pdf [Zugriff am 05.01.2024]
- Schleicher, Barbara; Pochobradsky, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid (2017): Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung. Leitfaden. Gesundheit Österreich im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Statistik, Austria (2022): Ausbildung im Gesundheitswesen [online]. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/384/Ausbildung_im_Gesundheitswesen_Mappe2022.ods [Zugriff am 17.01.2024]

Zivildienstserviceagentur (2023): Zivildienst-Bilanz 2022: Anzahl der Zivildienstler leicht gestiegen [online]. <https://www.zivildienst.gv.at/service/zivildienst-statistiken/zivildienst-2022.html#:~:text=Zahlen%20Daten%20Fakten%20im%20Jahr,%20C0%25%20mehr%20als%202021>) [Zugriff am 05.01.2024]