

Christoph Redelsteiner:

Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst.¹

Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel?

Zeitgerechte Vorbereitung auf Veränderungen bei Primärversorgungseinsätzen. Das Sanitätsergesetz (SanG) schafft seit 2002 die Möglichkeit, Patienten mit notfallmedizinischen Maßnahmen durch Notfallsanitäter rasch zu versorgen und so die Zeit bis zum Eintreffen von oder bei ärztlicher Versorgung zu überbrücken. Diese Möglichkeiten werden mit hoher regionaler Schwankung gut bis gar nicht ausgeschöpft. Qualifikations- und Systemmängel führen zu hohen Hospitalisationsraten von Patienten, die mit einfacheren, oft auch pflegerischen oder sozialarbeiterischen Mitteln besser zu versorgen wären. Die „Rettung“ muss vom „Transportunternehmen“ zum hochqualifizierten Systempartner einer ganzheitlichen Primärversorgung werden und Patienten zu den passenden Ressourcen referenzieren.

1. Rettungsdienstlicher Hintergrund

Der Rettungsdienst in Österreich steht vor großen Herausforderungen. Obwohl formell und strukturell nicht mit der klinischen Versorgungslandschaft und Hausärzten verbunden, besteht real ein enger Bezug zu diesen Systemen. Eine Verschiebung klinischer Leistungen oder Reduktion der Zahl der niedergelassenen Ärzte bzw. deren lokal unterschiedliche Möglichkeit oder Bereitschaft zu Hausbesuchen bedeutet eine Erhöhung der Einsatzfrequenz. Die zunehmend älter werdende Bevölkerung führt zu einem weiteren Anstieg der Einsätze. So sind in zwei musterhaft analysierten Bezirken 79% der Einsätze für Einwohner über 60 Jahre geleistet worden, die nur rund 26% der Einwohner stellen. Der durchschnittliche Einwohner ist rund 44 Jahre, der vom Rettungsdienst betreute Patient im Schnitt knapp über 70 Jahre alt.

Während die Gesamtzahl der Einsätze zunimmt, bleibt die Zahl der Notfälle im engeren notfallmedizinischen Sinn im Wesentlichen konstant. Nur etwa jeder neunte Notarzteinsatz erfordert (ex post betrachtet) auch real einen Notarzt. (vgl. Prause/Kainz 2014) Die musterhafte Auswertung eines suburbanen ländlichen Notarztstützpunkts mit 131 Einwohnern/km² (Österreich gesamt: 101 Einwohner/km²) ergibt nur drei Prozent Einsätze der jedenfalls notarztspflichtigen Kategorien NACA V-VI und 72% der jedenfalls nicht notarztindizierten Kategorien NACA I-III. 17% aller Patienten suchen den Stützpunkt selbst auf, da sie wissen, dass dort ein Arzt im Dienst ist, um sich bei einfachen Krankheiten untersuchen zu lassen. (vgl.

Redelsteiner 2014b) Als einzige rund um die Uhr erreichbare aufsuchend tätige, niedrigschwellige Einrichtung des Sozial- und Gesundheitswesens ist aus Sicht der betroffenen Angehörigen und Patienten der Rettungsdienst auch die logischste Ressource, um bei Problemen Hilfe zu bekommen.

Der Rettungsdienst erfüllt somit derzeit bereits in der Praxis Aufgaben der Primärversorgung von Patienten, die durch allgemeine soziale, pflegerische und medizinische Problemstellungen entstehen.

Bei unveränderten Versorgungsstrategien sind künftig je nach Berechnungsvariante bzw. demografischem Szenario alleine daher bereits nur durch den Aspekt der älter werdenden Bevölkerung im ländlichen Bereich bis ins Jahr 2020 10%-15%, bis 2030 bis zu 36% mehr an Einsätzen zu erwarten. (vgl. Redelsteiner 2014c) Die sinkende Zahl an Hausärzten führt jetzt schon in manchen Regionen Österreichs und Deutschlands um jährlich bis zu 10% mehr an Rettungsdienst-Einsätzen. In den nächsten acht Jahren gehen beispielsweise in Oberösterreich voraussichtlich rund 50% der Ärzte in Pension, im Burgenland gehen mehr als 75% der 144 „Landärzte“ mit Kassenvertrag bis 2025 in Pension. Österreichweit sind derzeit nur 30% der Ärzte unter 50 Jahre – ausreichend Nachwuchs ist daher aus heutiger Sicht nicht zu erwarten. (vgl. Mühlgassner 2014, Wagner 2014)

