



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Prälinik Wien: eine kritische Analyse“

Verfasser

Stefan Harald BALLNIK (BA)

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 066 824

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Masterstudium Politikwissenschaften

Betreuerin:

Dr. Anna Durnová, Ph.D.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 31. Juli 2014



Stefan Harald Ballnik

Inhaltsverzeichnis

VORWORT.....	5
DANKSAGUNG	6
EINLEITUNG.....	7
Theoretische Betrachtung der wissenschaftlichen Untersuchung	11
PRÄKLINIK WIEN: EINE KRITISCHE ANALYSE.....	17
Herausstechende Vorkommnisse in der Präklinik.....	19
Vorkommnisse mit Ersthelfern	32
Vorkommnisse mit dem Ärztekundendienst beziehungsweise Hausärzte	32
Vorkommnisse mit Heimhilfen	33
Vorkommnisse mit Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern in Pensionistenheimen	34
Allgemeine herausstechende Vorkommnisse	35
Das Kosten- Nutzen- Beispiel	37
Kosten- Nutzen- Beispiel 1 – 141	40
Kosten- Nutzen- Beispiel 2 – 144 – 141.....	40
Kosten- Nutzen- Beispiel 3 – 144 – Krankenhaus.....	41
Eigenverantwortung von Patienten.....	43
CONCLUSIO UND KRITISCHES FAZIT	47
NACHWORT	48
QUELLENVERZEICHNIS	52
Literatur	52
Internetquellen	54
Daten	55
Abbilder	55
ANHANG.....	57
Definitionen	57
Erste Hilfe	57
Rettungskette	59
Absichern	59
Notruf	59
Erste Hilfe leisten.....	59
Rettungsdienst	59
Weitere Versorgung	60

Personal in der Präklinik	60
„Hausarzt“, Arzt für Allgemeinmedizin	60
Sanitäter	61
Notärzte	64
Notrufnummern.....	64
112 – Europäischer Notruf.....	64
122 – Feuerwehr.....	65
133 – Polizei.....	65
144 – Rettung.....	65
141 – Ärztefunkdienst.....	66
01 406 43 43 – Vergiftungsinformationszentrale	66
Einsatzfahrzeuge.....	66
Qualifizierter Krankentransport – Krankentransportwagen (KTW).....	68
Rettungstransport – Rettungstransportwagen (RTW).....	69
Notärztliche Einsatzmittel	70
Notfalltransport – Notarzteinsetzwagen, Notarzteinsetzfahrzeug (NAW, NEF).....	70
Rettungsflug (Primäreinsatz) – Notarzthubschrauber (NAH)	72
Wiener Rettungssystem und Wiener Rettungsorganisationen.....	73
Die Organisationen im Rettungsverbund	73
Studie 1 – Erhebung von Daten (Forschungstagebuch)	74
Studie 2 – Interview.....	76
Fragenkatalog	76
Antworten Interview 1	77
Antworten Interview 2.....	79
Antworten Interview 3.....	82
Antworten Interview 4.....	83
Antworten Interview 5.....	86
Antworten Interview 6.....	88
Antworten Interview 7	89
Studie 3 – Inserate.....	92
Curriculum Vitae	97
Abstract	101

Vorwort

Gesundheit ist das wichtigste Gut des Menschen. Das qualitativ hochwertige Gesundheitswesen in Österreich gehört zu den besten der Welt. Kranksein ist nie angenehm. Für die Menschen ist es darum wichtig zu wissen, dass man auf das österreichische Gesundheitssystem zählen kann und dass gute medizinische Versorgung keine Frage von Kontostand oder sonstigen finanziellen Mitteln ist. Trotzdem ist Gesundheitspolitik seit vielen Jahren in Österreich ein sehr aktuelles, viel diskutiertes und sehr sensibles Thema. Es betrifft jeden einzelnen Staatsbürger.

Aus persönlichen Gründen habe ich mich für das Thema „Prälinik Wien: eine kritische Analyse“ entschieden. Der Fokus meiner Masterarbeit wird sich auf die Erste Hilfe, den Tätigkeitsbereich der Rettung und den niedergelassenen Ärzten beziehen. Mit meiner Masterarbeit soll ein Schritt Richtung Aufklärung der Wiener Bevölkerung niedergeschrieben werden, sowie Anregungen und Vorschläge zur Verbesserung der aktuellen Situation im präklinischen Bereich.

Ich habe versucht in meiner Masterarbeit ein möglichst breites Spektrum an unterschiedlichen Eindrücken in mein wissenschaftliches Denken einfließen zu lassen. Da das Thema „Prälinik Wien: eine kritische Analyse“ eine große Bandbreite an Geschehnissen aufweist, sehe ich diese Masterarbeit als Versuch die wesentlichsten Punkte herauszuarbeiten und kritisch zu analysieren.

Mit der vorliegenden Masterarbeit möchte ich einen Beitrag zum besseren Verständnis der aktuellen Situation der Wiener Prälinik leisten.

Zugunsten der besseren Lesbarkeit ist anzumerken, dass die vorliegende Masterarbeit geschlechtsneutral verfasst wurde und bei konkreten Fachbegriffen keine Berücksichtigung erfolgte.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich noch einzelnen Personen meinen persönlichen Dank aussprechen.

Zu Beginn möchte ich mich herzlich bei allen Kollegen und Freunden des Wiener Roten Kreuzes und der Berufsrettung der Stadt Wien (Magistratsabteilung 70), die mir das Anfertigen eines Forschungstagebuches genehmigt haben, bedanken. Ohne Sie hätte diese Arbeit nicht realisiert werden können.

Ebenso danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen beim Wiener Roten Kreuz, meinen Studienkolleginnen und Studienkollegen sowie meinen Freunden für viele geistige Anregungen und dass Sie mich bei meinen Recherchen unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt aber meinen Großeltern, Renate und Harry Westreicher, die mich während meines Studiums immer unterstützt, mir in Krisenzeiten beigestanden und immer wieder Mut zugesprochen haben.

Zuletzt gilt es meiner Masterbetreuerin Frau Dr. Anna Durnová Ph.D. Dank auszusprechen, die mich während unserer zahlreichen teilweise kontroversiellen Sitzungen unterstützend begleitet und geleitet hat. Vielen Dank für Ihre Zeit, Ihr Fachwissen und Ihre Expertise, welche Sie mit mir geteilt haben.

Im Besonderen ist diese Masterarbeit meiner Mama, Gerda Ballnik- Westreicher gewidmet, welche aufgrund schwerer Krankheit viel zu früh am 15. April 2002 verstorben ist, in Erinnerung an meine unvergessliche und schöne Kindheit.

Stefan Harald Ballnik

Wien, im Juli 2014

Einleitung

*„Das höchste Gut ist unser Leben,
und das gehört in jeder Form hochqualitativ erhalten!“
(Harald Peterka)¹*

Das Thema Gesundheit ist in den letzten fünf bis zehn Jahren ein immer zentraleres Themengebiet geworden, vor allem in Hinblick auf die Sparmaßnahmen der Politik, die das bestehende österreichische Gesundheitswesen hart getroffen haben. Durch diesen ergaben sich viele Änderungen im Gesundheitswesen die meines Erachtens nicht alle zu begrüßen sind.

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der österreichischen Gesundheitspolitik mit dem Fokus auf den präklinischen Bereich am Beispiel der Metropole Wien.

Am Beginn meiner Arbeit widme ich einen Schwerpunktbereich dem theoretischen Ansatz der Biopolitik im Sinne von Foucault, der darunter Machstechniken innerhalb einer Gesellschaft versteht. Biopolitik im Sinne vom französischen Begriff „biopouvoir“ dies bedeutet wortwörtlich die Biomacht. Anhand aufgezeigter „Vorkommnisse in der Präklinik“ werden diese biopolitischen Begriffe im Einzelnen dargestellt.

Des weiteren beleuchte ich wesentliche Konzepte und Begrifflichkeiten, sowie rechtliche Grundlagen. Der Hauptteil „Präklinik Wien: eine kritische Analyse“ beinhaltet mehrere Teilgebiete, die anhand verschiedener Methoden erarbeitet wurden, um das Chaos im präklinischen Alltag darzustellen und die Spannung zwischen Evidenz und kaum Zugriff zu Patientendaten kritisch zu analysieren:

- Mit Hilfe eines Forschungstagebuches, welches ich im Rahmen meiner Dienste in der Notfallrettung angelegt habe, werden erhobene Daten über Patienten der Präklinik Wien angeführt. Zusammen mit durchgeführten Interviews mit Vertretern der Präklinik und einer Analyse ausgewählter

¹ Harald Peterka, Leiter für Raum- und Ressourcenmanagement, Universität Wien

Inserate zum Thema Präklinik wird die aktuelle Situation insgesamt kritisch analysiert.