Verstärkt wird die Problemstellung durch die Finanzierungsstruktur für Rettungsdiensteinsätze. Gemäß Statuten der gesetzlichen Krankenversicherungen werden meist nur jene „Akuteinsätze“ abgegolten, die auch zu einem Transport des Patienten in ein Krankenhaus führen. Wird ein Patient vor Ort versorgt und belassen oder nach einer längeren, personal- und materialintensiven Wiederbelebung vor Ort für tot erklärt, so ist dies eine nicht abrechenbare Leistung. Die entstandenen Kosten müssen von den Einsatzorganisationen selbst abgedeckt werden. Somit besteht schon rein aus wirtschaftlichen Gründen ein starker Anreiz zur generellen Hospitalisierung von Patienten, die darüber hinaus auch aus juristischen Gründen für das Einsatzteam sicherer ist als eine Untersuchung und Belassung vor Ort. Ob bei bestimmten Populationen für die betroffenen Patienten – wie Menschen mit Demenz oder Kindern mit einfachen Infektionskrankheiten – ein Transport ins Krankenhaus tatsächlich besser ist als eine qualifizierte Untersuchung und eventuell eine Belassung vor Ort, muss bezweifelt werden. Somit erfüllen real die Krankenhäuser die präklinisch fehlende Funktion des Screenings von „einfach“ Kranken und leicht Verletzten. Überfüllte Aufnahmeabteilungen belegen die Fehlallokation der Ressourcen. Der Turnusarzt in der vollen Ambulanz und sein vorgesetzter Facharzt stehen am Ende der Risikokette und müssen, meist in Unkenntnis der sozialen, fachlichen und pflegerischen Ressourcen am Wohnort des Patienten, eine Einschätzung über deren „Entlassbarkeit“ aus rein medizinischer Sicht vornehmen.

Diese historisch gewachsenen Vorgangsweisen bedürfen eines Perspektiven und Paradigmenwechsels – neue Strategien sind zu entwickeln, zu erproben und umzusetzen.

2. Ist-Stand der Ausbildung

Die zahlenmäßig häufigste Mitarbeitergruppe im Rettungsdienst sind Rettungssanitäter nach § 9 SanG, die über eine Ausbildung von 100 Std Theorie und 160 Std Praktikum verfügen. Sie stellen vielerorts, insbesondere im ländlichen Bereich, die primäre Ressource dar, die die oftmals komplexe Einschätzung, ob die Lage vor Ort einer Hauskrankenpflege, eines Hausarztes, eines Notarztes oder einer

Hospitalisation bedarf, durchführen muss bzw müsste. Eigentlich als wertvolle erste Welle zur Frühdefibrillation bei Reanimationen und als Mitarbeiter im Krankentransport gedacht, erfüllen sie real den Großteil der präklinischen Akutversorgung.

Die zweite Ausbildungsstufe Notfallsanitäter absolviert darauf aufbauend 160 Std theoretischer Ausbildung und 320 Std Praktikum. Schließlich können Notfallsanitäter sogenannte Notfallkompetenzen erwerben und nach weiteren 40 Std bestimmte vom Chefarzt der jeweiligen Organisation freigegebene Medikamente verabreichen. Für die Notfallkompetenz „Venenzugang“ sind weitere 50 Std Theorie und Praxis erforderlich. In der höchsten fachlichen Ausbildungsstufe sind Sanitäter der „besonderen Notfallkompetenz Intubation und Beatmung“ nach zusätzlichen 30 Std Theorie und 80 Std Krankenhauspraktikum und der Einzelermächtigung des Chefarztes ihrer Organisation bei insgesamt 1.600 Std theoretischer und praktischer Ausbildung angelangt.

In der Praxis finden sich teilweise kuriose Bedingungen. Formal sind Mitarbeiter in der Arzneimittelkompetenz geschult, die Medikamentenliste des Chefarztes wird aber nicht wirksam, da auf den Rettungsmitteln die entsprechende Medikation nicht vorhanden ist – es muss erst der Notarzt angefordert werden, um die Applikation durchzuführen. Mitarbeitern, die in einem Bundesland bei der Organisation A alle Notfallkompetenzen durchführen, wird, wenn sie im Nachbarbundesland bei der „Schwesterorganisation“ A oder der Organisation B ehrenamtlich tätig sind, (rechtswidrigerweise) „untersagt“, diese Kompetenzen einzusetzen.

Standards sind in Österreich (im Gegensatz etwa zu Deutschland) meist nur im Bereich der „Hardware“ vorzufinden. Die europäische Norm CEN 1789 definiert Ausrüstung und Größe eines Rettungswagens (Typ C) und eines Notfall-Krankenwagens (Typ B). Der Terminus „Rettungswagen“ wird in Österreich, mit Ausnahme von Wien, nicht gemäß CEN 1789 verwendet. Ein „Rettungswagen“ ist mancherorts ein Fahrzeug mit zwei (oft unerfahrenen, Zivildienst leistenden) Rettungssanitätern, andernorts eines mit einem Rettungs- und einem Notfallsanitäter unterschiedlicher Kompetenzstufen. Welche Mitarbeiter auf welchen Rettungsmitteln eingesetzt werden können, liegt in der Regelungskompetenz der Länder, wird aber in den einzelnen Landesrettungsgesetzen nicht festgeschrieben.

Das Produkt „Rettungswagen“ und sein verlässliches Dienstleistungsniveau sind daher unklar.

Es kann je nach Lokalisation, Organisation, Dienstschicht und Qualifikationsgrad der Mitarbeiter irgendwo zwischen einfacher Erster Hilfe bis hin zur Medikamentengabe, Infusion und endotrachealer Intubation reichen.

Für Rettungsleitstellen besteht daher wegen des schwankenden Qualifikationsgrads der Rettungswägen schon bei einfacheren Akuteinsätzen, die einer qualifizierten Einschätzung bedürfen, oft die Notwendigkeit, sofort den Notarzt als einzige sicherere und verlässlichere Ressource zu entsenden. So steht dann beispielsweise der einzige Notarztwagen eines Bezirks bei einem Patienten mit „Bauchschmerzen“, in der Hoffnung, dass in der Zwischenzeit kein Paralleleinsatz zu einem Patienten mit Polytrauma oder Herzinfarkt erforderlich ist, der dann von Personal unklarer Kompetenz- und Qualifizierungslage versorgt werden muss.

3. Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst

Der Rettungsdienst muss künftig als primäre Aufgabe die Lenkung des Patienten zu der für ihn jeweils passenden und einfachsten Ressource wahrnehmen können. Diese verantwortungsvolle Aufgabe erfordert Fachkräfte, die vor Ort Anamnesen erheben, erweiterte Diagnostik betreiben und zusammen mit Patienten, Angehörigen, unter Einbeziehung telemedizinischer Komponenten bzw. in Abstimmung mit einem niedergelassenen Arzt den passenden Behandlungspfad wählen können. Das kann die Behandlung vor Ort, das Nachfordern eines Hausarztes, der Einbezug der Hauskrankenpflege, die Alarmierung eines Notarztes, die Verweisung zu einem Facharzt, den Transport dorthin, in eine Ambulanz, ein Krankenhaus, aber auch ggf. in psychosoziale Betreuungseinrichtungen wie Notschlafstellen für Obdachlose beinhalten.

4. Politischer Hintergrund

Vor dem Hintergrund dieser komplexen Problemlage haben die Landesgesundheitsreferenten im Rahmen der Diskussion um eine Neuordnung der Pflegeberufe auch die Frage der Sanitäterausbildung auf die Agenda gesetzt.

„Am 14. Mai 2014 beschlossen die Landesgesundheitsreferenten, die Pflegeausbildung zu novellieren. (...) Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, welche die FH abgeschlossen haben, sollen als ‚Generalist/in, Spezialist/in oder Paramedic‘ tätig werden.“ (Preterebner 2014: 2)

Angedacht ist, nach dem dreijährigen Pflegebachelor ein zweijähriges Masterstudium für „Paramedics“ anzubieten.