- Ein Teilgebiet betrifft die Darstellung eines „Kosten- Nutzen- Beispiels“ um die tatsächlich anfallenden hohen Kosten aufzuzeigen und an mehr Effizienz zu appellieren.
- Das dritte Teilgebiet des Hauptteils beinhaltet den zentralen Terminus „Eigenverantwortung von Patienten“ aus zwei Blickwinkeln betrachtet, um auf die gesundheitspolitische Bedeutung näher einzugehen. Einerseits aus der Sicht eines Sanitäters und andererseits aus der Sicht eines Patienten.

Den Abschluss meiner Masterarbeit bilden persönliche Schlussfolgerungen sowie ein kritisches Fazit zur aktuellen Situation der Präklinik in Wien.

Im Nachwort wird eine persönliche Empfehlung für die Verbesserung der Präklinik Wien aufgelistet.

Im Anhang werden die verwendeten technisch bezogenen Fachbegriffe definiert, sämtliche Ergebnisse der erhobenen Daten, Interviews und veröffentlichten Inseraten detailliert wiedergegeben.

Ich möchte mit dieser vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit einen Beitrag zur besseren Information und verbesserten Aufklärung der Wiener Bevölkerung im Bereich Präklinik leisten. Dies unterstreiche ich vor allem mit Hilfe einer Reflexion meiner persönlichen langjährigen Arbeitserfahrung für den Wiener Notfallrettungsdienst und andererseits durch die detaillierte Darstellung des komplexen Wechselspiels von den Bereichen Gesundheit und Politik.

Die politikwissenschaftliche Bedeutung meiner umfassenden Untersuchung und Analyse liegt klar in der besseren Aufklärung der Wiener Bevölkerung und das Eingeständnis der Rolle eines Patienten im Wiener Präklinischen Bereich. Gerade in den letzten Jahren findet das Thema Gesundheitswesens eine viel stärkere Beachtung in den nationalen und internationalen Medien, womit auch die wissenschaftliche Relevanz in den Vordergrund tritt. Die emotionale Seite der Thematik nimmt eine zentrale Rolle der Betrachtung ein.

Es geht vor allem um eine qualitativ hochwertige notfallmedizinische Versorgung von Patienten und einer besserer Information und Aufklärung der Wiener Bevölkerung. Ich möchte einen kleinen Einblick hinter die Kulissen gewähren und meine Erkenntnisse mit dieser Arbeit dokumentieren.

Das Forschungsinteresse liegt darin Vor- und Nachteile der Wiener Prälinik aufzuzeigen, sowie für eine wissenschaftliche Aufbereitung und Information zu sorgen. Daher lautet meine Forschungsfrage wie folgt:

„Wie verhält sich politische Macht (Biopolitik) zur Gesellschaft im Bezug auf die Prälinik und das medizinische Grundwissen, Verhalten und der Umgang eines Patienten?“ (Foucault, 2011). Die Biopolitik dient zur Ordnung des Gesundheitswesens einer Gesellschaft, diese umfasst auch den präklinischen Bereich.

Meine Literaturrecherchen haben gezeigt, dass einige wenige wissenschaftlichen Arbeiten zum Bereich Prälinik verfasst wurden. Es haben Zeitungsartikel mit Titeln wie „das Gesundheitswesen krankt“ ein mediales Echo gefunden.

Wie heißt es so einprägsam seit Jahrzehnten im Stadttourismusmarketing: „Wien ist anders“. Dies steht nicht nur auf allen Stadteinfahrtstafeln geschrieben, sondern habe ich selber am eigenen Leibe feststellen müssen. Dieser erfolgreiche Werbeslogan „Wien ist anders“ ist für mich persönlich positiv wie auch teilweise negativ behaftet. Die Relevanz für meine Masterarbeit bezieht sich in diesem Fall nur auf das Wiener Gesundheitswesen und im Speziellen auf den Wiener Rettungsdienst.

Als staatlich geprüfter Rettungssanitäter aus dem Bundesland Salzburg war der Rettungsdienst in Wien Neuland für mich. Mit meiner damaligen Ausbildung konnte ich einen Rettungstransportwagen (RTW) nur von außen ansehen und war nur im Krankentransport (KTW) tätig. Erst die Ausbildung zum Notfallsanitäter, erlaubte es mir, in Wien in der Notfallrettung tätig zu werden, obwohl ich in Salzburg bereits jahrelang als Fahrer und Sanitäter auf einem RTW Dienst verrichtet hatte. Warum ist das so? Ein Rettungstransportwagen ist in Wien eine „fahrbare Intensivstation“ mit

allen Medizinprodukten (MPG) die in der Notfallmedizin verwendet werden. Also von Beatmungsmaschinen über Defibrillatoren, EKG bis zu Medikamenten. Nur Notfallsanitäter sind dazu befähigt diese zu bedienen. Dieses System gibt es in Salzburg nicht. Auch die Ausübung eines Notfallsanitäters ist in Salzburg ausschließlich hauptberuflichen Kolleginnen und Kollegen gestattet.

„Wien ist anders“! Diesmal für meine Begriffe ein negatives Beispiel, bezogen auf die Thematik der Präklinik. In Wien gibt es viel zu viele Telefonnummern die eine erkrankte oder verletzte Person anrufen kann. In Salzburg gibt es nur die Notrufnummern 144, 141 beziehungsweise den Europäischen Notruf 112, welcher im gesamten europäischen Raum erreichbar ist. In Wien ist dies anders. Es gibt sehr viele verschiedene Rettungsorganisationen von der Berufsrettung Wien (Magistratsabteilung MA 70) über das Wiener Rote Kreuz, den Arbeiter Samariter Bund, die Johanniter Unfallhilfe und viele mehr. Jede dieser Organisationen hat eine eigene unabhängige Telefonnummer.

Dieses Detailwissen ist innerhalb der Wiener Bevölkerung zu wenig bekannt und in einer unerwarteten Notsituation kaum abrufbar. Hier gehört meines Erachtens angesetzt und für mehr Aufklärung der Bevölkerung gesorgt, wann jemand den Notruf 144, den Ärztefunkdienst 141 oder den einfachen Krankentransport 52 144 (Wiener Rotes Kreuz) anrufen soll.

Das Wiener Gesundheitswesen ist aber noch viel komplexer und betrifft all jene zwei Millionen Menschen, die in Wien wohnen. Somit ist dieses umfassende Thema für jeden Einzelnen persönlich, die gesamte Gesellschaft und aber auch für die Politikwissenschaft im Bereich der Biopolitik und der Gesundheitspolitik essentiell und überaus wichtig.

Ich wünsche dem Leser bei der Lektüre der vorliegenden Masterarbeit wertvolle neue Erkenntnisse und Anregungen für ein nachhaltiges, qualitatives Gesundheitswesen in Österreich und speziell für die Bundeshauptstadt Wien.

Theoretische Betrachtung der wissenschaftlichen Untersuchung

Der Begriff Präklinik bedeutet vorklinisch, außerhalb eines Krankenhauses. Der Tätigkeitsbereich der Präklinik umfasst also die Notfallmedizin (Rettungsmedizin), Katastrophenmedizin, Erste Hilfe und Allgemein die Gesundheitsvorsorge außerhalb eines Krankenhauses wie zum Beispiel niedergelassene Ärzte und Apotheken.

Unter Gesundheitspolitik versteht man, das politische Handeln, seine institutionellen Rahmenbedingungen und die ihm zugrunde liegenden Konflikt- und Konsensbildungsvorgänge, die darauf gerichtet sind, die Gesundheitsvorgänge und die Krankheitsbehandlung gesamtgesellschaftlich verbindlich zu regeln. In Unterschied zum sehr weit gefassten Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens – zielt die Gesundheitspolitik auch in den wirtschaftlich entwickelten Ländern primär auf die kurative (nachsorgende) Medizin, die bereichsweise von präventiver Gesundheitspolitik ergänzt wird (vgl. Gottweis, 2006, 753).

Zu den Zielen der Gesundheitspolitik gehört vor allem das „Freisein“ von Krankheit, insbesondere die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des Arbeitsvermögens. Struktur, Größenordnung und Ziele der Gesundheitspolitik sowie die gesundheitspolitische Arbeitsteilung zwischen Staat und Markt sind von Land zu Land verschieden. Oberstes Ziel ist einen effizienten und zeitgemäßen hohen Gesundheitsschutz in Österreich sicher zu stellen (vgl. Gottweis, 2006, 764).

Die Gesundheitspolitik der Republik Österreich repräsentiert einen Mittelweg zwischen den ordnungspolitischen Alternativen Markt oder Staat, die von der primär marktwirtschaftlichen Gesundheitspolitik wie in den USA (und abgeschwächt der Schweiz) einerseits und von einem staatlichen Versorgungssystem nach britischer oder neuseeländischer Art (National Health System) andererseits markiert werden (vgl. Gottweis, 2006, 754).

Die wichtigste Institution der Gesundheitspolitik in Österreich ist die gesetzliche Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung, der rund 75% der

Erwerbsbevölkerung und zusammen mit den mitversicherten Familienangehörigen circa 90% der Bevölkerung angehören. Der größte Teil der übrigen Bevölkerung ist durch die beamtenrechtliche Fürsorge oder durch Privatversicherungen geschützt (Schmidt 2004, 273f.). Gesundheitspolitik ist ein Teilbereich der österreichischen Sozialpolitik (vgl. Gottweis, 2006, 754).

Gesetzgebungstechnisch fällt das Gesundheitswesen Österreichs größtenteils in die konkurrierende Gesetzgebung des Bundes. Für das Angebot medizinischer Leistungen sind überwiegend private Leistungserbringer zuständig, denen im Krankenhauswesen gemeinnützige Anbieter und öffentliche Träger zur Seite stehen. Eine Vielzahl gesundheitspolitischer Regulierungen unterhalb der Rahmenrichtlinien der Bundesgesetzgebung fällt in die Verantwortung der Selbstverwaltung der Krankenversicherungskassen und der Leistungserbringer. Zu deren Hoheitsbereich gehört auch die verbindliche Aushandlung der Preise medizinischer Leistungen und der Vorgaben der medizinischen Leistungserbringung. Die Kombination von staatlicher Regelung, Selbstverwaltung und privater Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen hat ein eigentümliches Muster politischer Steuerung entstehen lassen: neben der hierarchischen Steuerung durch den Staat spielen korporatistische Staat- Verbände- Beziehungen und Verhandlungen zwischen den Verbänden eine hervorragende Rolle. Fachleute sehen in der hiermit gegeben Vielfachsteuerung eine zentrale Ursache der ausgeprägten Strukturkontinuität des österreichischen Gesundheitswesens über politische Regimewechsel hinweg und einen Schlüssel zur Erklärung der Seltenheit grundlegender Strukturreformen in der Gesundheitspolitik (vgl. Schmidt 2004, 273f.).

Finanziert wird die österreichische Gesundheitspolitik überwiegend aus Beiträgen. Die Pflichtversicherungsbeiträge sind bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu entrichten, und zwar je zur Hälfte von den Pflichtversicherungen und ihren Arbeitgebern. Steuerfinanziert sind in der Gesundheitspolitik in Österreich im Wesentlichen nur die Investitionen im Krankenhauswesen und das öffentliche Gesundheitswesen, das im Unterschied zum britischen National Health Service randständig ist. Charakteristisch für das österreichische Gesundheitswesen ist mithin die Gegensätzlichkeit von kollektiver Finanzierung und private Leistungserbringung mit strikter Arbeitsteilung zwischen den für die Finanzierung und den für die

Versorgung zuständigen Institutionen. Die Frage der Solidarität zwischen den Generationen (der österreichischen Bevölkerung) im Bereich des bestehenden Gesundheitssystems sichert das System auch langfristig und nachhaltig ab (vgl. Schmidt 2004, 273f.)

Wie andere westliche Länder ist auch die Republik Österreich mit einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen konfrontiert. Zu deren Ursachen zählen unter anderem der kostenintensive medizinische Fortschritt, die voranschreitende Alterung der Gesellschaft, die starke wirtschaftliche, soziale und politische Position der Anbieter von Gesundheitsleistungen sowie kostentreibende Finanzierungsstrukturen (z.B. Schwäche oder Fehlen privater Eigenbeteiligung) (vgl. Schmidt 2004, 273f.).

Seit Mitte der 1970er Jahre hat die Politik wiederholt Anstrengungen unternommen, der Kostenexplosion mit einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, meist nur mit vorübergehendem Erfolg. Im internationalen Vergleich freilich ist die Politik des mittleren Weges in der Gesundheitspolitik bei der Kosteneindämmung erfolgreicher als reine oder primär marktwirtschaftliche Systeme. Die hochkomplexe und kostspielige Gesundheitspolitik in Österreich ist eingebettet in ein sensibles politisches Regulationsfeld (vgl. Gottweis, 2006, 753).

Insoweit hat die österreichische Gesundheitspolitik bessere Noten verdient, als sie gemeinhin erhält. Andererseits erschwere die Vielfachsteuerung im österreichischen Gesundheitswesen größere Reformvorhaben und erlaube in der Regel nur begrenzte, schrittweise Anpassungen, so dass sich nahezu jede Bundesregierung mit einem akuten Reformbedarf im Gesundheitswesen konfrontiert sieht (vgl. Schmidt 2004, 273f.).

Das Gesundheitssystem in Österreich unterliegt einem kontinuierlichen Anpassungsprozess (vgl. Gottweis, 2006, 754).

Die vorliegende Masterarbeit widmet sich der aktuellen Situation der Prälinik Wien. Einerseits stammt der Input durch Selbsterfahrung, Erlebtes und daraus resultierende Erkenntnisse von der Veränderung der Wiener Prälinik. Mit Experteninterviews, der Erarbeitung eines Forschungstagebuches und einer Analyse

von Inseraten werden Anregungen zur Verbesserung der Wiener Präklinik erarbeitet. Es wird eine empirische, teilnehmende Beobachtung geben. Weiteres soll eine daraus resultierende Reflexion stattfinden. Die wissenschaftliche Basis und Ausgangspunkt meiner Untersuchungen ist, der Fachbegriff „Biopolitik“ im Sinne des französischen Wissenschaftlers Michel Foucault. Aus dem französischen Wort „le biopouvoir“ abgeleitet versteht man darunter Biomacht im Sinne von Machttechniken einer Gesellschaft. Inhaltlich geht es um Formen der Regulierung des Gesundheitswesens. In dieser analytischen Interpretation entspricht Biopolitik der Biomacht (vgl. Haddad 2010, 26). Im Sinne von Foucault ist die Gesundheitspolitik als multiples Gouvernementalitätsregime anzusehen (vgl. Gottweis 2004, 13 und 325). Sämtliche involvierten Akteure sind mit einzubeziehen und zu berücksichtigen.

Die Biopolitik wird auch als Lebenserhaltungs- und Lebensentfaltungspolitik bezeichnet. Ziel ist die Gesundheit des Körpers einer Bevölkerung sicherzustellen (vgl. Gottweis 2004, 41). Die Gesundheitspolitik im modernen Sprachgebrauch auch als „*Public Health Policy*“ bezeichnet sind spezialisierte Politikfelder. Die Hauptaufgabe und Rolle des Staates im Zusammenhang mit dieser Begriffsdefinition der Biopolitik ist der Aufbau und die Gestaltung eines funktionierenden Gesundheitswesens. Der menschliche Körper wird zum Gegenstand staatlicher Gestaltungsprozesse, ein Verwaltungsprojekt zwischen Staat und moderner Medizin (vgl. Gottweis 2004, 52).

Hauptaufgaben der Biopolitik werden insbesondere die ökologische Sicherung der Lebensmöglichkeiten, die biologische Steigerung der nutzbaren Lebenserträge und der weitest mögliche Schutz für die Entfaltung des menschlichen Lebens gezählt (vgl. Schmidt 2004, 87). Der Bereich der Biopolitik ist stets im Wandel und entwickelt sich permanent weiter (vgl. Haddad 2010, 135). Die Zukunftsentwicklung geht in Richtung einer neuen biopolitischen Ordnung in den bestehenden modernen Gesundheitssystemen.

In der Wissenschaft wird in diesem Zusammenhang auch von Januskopf klinischer Forschung gesprochen (Haddad 2010, 11). Das Leben als oberstes schützenswertes Gut, welches von jedem einzelnen Menschen gepflegt werden muss. Leben machen und sterben lassen, so der Leitsatz von Foucault (vgl. Haddad 2010, 24). Es ist

abzuwägen zwischen individueller und kollektiver Gesundheit. Gesundheitspolitik als Politik des Lebens (vgl. Gottweis 2004, 323).

Im 17. und 18. Jahrhundert hat eine fundamentale Transformation politischer Macht stattgefunden. An die Stelle der alten souveränen Macht über den Tod trat zunehmend eine „Biomacht“, die auf die Kontrolle und Optimierung von bestehenden Lebensprozessen zielt. Foucault unterscheidet zwei Hauptformen: die Disziplinierung des individuellen Körpers und die Regulierung der Bevölkerungsprozesse. Biopolitik verweist hier auf die Entwicklung eines spezifischen politischen Wissens vom Körper und neuer Disziplinen wie Statistik, Demographie, Epidemiologie und Biologie, die es erlauben, Individuen und Kollektive mittels korrigierender, exkludierender, normalisierender, disziplinierender, therapierender oder optimierender Maßnahmen zu „regieren“. Der Foucault'sche Begriff „Biopolitik“ ist in den vergangenen Jahren auf große Resonanz gestoßen (Nohlen, Schultze 2010, 86f.).