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, welche die

FH abgeschlossen haben, sollen als „Generalist/in, Spezialist/in oder Paramedic“ tätig werden.

5. Was ist ein „Paramedic“?

Der Begriff „Paramedic“ stammt aus den USA und bezeichnet dort Sanitäter der höchsten Ausbildungsstufe, die präklinische Notfallmedizin betreiben, auf systematische Untersuchung von Patienten spezialisiert sind und bei Bedarf auch invasive Maßnahmen wie Medikamentenapplikation, endotracheale Intubation oder eine Entlastungspunktion eines Spannungspneumothorax durchführen. Das Ausbildungskonzept wurde 1967 vom in Österreich geborenen Pionier der Anästhesie und (Wieder-)Entdecker der Mund-zu-Mund-Beatmung Prof. Dr. Peter Safar in Pittsburgh entwickelt. Sanitäter mit „ärztlichen“ Kompetenzen wurden aber schon 1680 vom Feldscher Matthias Gottfried Purmann beschrieben. Die 1881 begründete Wiener Rettungsgesellschaft brachte Medizinstudenten als Sanitäter mit ärztlichen Maßnahmen zum Einsatz. In Graz sind seit 1890 Medizinstudenten in der invasiven notfallmedizinischen Versorgung aktiv. Seit 2002 führen diese „Rettungsmediziner“ genannten „Grazer Paramedics“ ihre Maßnahmen im Rahmen des Sanitätergesetzes durch und sind formell Notfallsanitäter mit der besonderen Notfallkompetenz Intubation.

6. Akademisches Rettungsfachpersonal?

Im europäischen Kontext sind akademische Ausbildungen für Krankenpfleger bzw. Paramedics seit längerem etabliert. Ungarisches Rettungsfachpersonal absolviert ein Magisterstudium und wird mit denselben Kompetenzen und in guter Kooperation mit Notärzten am Einsatzort aktiv. Paramedics in Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Großbritannien benötigen ein Bachelorstudium, in Deutschland und der Schweiz sind dreijährige Ausbildungen erforderlich, die teilweise ebenfalls schon auf Fachhochschulen angeboten werden. In Italien, Portugal, Spanien, den Niederlanden, Norwegen, Schweden und Finnland werden Krankenpfleger nach akademischer Ausbildung mit Zusatzmodulen als „Paramedics“ eingesetzt. In den USA sind Paramedics und „Registered Nurses“ getrennte Ausbildungswege. Diese „Registrierten Krankenschwestern“ haben zumindest eine Bachelorausbildung, entlasten im klinischen Bereich eigenverantwortlich Ärzte von Aufgaben wie Routineuntersuchungen, Blutabnahmen, Medikamentengabe und bereiten Informationen für die Ärzte auf, die sich dann auf die wesentlichen Aspekte der ärztlichen Kunst konzentrieren können. Paramedics in den USA haben nur in wenigen Bundesstaaten ein Bachelorstudium, meist eine zweijährige Ausbildung auf einem technischen Institut oder College, verfügen aber im Bereich der Präklinik über einen weiteren Kompetenzrahmen als die pflegerischen Kollegen in der Klinik. Die Durchlässigkeit zwischen den beiden Berufsgruppen ist trotz enger Verwandtschaft noch gering und formell sehr kompliziert, die isolierte Paramedicausbildung daher aus bildungspolitischer Sicht ein „Sackgassenberuf“.

7. Erste Schritte für einen zeitgemäßen österreichischen Weg

Als ersten Schritt zur Weiterentwicklung einer Berufsgruppe, die nicht nur in der präklinischen Versorgung, sondern auch im pflegerischen Bereich Kompetenzen einsetzt, erarbeitet ein Entwicklungsteam der Fachhochschule St. Pölten (Department Gesundheit und Soziale Arbeit) ein völlig neues Konzept.