Die Bedeutung des individuellen Patienten wird erhöht. Gerade im Zusammenhang mit der präklinischen Gesundheitsversorgung steht der Patient im Fokus des analytischen Denkens (vgl. Gottweis 2004, 46).

In den durchgeführten Interviews wurden Personen aus der Präklinik befragt. Diese Personen haben alle den gleichen Fragenkatalog erhalten (siehe Anhang). Ursprünglich hätte eine Diskussionsrunde mit der Wiener Ärztekammer, der Wiener Gebietskrankenkasse, dem Wiener Krankenanstalten Verbund und Vertretern der 4 für Wien stattfinden sollen.

Dies war aber leider, aus mangelnden Interesse an meiner Masterarbeit dieser Organisationen und Vereine nicht möglich. Somit habe ich mein Konzept geändert und ausgewählte Personen einen Fragenkatalog zukommen und diesen ausarbeiten lassen.

Als Grundlage für meine Masterarbeit habe ich ein Forschungstagebuch im Rahmen meiner Dienste von Dezember 2012 bis Juni 2013 angelegt. Ich habe zu jedem Dienst, zu jedem Patienten und jedem Einsatz ein Gedankenprotokoll verfasst und eine gezielte Datenerhebung des einzelnen Patienten anonym angefertigt. Mit Hilfe einer Analyse von Inseraten der Berufsrettung Wien (MA 70) zum Thema Präklinik und Experteninterviews wird das Chaos in einer Notfallsituation inklusive

Spannungen zwischen Evidenz und kaum Zugriff zu Patientendaten biopolitisch kritisch analysiert. Die wachsende Frustration im Alltag der präklinischen Mitarbeiter wird dadurch dargelegt.

Zur Aufbereitung und Darstellung meiner wissenschaftlichen Arbeit, habe ich als Werkzeuge die Diskursanalyse, eine interpretative Politikfeldanalyse und eine Datenerhebung verwendet.

Im politikwissenschaftlichen Sprachgebrauch bedeutet Diskurs die systematische Abhandlung eines Themas und die gesellschaftlich anerkannte Form des schriftlichen oder mündlichen Sprachgebrauchs, die die gesellschaftliche Wahrnehmung der Welt konstituiert und soziale Wirklichkeit herstellt. Diskurse sind Objekte der Diskursanalyse. Diese untersucht Diskurse mit Blick auf ihre Gliederung und Äußerungen, ihren sinnbildlichen, bedeutungsmäßigen und erkenntnismäßigen Gehalt, ihre Sprechpositionen, einschließlich deren Ressourcen, die gesellschaftlichen Voraussetzungen und Wirkungen, das Verhältnis von politischen Akteuren und Ideen, Interessen und Kognitionen, im Hinblick auf normativ-analytische Fragen der verständigungsorientierten Kommunikation, einschließlich der Überprüfung und Rechtfertigung von Geltungsfragen (Schmid, 2004, 171).

Im Sinne einer interpretativen Politikfeldanalyse umfasst der doppelte Diskurs im Bereich der Wiener Präklinik sowohl eine Bedeutungshäufung als auch eine symbolische Dimension (vgl. Durnová, 2011, 419). Die Frage der tatsächlichen politischen Agenden im Gesundheitsbereich spielen in der Analyse des bestehenden Systems der Stadt Wien eine zentrale Rolle.

Verfahren oder Vorgang planmäßiger wissenschaftlicher Datenerhebung, bei dem ein geschulter, in direktem Kontakt mit dem Befragten stehender Interviewer durch Fragen oder mitgeteilte Stimuli die Untersuchungsperson zu Antworten veranlasst, die systematisch registriert und nach Abschluss des Gesprächs ausgewertet werden. (Nohlen, Schultze 2010, 443f.).

Prälinik Wien: eine kritische Analyse

„Die Notfallmedizin, die zu Beginn mehr eine Bergmedizin war und heute eine Vorortbehandlung durchführt, hat sich zu einem spezifischen Fach entwickelt, dessen Bedeutung sowohl durch moderne Reanimationsmaßnahmen als auch durch standardisierte Ausbildungen noch unterstrichen wird. Die Zunahme an multimorbiden Patienten stellt komplexere Anforderungen an die medizinischen Fähigkeiten der Prälinik und verlangt ein professionelles Schnittstellenmanagement. Eine gut funktionierende Rettungskette erfordert neben gesicherten Ressourcen auch eine Breitenausbildung der Ersthelfer und vor allem die Motivation der Bevölkerung, im Notfall etwas zu unternehmen. Nur so können vital Bedrohte adäquat versorgt und die Schäden gering gehalten werden“ (Hüpf, Zimpfer, 2006, 93).

Ärzte schlagen Alarm: "Die Ressourcen und die Zeit für die Rettung von Menschenleben wird immer knapper!" Ambulanzen sind immer mehr mit Patienten, die zum Hausarzt beziehungsweise einfach ins Bett gehören, überfüllt und überfordert.

Rettungen werden immer öfter von Leuten gerufen, die keine notfallmedizinische Versorgung benötigen, während Patienten, die dringend versorgt werden müssen, zu kurz kommen. Die Aufgaben der Notärzte liegen immer mehr in sogenannten Visiten anstatt Notfallpatienten zu versorgen.

Das Gefühl, welches in der Prälinik herrscht, lässt sich meiner Ansicht nach mit einem Wort beschreiben: „Ausbeutung!“

Der Arbeitsalltag im Bereich der Prälinik ist vor allem durch einen hohen Grad der Frustration und Anspannung geprägt. Gerade in einer unerwarteten Notfallsituation ist es essentiell, dass die Rettungskräfte richtig reagieren, agieren und das „Chaos“ meistern.

Anhand der drei folgenden Teilgebiete ist es mir ein Anliegen die Forschungsfrage strukturiert zu beantworten. Ich widme den Hauptteil meiner Arbeit den „herausstechenden Vorkommnissen in der Prälinik“, einem „Kosten- Nutzen- Beispiel“ und der „Eigenverantwortung von Patienten“. Diese Bereiche stellen meines Erachtens einen zentralen Bereich der österreichischen präklinischen

Gesundheitspolitik dar. Auf Mängel in den bestehenden Abläufen möchte ich ausdrücklich hinweisen und diese kritisch analysieren. Die Biopolitik im Sinne einer Lebenserhaltungs- und Lebensentfaltungspolitik bietet die entsprechenden Rahmenbedingungen.

Wie in der Einleitung dargestellt, geht es darum Notfallpatienten bestmöglich zu versorgen, Menschen aufzuklären und dafür zu sorgen, dass das vorherrschende Gefühl der „Ausbeutung“ aus der Präklinik zurückgedrängt wird.

Im Anhang werden sämtliche fachspezifische präklinische Begriffsdefinitionen, alle erhobenen Daten sowie die durchgeführten Studien angeführt.

Herausstechende Vorkommnisse in der Präklinik

Mit Hilfe eines Forschungstagebuches, das ich im Rahmen meiner Dienste in der Notfallrettung angelegt habe, werden erhobene Daten über Patienten der Präklinik angeführt. Im Zeitraum von Dezember 2012 bis Juni 2013 wurde in 27 Diensten, davon 11 Tagdienste und 16 Nachtdienste, das Forschungstagebuch angelegt. Die erhobenen Daten stammen aus 23 RTW-, 2 NAW- und 2 NKTW- Diensten.

Zusätzlich werden einzelne herausstechende Vorkommnisse beschrieben sowie durchgeführte Interviews miteinander verglichen und veröffentlichte Inserate der Berufsrettung Wien (MA 70) angeführt. Mein Ziel ist die Darstellung dieser drei empirischen Quellen als ein tatsächliches und evidentes Gesamtbild der aktuellen Situation der Präklinik Wien. Die größte gesundheitspolitische Herausforderung ist die bestehende Situation zu verbessern, Abläufe zu optimieren und dadurch die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Eigenverantwortung eines jeden Menschen darf nicht außer Acht gelassen werden. Der Arbeitsalltag der Präklinik Wien stellt eine hohe Herausforderung an die Rettungskräfte dar. Die Frustration im täglichen Rettungsalltag nimmt stetig zu.

In den 27 Diensten wurden 141 Einsätze von der Notrufleistung an mein Notfallrettungsmittel disponiert. 75 Einsätze waren gerechtfertigt (53,20%) und 66 waren ungerechtfertigt (46,80%). Das bedeutet somit, jeder zweite Einsatz war nicht gerechtfertigt und die Kosten werden meistens nicht von der Wiener Gebietskrankenkasse übernommen, sondern der Patient muss die Kosten des Rettungstransports selbst tragen. Bei Nichttransport, bei selbstverursachten Beeinträchtigungen durch Alkohol oder Drogen und nicht selbst- und fremdgefährdende psychische Belastungsreaktionen werden die Einsatzkosten von der Wiener Gebietskrankenkasse nicht übernommen. Wie bereits in der Einleitung erklärt, ist ein Notfallrettungsmittel in Wien eine fahrbare Intensivstation und es sollten damit nur Notfälle ins nächste geeignete Krankenhaus transportiert werden. Die Interpretation von gerechtfertigt und ungerechtfertigt ist hierbei eine subjektive, die Meine.

Was ist ein ungerechtfertigter Einsatz? Prinzipiell selbst gehende Patienten, die keine notfallmedizinische Versorgung benötigen, wie zum Beispiel „ich habe seit

einer Woche Schmerzen“ oder „ich habe Fieber“ sowie „ich habe mir in den Finger geschnitten aber es blutet jetzt nicht mehr“. Diese Patienten gehören zum Hausarzt, ins Bett oder sollten sich selbst versorgen ohne den professionellen Notfallrettungsdienst in Anspruch zu nehmen.

Psychisch erkrankte Patienten, die in eine Psychiatrie transportiert werden müssen, genau so wie schwangere Frauen, bei denen die Geburt im Krankenhaus kurz bevor steht, sollten mit einem Krankentransport transportiert werden, da keine notfallmedizinische Versorgung per se benötigt wird. Ein Krankentransportwagen ist aus logistischen Gründen in diesen konkreten Fällen das geeignete Transportmittel.

Ein sehr häufiges Beispiel aus der Präklinik ist, dass der Notruf mit den Worten „da liegt jemand“ gewählt wird, ohne den Verletzten oder Erkrankten anzusprechen. Es wird ohne Erste Hilfe zu leisten weitergegangen beziehungsweise –gefahren. Die meisten dieser Patienten schlafen nur ihre Alkoholisierung aus und wollen in Ruhe gelassen werden. Es passiert oft, dass diese Patienten an ungünstigen öffentlichen Orten ihren Schlafplatz aufschlagen und dadurch das Aufsehen der Wiener Bevölkerung auf sich ziehen. Diese Patienten müssen nicht in einer fahrbaren Intensivstation in ein Krankenhaus transportiert werden. Andernfalls benötigt ein Patient tatsächlich notfallmedizinische Hilfe, werden ihm, die durch den Ersthelfer lebensrettende Sofortmaßnahmen vorenthalten. Die Notrufleitstelle erhält nicht ausreichende Detailinformationen um das geeignete Rettungsmittel zum Patienten zu entsenden.

Was ist ein gerechtfertigter Einsatz? Prinzipiell alle Patienten die eine notfallmedizinische Versorgung benötigen, wie zum Beispiel „ich habe stechende Brustschmerzen und Atemnot seit 10 Minuten“ oder „ein Fremdkörper steckt mir in der Hand“ sowie Bewusstlosigkeit unklarer Genese. Die Wiener Berufsrettung (MA 70) informierte in ihrer letzten Inseratenkampagne die Wiener Bevölkerung in welchen Situationen welche Notrufnummer, 144, 141 oder ein Krankentransport, gewählt werden sollte.

Von den 141 Einsätzen hat das Rettungsteam 140 Patienten angetroffen. Ein Patient war nicht am Einsatzort beziehungsweise war nicht auffindbar. Bei den 140 Patienten

handelt es sich um 80 männliche Erwachsene (57,10%), um 52 weibliche Erwachsene (37,20%) und um 8 Kinder (5,70%). Davon waren 75 Patienten gehend (53,60%), 24 wurden sitzend (17,10%) und 41 liegend (29,30%) transportiert. Dieses Ergebnis spiegelt sich ungefähr mit den gerechtfertigten und ungerechtfertigten Einsätzen wieder. Würden Sie einen zum Rettungswagen selbst gehenden mobilen Patienten in die Kategorie „Notfall“ zuordnen?

113 Patienten (80,70%) wurden ins Krankenhaus transportiert. 12 Patienten wurden mit Revers belassen (8,60%). Das bedeutet, dass diese Patienten nicht in ein Krankenhaus transportiert werden wollen und, oder die Behandlung verweigern. Fünf Patienten wurden an den Ärztekundendienst (3,60%) weitergeleitet. Bei zehn Patienten (7,10%) handelte es sich um eine „Intervention Unterlassen“. Diese Einsätze sind Fehlfahrten. Der Patient hat sich vor den Augen des Rettungsteams entfernt, oder der Patient hat keine Erkrankung oder Verletzung wie zum Beispiel bei einer Alarmierung aufgrund eines Brandes.

19 Patienten (13,60%) wurden mit Polizeibegleitung ins Krankenhaus transportiert. Dies passiert immer dann, wenn es sich um einen Suizidversuch, um eine Straftat oder um einen aggressiven nicht einsichtigen Patienten handelt.

17 Patienten (12%) wurden mit Notarztbegleitung ins Krankenhaus transportiert. Diese Patienten benötigten neben notfallmedizinischer Betreuung durch Sanitäter auch eine notfallmedizinische Betreuung durch einen Arzt. Ein Beispiel hierfür wäre ein Patient mit Herzinfarkt, eine Reanimation oder ein schwer verletzter Patient.

Das Resultat der nachfolgenden erhobenen Daten ist bedenklich. Es handelt sich um Patienten mit Migrationshintergrund und Patienten die Arbeitslos gemeldet sind. In der Präklinik ist sehr auffallend, dass diese zwei Patientengruppen sehr häufig den Notruf wählen. 58 (41,40%) der 140 Patienten sind beim Arbeitsmarktservice (AMS) gemeldet und 60 (42,90%) der 140 Patienten haben einen Migrationshintergrund. Woran liegt das?

Zu der nachfolgenden Argumentation ist zu sagen, dass diese Eindrücke aus meinen persönlichen Erfahrungen im Rettungsdienst resultieren und durch die Erkenntnisse

meines Forschungstagebuches bestätigt werden. Einschlägige Studien dazu untermauern meine Argumentation, auf diese wird aber in dieser Masterarbeit nicht eingegangen. Es ist keineswegs wertend zu verstehen, sondern eine sich Tag für Tag wiedergebende Tatsache. Beide Patientengruppen gehören strikt voneinander getrennt. Im Alltag bestätigt sich allerdings, dass diese zwei Patientengruppen teilweise ident sind.

Arbeitslose Patienten und Patienten mit Migrationshintergrund stechen mit Notrufen zu atypischen Uhrzeiten, wie zum Beispiel um vier Uhr morgens besonders hervor. Psychiatrische Erkrankungen, Alkohol- und Drogenprobleme sind in diesen Patientengruppen weit verbreitet. Ein Hauptpunkt warum diese Patientengruppen die Rettung so häufig rufen, ist definitiv die fehlende Aufklärung und welche Erste Hilfe für Ihre Situation angemessen wäre. Das Bildungsniveau ist in den meisten Fällen gering und die Patienten wirken „unwissend“ und „beratungsresistent“. Ein logischer Hausverstand und Problemlösungsverhalten ist nicht zu erkennen. Viele dieser Patienten leiden an einem Aufmerksamkeitsdefizit und sind in ihrer Lebenssituation entweder überfordert oder unterfordert. Die Herkunft und Kultur des Patienten spielt selbstverständlich auch eine große Rolle. Warum? Patienten aus Südosteuropa stammend, haben einen höheren Schmerzreiz als Mitteleuropäer, kreischen lauter und können als Patienten ein sehr unangenehmes Verhalten gegenüber dem präklinischen Personal an den Tag legen. Die Patienten bringen wenig Geduld und Verständnis für die Rettungssituation auf. Ein weiterer Grund warum der Notruf aus Sicht des Rettungsdienstes so oft unnötig gewählt wird, ist neben der fehlenden Aufklärung das fehlende Interesse am Wiener Gesundheitssystem. Eine effiziente Kommunikation scheitert aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse und bestehender kultureller Unterschiede. In einigen Ländern gibt es das Hausarztsystem nicht, der Arzt des Vertrauens befindet sich stattdessen im Krankenhaus. Hier gehört angesetzt und die Patienten besser informiert. Allerdings sollten diese es auch verstehen und umsetzen können. Es kommt in Einzelfällen vor, dass Patienten bevorzugen in einem Krankenhaus behandelt zu werden, da der Hausarzt ihrer Sprache nicht mächtig, oder eine Ärztin ist.

Eine weitere und meines Erachtens traurige Erkenntnis ist die Erste Hilfe Leistung von Ersthelfern am Einsatzort. In 63 Fällen hätte Erste Hilfe geleistet werden können

und sollen, de facto ist aber nur 31 Mal (49,2%) Erste Hilfe angewendet worden. Das bedeutet das in 50% der Fälle einer verletzten oder erkrankten Person durch Ersthelfer nicht geholfen wurde.