Die Mitglieder des Entwicklungsteams – Notärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Notfallsanitäter, Leitstellenmitarbeiter, Sozialarbeiter und Juristen – sind Experten der Einsatzorganisationen bzw. Lehre und entwickeln ein Kurrikulum für eine sechssemestrige Bachelorausbildung. Die Absolventen sollen über ein breites theoretisches und praktisches Wissen verfügen, um im klinischen Bereich, aber auch im Bereich der Versorgung vor Ort als Notfallsanitäter oder Hauskrankenpfleger aktiv zu werden. Die neue Mitarbeitergruppe wird insbesondere auch mit Blick auf die konzipierten Primärversorgungszentren in strukturell unterversorgten Gebieten und klinischen Notaufnahmen ausgebildet werden.

Es wird versucht, die bestehenden Rettungs- und Notfallsanitäterausbildungen und die Ausbildung gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in einem gemeinsamen Lehrgang zu integrieren.

Damit wird eine wertvolle Ergänzung des derzeitigen Systems gerade in Zeiten eines allorts diskutierten Ärztemangels geschaffen.

Verweise

¹ Dieser Artikel ist in der Österreichischen Zeitschrift für Pflegerecht, Nr 6 (2014) erschienen und soll in soziales_kapital einem breiteren Sozialarbeitspublikum verfügbar gemacht werden. Eine Genehmigung der Zeitschrift liegt uns vor:

Redelsteiner, Christoph (2014): Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel? In: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht. Nr. 6, S. 164-166.

Literatur

Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätärgesetz – SanG) i.d.F.v. BGBl. I Nr. 30/2002, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/2002_30_1/2002_30_1.pdf (05.10.2014).

Mühlgassner, Anges M. (2014): Landmedizin: Die Politik und der Ärztemangel. In: ÖAZ, 15/16.

Prause, Gerhard / Kainz, Johann (2014): Notarzt – ein Arzt für alle Fälle? In: ÖAZ, 13/14.

Pretebner, Karl (2014): Pflege – Was tut sich. In: gesund&sozial, Zeitschrift der ÖGB/ARGE-Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe, 2/2014.

Redelsteiner, Christoph (2014a): Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel? In: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht. Nr. 6, S. 164-166.

Redelsteiner, Christoph (2014b): Musterauswertung des Notarztstützpunktes NN [unveröffentlicht].

Redelsteiner, Christoph (2014c): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. Akteure, Problemanalyse, Lösungsansätze. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.

Wagner, Wolfgang (2014): Ärztemangel. Absturz vorprogrammiert. Der Kassenarzt, <http://www.kassenarzt.at/archiv/index.php?id=2304> (03.11.2014).

Literaturtipp

Redelsteiner, Christoph / Kuderna, Heinz et al. (2011): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter: Patientenbetreuung nach Leitsymptomen. 2. Auflage, Wien: Braumüller.

Über den Autor

FH-Prof. DSA Mag. (FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc
christoph.redelsteiner@fhstp.ac.at

ist Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz Intubation und seit 1984 in Rettungssystemen Deutschlands, der USA und Österreichs auf operativer und leitender Ebene aktiv. Er ist Dozent an der Fachhochschule St. Pölten, Department Gesundheit und Soziale Arbeit, mit Schwerpunkt Krisenintervention und Public Health/Versorgungsforschung und fachwissenschaftlicher Lehrgangsführer „Rettungsdienstmanagement“ an der Donau-Universität Krems.

Abstract

Der nicht indizierte Transport von Patienten ins Krankenhaus muss der Vergangenheit angehören. Das Screening von Patienten vor Ort und deren Lenkung zu passenden Ressourcen erfordert eine Anpassung des Qualifikationsniveaus von Sanitätern und eine Ausbildung in unmittelbarer Nähe der Gesundheits- und Krankenpflege. Neben Kenntnissen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Sanitätshilfe, Soziale Arbeit und Management sind zahlreiche manuelle, soziale, organisatorische und wissenschaftliche Kompetenzen für diese verantwortungsvolle Aufgabenstellung erforderlich. Diese Berufe sind daher im europäischen Kontext durchgängig als Ausbildungen zumindest auf Bachelorniveau konzipiert. Die FH St. Pölten erarbeitet derzeit ein entsprechendes Kurrikulum im Rahmen des österreichischen gesetzlichen Kontexts.