Um diese Erkenntnis mit Daten zu unterstreichen möchte ich auf eine im Jahr 2013 europaweit durchgeführte Studie, „PisaFirstAid“, hinweisen. Nur 80% der Österreicher trauen sich zu Erste Hilfe zu leisten, jedoch nur 15% wissen tatsächlich wie zu reagieren ist (vgl. ÖAMTC, 2013).

Wenige wissen Bescheid

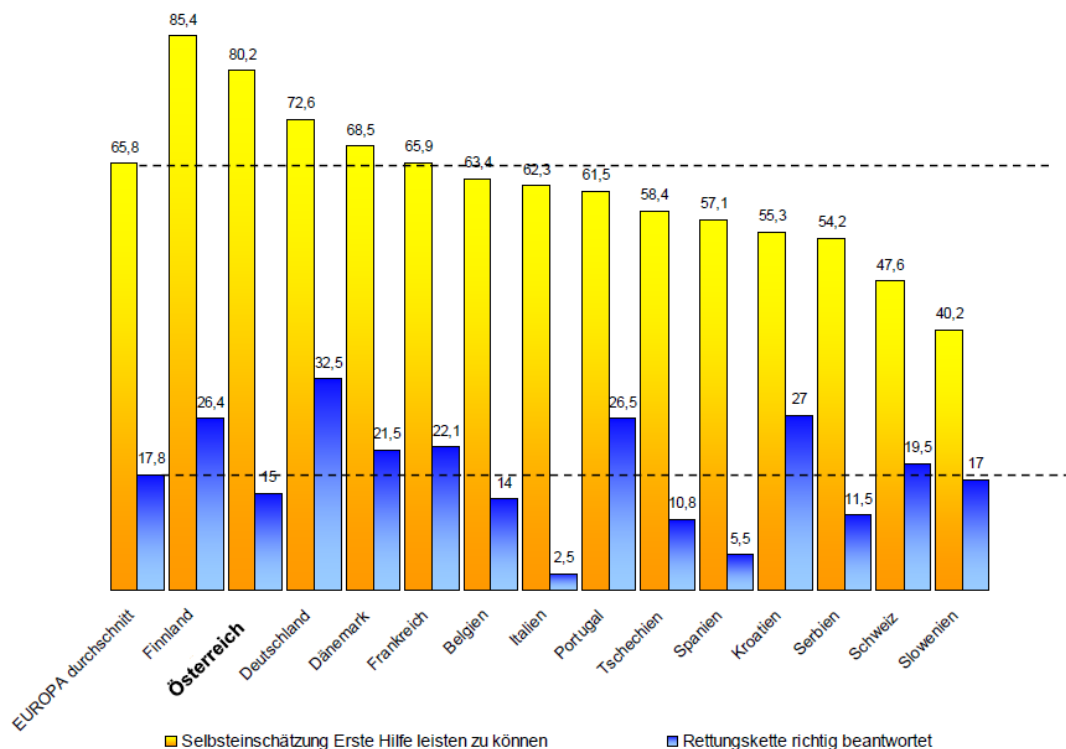


Abb.1: ÖAMTC – Wenige wissen Bescheid

Den durch das Rettungsdienstpersonal am Einsatzort eingeschätzten Schweregrad der jeweiligen Erkrankung oder Verletzung eines Patienten, kann man am so genannten NACA- Score ablesen. NACA kommt vom „National Advisory Committee for Aeronautics“, einer Vororganisation der heutigen US- Amerikanischen Raumfahrtbehörde NASA. Dieses Klassifizierungsschema, das in sieben Punkte unterteilt ist, wurde ursprünglich im Hinblick auf Unfälle in der Luftfahrt entwickelt (vgl. Frankl, 2008). In der Wiener Präklinik wird das NACA- Score im Rettungsdienst verwendet, um Patienten zu klassifizieren. Ich verwendete dieses System als meine Orientierungshilfe für mein Forschungstagebuch beispielsweise zur Bewertung eines „gerechtfertigten“ oder „ungerechtfertigten“ Rettungseinsatzes.

Die sieben Punkte sind:

- **NACA I** – geringfügige Störung (z.B.: leichte Hautabschürfung – zu Hause belassen oder Hausarzt)
 - **NACA II** – ambulante Abklärung (z.B.: geschlossene Fraktur eines Fingerknochens – Hausarzt oder Krankenhaus Ambulanz)
 - **NACA III** – stationäre Behandlung nötig (z.B.: Fraktur des Oberschenkelknochens – Krankenhaus Bettenstation)
 - **NACA IV** – Lebensgefahr nicht auszuschließen (z.B.: schwerer Asthmaanfall – Krankenhaus Bettenstation)
 - **NACA V** – akute Lebensgefahr (z.B.: Lungenödem – Krankenhaus Notfallmedizinische Abteilung)
 - **NACA VI** – Reanimation (Krankenhaus Notfallmedizinische Abteilung)
 - **NACA VII** – Exitus (Bestattung)
- (vgl. Frankl, 2008)

Anhand dieses Klassifizierungsschemas der Patientengruppen durch das Rettungsdienstpersonal, kann man in etwa abschätzen, wie gerechtfertigt oder ungerechtfertigt der jeweilige Einsatz ist. Auch dieses Ergebnis deckt sich mit den von mir erstellten Daten:

- **NACA I** – 19 Patienten (13,6%)
- **NACA II** – 61 Patienten (43,6%)

- **NACA III** – 45 Patienten (32,10%)
- **NACA IV; V; VI** – 14 Patienten (10%)
- **NACA VII** – 1 Patient (0,7%)

Diese Erhebung von Daten zeigt unter genauerer Betrachtung des NACA II, dass die Wiener Bevölkerung vermehrt wegen wenig gravierenden Verletzungen oder Erkrankungen den Notruf wählt und nicht selbständig handelt. Das medizinisch-soziale System ist vorhanden und wird häufig, vielleicht sogar zu häufig in Anspruch genommen (vgl. Frankl, 2008). Die Wiener Berufsrettung (MA 70) informiert die Wiener Bevölkerung ganz gezielt in Inseraten in welchen Situationen, welche Notrufnummer zu wählen ist. Die Statistik zeigt jedoch, dass immer noch ein großer Aufklärungs- und Informationsbedarf vorhanden ist.

Eine weitere Erhebung von Daten meines Forschungstagebuches beinhaltet die Einsatzcodes der Wiener Berufsrettung, die durch ein Abfrageschema des Leitstellendisponenten erstellt und an das jeweilige Rettungsmittel übermittelt werden.

Der Leitstellendisponent stellt der Person, die den Notruf wählt ausgewählte Fragen nach einem Schema, um die Situation sehr genau darzustellen und das geeignete Einsatzmittel zum Einsatzort zu senden. Die Einsatzcodes der Rettungsleitstelle Wien basieren auf dem internationalen AMPDS- Schema und sind folgendermaßen kategorisiert:

- 01 – Bauchschmerzen
- 02 – Allergie
- 03 – Tierbiss / Tierangriff
- 04 – Sexualdelikt / Verbrechen
- 05 – Rückenschmerzen
- 06 – Atembeschwerden
- 07 – Verbrennung
- 08 – Kohlenmonoxyd / Inhalation / Gefahrgutunfall
- 09 – Kreislaufstillstand / Tod
- 10 – Brustschmerzen

- 11 – Ersticken
- 12 – Krampfanfall / Epileptiker
- 13 – Blutzuckerentgleisung
- 14 – Ertrinken
- 15 – Blitzschlag / Stromunfall
- 16 – Augenprobleme / Augenverletzung
- 17 – Sturz
- 18 – Kopfschmerzen
- 19 – Herzbeschwerden
- 20 – Hitze Probleme / Kälteprobleme
- 21 – Blutung
- 22 – Person in Zwangslage
- 23 – Überdosis / Vergiftung
- 24 – Schwangerschaft
- 25 – Psychiatrie / Suizid
- 26 – Kranke Person
- 27 – Stichverletzung / Pfählverletzung / Schussverletzung / Selbst zugefügte Wunde
- 28 – Schlaganfall
- 29 – Verkehrsunfall
- 30 – Verletzung
- 31 – Bewusstlosigkeit, Ohnmacht
- 32 – Sonstiges / Unklares Geschehen / Hilfloose Person
- 33 – Anforderung eines Rettungsmittels durch Versorgungseinrichtung
- 34 – AUM (automatische Unfallmeldung)
- 37 – Transfer
- 42 – Anforderung eines Rettungsmittels durch Rettungsmittel
- AMB – vorgeplanter Ambulanzdienst
- BEISTELL – akuter Ambulanzdienst

(vgl. MA 70, 2013).

Die Einsatzcodes bestehen aus einer der oben gelisteten Nummern, einer Priorität von O bis E, einer Subnummer und dem möglichen Zusatz (obige Buchstaben nach der Nummer), wobei folgende Prioritäten zum Einsatz kommen:

- O = Omega = niedrigste Priorität = KTW
- A = Alpha = niedrige Priorität = KTW oder (RTW)
- B = Bravo = niedrige Priorität = KTW oder RTW
- C = Charlie = hohe Priorität = (KTW) oder RTW
- D = Delta = Notarztindikation = NEF + RTW
- E = Echo = Notarztindikation = NEF + RTW

(vgl. MA 70, 2013).

Anhand dieser Einsatzcodes kann man in etwa abschätzen, wie leicht oder schwer die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten ist. In den meisten Fällen stimmt der Einsatzcode mit den daraus resultierenden NACA- Score überein und somit spiegelt sich auch dieses Ergebnis in den „gerechtfertigten“ und „ungerechtfertigten“ Einsätzen wieder:

- A Codes – 10 Patienten (7,1%)
- B Codes – 56 Patienten (39,7%)
- C Codes – 49 Patienten (34,8%)
- D Codes – 25 Patienten (17,7%)
- E Codes – 1 Patient (0,7%)

Hierbei noch eine Auflistung der am häufigsten vergebenen Einsatzcodes:

- | | |
|---|----------------------|
| - 31 – Bewusstlosigkeit – | 20 Patienten (14,2%) |
| - 32 – Unklares Geschehen – | 14 Patienten (9,9%) |
| - 33 – Anforderung von Rettungsmittel – | 14 Patienten (9,9%) |
| - 06 – Atembeschwerden – | 13 Patienten (9,2%) |
| - 17 – Sturz – | 13 Patienten (9,2%) |
| - 23 – Überdosis – | 13 Patienten (9,2%) |
| - 26 – Kranke Person – | 11 Patienten (7,8%) |

Hierbei stechen drei Einsatzcodes heraus. Einerseits „unklares Geschehen“, was darauf schließen lässt, dass die Person, die den Notruf wählt, nicht ordnungsgemäß die Fragen des Leitstellendisponenten beantwortet beziehungsweise ein Ersthelfer

sich nicht traut den Patienten anzusprechen und ordnungsmäßige Erste Hilfe zu leisten. Diese Fakten bestätigt der Regeldienst tagtäglich.

Ein weiterer häufiger Einsatzcode ist „Überdosis durch Alkohol“. Es ist nichts Neues für Einsatzkräfte, dass Menschen zu viel, teils bis zur Bewusstlosigkeit, trinken und dann einen Rettungstransport ins Krankenhaus benötigen. Neben den „Stammkundschaften“ ist subjektiv gesehen in den letzten Jahren das Alter, derer die wegen Alkoholintoxikation ins Krankenhaus transportiert werden müssen, gesunken.

Der letzte auffällige Einsatzcode ist „Kranke Person“. Ein weit dehnbarer Begriff, der sich aber leicht, zumindest im Rettungsdienst, mit „Erkrankung ohne Notfallsymptome“ beschreiben lässt. Somit handelt es sich um einen Patienten, der definitiv keine notfallmedizinische Versorgung benötigt.

Eine zentrale Bedeutung kommt der Rettungskette zu, um eine rasche und effiziente notfallmedizinische Versorgung sicherstellen zu können. Ich möchte mich daher, nach detaillierter Darlegung der erhobenen Daten, dem konkreten Abläufen einer erfolgreichen Rettungskette widmen beziehungsweise der Spannungssituation im Moment des Chaos eines unerwarteten plötzlich auftretenden Notfalls. Innerhalb der Wiener Prälinik bestehen bewährte Ablaufschemata um effizient auf Notfallsituationen reagieren und agieren zu können. Dies betrifft sämtliche beteiligte Personen in der Prälinik, beginnend beim Leitstellendisponenten, der den Notruf entgegennimmt bis zu den alarmierten Notfallsanitätern und Notärzten.

Der Notruf 144 wird abgesetzt und erreicht den Telefonisten der Wiener Berufsrettung (MA 70). Dieser befolgt ein immer identes Abfrageschema für jeden einzelnen Anruf. Der Telefonist eröffnet das Gespräch mit der Frage „Wiener Rettung, wo genau ist der Notfallort?“ Nach Abklärung des Einsatzortes stellt er die Frage nach einer Rückrufnummer des Anrufers, um bei Unterbrechung des Gesprächs unmittelbar zurückrufen und weiterhelfen zu können. In der dritten Frage wird nach dem Grund des Anrufes genauestens gefragt um rasch und richtig erkennen zu können um welche Art von Notfall es sich handelt (vgl. 144.at, 2014).

Auch wenn das Notrufgespräch aus subjektiven Empfinden beim Anrufer sehr lange dauert, alarmiert ein zweiter Mitarbeiter, der sogenannte Disponent bereits im laufenden Gespräch die Rettungskräfte (vgl. 144.at, 2014).

Da das Telefonieren und Disponieren von zwei unterschiedlichen Mitarbeitern der Berufsrettung Wien (MA 70) durchgeführt wird, verliert der Patient keine wertvolle Zeit (vgl. 144.at, 2014).

Für den Ersthelfer und Anrufer ist das essentiellste die Kooperation mit dem Notruftelefonisten und das „Ruhe bewahren“ in der vorliegenden Chaossituation.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf meine bereits dargelegten Ausführungen in meinem Forschungstagebuch hinweisen. Ich beabsichtige damit, ein möglichst reales Abbild der tatsächlichen Alltagssituation im Bereich der Präklinik dem Leser wiederzugeben. Die Bewältigung der täglichen Notfalleinrufe in Wien erfordern größte Konzentration und vor allem eine perfekte Ablaufkoordination. Die Rettungskette kann nur funktionieren, wenn bewährte Schemata befolgt werden. Eine Notfallsituation ist, im Moment des Auftretens, immer wieder ein ungeordnetes Chaos für die beteiligten Personen. Die Anrufer sind im Regelfall nervös und mit der Situation regelrecht überfordert. Für den Telefonisten der Berufsrettung Wien (MA 70) ist es sehr schwer über das Telefon eine Ferndiagnose abzugeben. Das wichtigste ist Ruhe zu bewahren und strikt nach dem Abfrageschema vorzugehen um in echte und keine Notfälle zu differenzieren zu können.

Meines Erachtens wäre es sinnvoll und gut weitere Informations- und Aufklärungskampagnen im Bereich der Alarmierung der Rettung Wien durchzuführen. Die Gesundheitsversorgung im Raum Wien funktioniert sehr gut. Trotzdem kann auch ein bestens funktionierendes Rettungswesen immer noch optimiert werden.

Zwischen Anrufer und Telefonisten der Berufsrettung Wien (MA 70) kommen als weitere wichtige handelnde Personen die Notfallsanitäter und Notärzte hinzu. Diese sind bestens ausgebildet und geschult und meistern jegliche Notfallsituationen nach ihren Möglichkeiten. Die Spannung zwischen Evidenz und kaum Zugriff zu Patientendaten mit dem dazwischen handelnden Notfallsanitäter ist zu optimieren.

Der Arbeitsalltag eines Notfallsanitäters im Bereich der Prälinik Wien ist gekennzeichnet durch einen hohen Grad an Belastung und vorhandener Frustration, da wie im Forschungstagebuch klar dargelegt die „ungerechtfertigten“ Einsatzfahrten bei fast 50% liegen. Dies wird auch durch die Ergebnisse der von mir im Rahmen meiner Masterarbeit durchgeführten Interviews mit Vertretern der Berufsrettung Wien (MA 70) bestätigt (siehe Anhang). Der Grundtenor aller Befragten zeigt, dass Wien in Österreich eine Vorreiterrolle im Bereich der Notfallrettung einnimmt und international gesehen sehr hoch ist. Es wird der Vorschlag gemacht, ein neues Versorgungs- und Finanzierungskonzept für die Prälinik Wien auszuarbeiten und weitere Reformen anzustreben. Die Aufklärung der Wiener Bevölkerung gehört weiterhin verbessert. Die Ressourcenknappheit sollte mit einem Selbstbehalt der Patienten entgegengewirkt werden und vor allem die Ausbeutung stoppen. Mit der Analyse ausgewählter Inserate der Berufsrettung Wien (MA 70) aus den Wiener gratis Tageszeitungen, zum Thema Prälinik (siehe Anhang) werden meine erhobenen Daten sowie die Analyse der Interviews erneut bestätigt.

Der wichtigste Aspekt der Kampagne ist die Aufklärung der Wiener Bevölkerung. Es geht darum, die für Wien unterschiedlichen Notrufnummern wie 144, 141 und die unterschiedlichen Krankentransporttelefonnummern kennen zu lernen. Weiteres wurde genau beschrieben, in welchen Situationen der Notruf getätigt, der Ärztefunkdienst oder der Krankentransport angerufen werden soll.

Mit verschiedensten Eyecatchern sollte die Aufmerksamkeit der Leser auf diese Inserate gezogen werden. Wie sinnvoll beziehungsweise wirkungsvoll diese Kampagne war, lässt sich nur schwer beurteilen, aber grundsätzlich ist zu sagen, dass diese Kampagne der richtige Schritt in Richtung Aufklärung der Wiener Bevölkerung ist. Es wäre wünschenswert, dass die Kampagnen auch in andere Medien ausgeweitet werden würden.

Natürlich fungierten die Inserate auch als Werbung für die Berufsrettung und zeigten die Tätigkeitsbereiche der Berufsrettung auf.

Eine Verbesserung dieser Situation kann nur langfristig und mit Unterstützung der verantwortlichen Personen im Bereich der Gesundheitspolitik der Republik Österreich sowie des Landes Wien und der Stadt Wien herbeigeführt werden. Ich bin

der Meinung, dass im Sinne eines „Dialoges der Gesundheit“ aller Entscheidungsträger Abläufe angepasst und optimiert werden können. Beispielsweise kann es nicht zur Regel werden, dass jeder Anrufer, der den Notruf wählt ein Rettungsauto mit entsprechender notfallmedizinischer Ausrüstung und vor allem Notfallsanitäter „erhält“. Im Bereich der Alarmierung und Entscheidung, welches geeignete Rettungsmittel zum Einsatz kommt, muss in Zukunft noch mehr differenziert werden muss. Hier sei auf jene bereits angeführten Fälle verwiesen, in denen eine einfache Transportfahrt von zu Hause in ein Krankenhaus von Notfallsanitätern in einem RTW durchgeführt wird.

Die Eigenverantwortung eines jeden einzelnen Staatsbürgers ist ebenfalls zu berücksichtigen. Jeder Mensch sollte im Sinne einer gesunden Lebensführung einen Beitrag zum Gesundheitssystem leisten. Gesundheitspolitik im Sinne von Biopolitik als Lebensentfaltungs- und Lebenserhaltungspolitik. Es geht um Formen der Regulierung des Gesundheitswesens in Wien. In dieser analytischen Interpretation entspricht Biopolitik der Biomacht (vgl. Haddad 2010, 26). Im Sinne von Foucault ist die Gesundheitspolitik als multiples Gouvernementalitätsregime anzusehen (vgl. Gottweis 2004, 13 und 325). Sämtliche involvierten Akteure sind mit einzubeziehen und zu berücksichtigen.

In der Notfallmedizin gibt es nichts was es nicht gibt! Die nachfolgend beschriebenen Ereignisse haben bei mir bleibenden Eindruck hinterlassen und finden tagtäglich in der Wiener Prälinik statt und sind absolut keine Einzelfälle. Selbstverständlich gibt es auch positive Beispiele und Ersthelfer, die ihre Arbeit hervorragend verrichten. Es überwiegen die weniger guten Beispiele subjektiv stark. So möchte ich anschließend einige Beispiele zur Erläuterung genauer beschreiben und aufzeigen in welchen Bereichen in der Wiener Prälinik Aufholbedarf besteht. Ich bin überzeugt, dass eine erfolgreiche österreichische Gesundheitspolitik möglich ist, im Sinne einer verbesserten Lebenserhaltungs- und Lebensentfaltungspolitik, wenn die Negativbeispiele auf Sicht reduzieren werden können.

Vorkommnisse mit Ersthelfern

Es kommt oft vor, dass ein Ersthelfer den Notruf wählt und bei Eintreffen der Rettung nicht mehr vor Ort ist. Warum? Dafür gibt es einige Erklärungsansätze.

Viele Ersthelfer sehen im Vorbeifahren beziehungsweise -gehen eine am Boden liegende Person und wählen richtigerweise den Notruf. Nur statt anzuhalten, die Person anzusprechen und Erste Hilfe zu leisten, fahren beziehungsweise gehen die viele Menschen einfach weiter. So kommt es immer wieder vor, dass die Rettung zu unnötigen Einsätzen fährt, weil der Ersthelfer die Bewusstseinslage der betroffenen Person nicht überprüft hat und die Person nur schläft oder gar nicht mehr anwesend ist. Andererseits wird einer wirklich hilfsbedürftigen Person keine Erste Hilfe geleistet, was im schlimmsten Fall zum Tod des Patienten führen kann.

Ein weiterer Grund ist die oft gehörte Aussage: „Ich traue mich nicht, und weiß ja nicht was zu tun ist!“ Traurig aber wahr. Laut einem EU weiten Ranking des ÖAMTC trauen sich die Österreicher sehr viel zu, die Wahrheit ist aber eine Erschreckende. Österreich ist im Bezug auf die Ausführung von Erste Hilfe Leistungen in Europa im Schlussdrittel vertreten (siehe „PisaFisrtAid“ Studie, Seite 23).

In Österreich ist jeder rechtlich und moralisch dazu verpflichtet die ihm zumutbare Erste Hilfe zu leisten. Das ist aber meines Erachtens viel zu wenig, denn das Selbstbewusstsein einer fremden Person zu helfen ist in Österreich nicht besonders stark ausgeprägt.

Vorkommnisse mit dem Ärztefunkdienst beziehungsweise Hausärzte

Falls in Österreich ein Arzt bei einem Einsatz vor Ort ist, so ist dieser rechtlich für den Patienten verantwortlich. Der Mediziner hat die höchste Ausbildung und sollte im Umgang mit Patienten die meiste Erfahrung mitbringen. Natürlich macht auch der beste Arzt einmal einen Fehler, irren ist schließlich menschlich, doch kommt es immer häufiger vor, dass Ärzte in der Präklinik äußerst fahrlässig und patientengefährdend handeln. Hinzu kommt, dass gerade viele Hausärzte notfallmedizinisch nicht gut ausgebildet sind und das Präklinische System, mit dem Unterschied zwischen Krankentransport und Rettungsdienst, in Wien nicht im Detail

kennen. Nur so kann ich mir erklären, dass es immer wieder vor kommt, dass ein Hausarzt zur Einweisung eines vital stabilen, nicht kritisch erkrankten Patienten beim Notruf 144 anruft und somit einen RTW „bestellt“. Es gibt sogar Hausärzte, die einen Notarzt alarmieren, um eine Visite zu machen, weil sie selber keine Zeit dafür haben. Diese Schlussfolgerungen stimmen mit meinem Alltag als Notfallsanitäter in der Wiener Prälinik und den Erkenntnissen meines Forschungstagebuches überein.

Immer wieder kommt es im Ärztefunkdienst dazu, dass der Arzt einen Herzinfarkt oder Schlaganfall mit typischer Symptomatik nicht erkennt und mit der Verdachtsdiagnose Pneumonie oder Grippalem Infekt einen KTW anfordert, so dass der Patient oftmals noch mehr als eine halbe Stunde alleine zu Hause verbringt. Zusätzlich werden vom Ärztefunkdienst oftmals ohne weitere Diagnostik, wie zum Beispiel EKG und Sauerstoffsättigung, Medikamente auf Verdacht verabreicht. Wenn man sich vor Augen führt, dass jedes Medikament Nebenwirkungen hat und viele Medikamente in Akutsituationen strikte Kontraindikationen haben, fällt es nicht schwer zu schließen, dass die unbedachte Gabe von Medikamenten schlimme Folgen für den Patienten haben kann. Als Beispiel dazu sei die Gabe von Sauerstoff bei einer Hyperventilationstetanie oder die Verabreichung von Nitroglycerin bei einem Rechtsherzinfarkt genannt. Beide Medikamente können den Patienten bei fehlerhafter Anwendung stark schädigen.

Vorkommnisse mit Heimhilfen

Heimhilfen sind für Wien sehr wichtig, da sie vor allem älteren Menschen, die nicht mehr selbst für sich sorgen können, helfen und gute Arbeit leisten. Doch gibt es auch hier in Akutsituationen Aufholbedarf. Ein Heimhelfer darf, wenn ein Patient aus dem Bett gefallen oder gestürzt ist, den Patienten nicht einfach wieder ins Bett legen oder ihm aufhelfen. Er muss stattdessen die Rettung rufen. Heimhilfen haben im Rahmen ihrer Ausbildung einen Erste Hilfe Kurs absolviert. Praktisch dürfen sie ihn arbeitsrechtlich allerdings nicht anwenden und müssen sich entsprechend absichern. Somit wird in vielen Fällen die Rettung gerufen und der Patient ohne sichtbare Verletzungen wieder ins Bett gelegt.

Vorkommnisse mit Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern in Pensionistenheimen

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger sind nach den Ärzten allgemein medizinisch am fortschrittlichsten ausgebildet. Aber auch hier passieren oft gravierende Fehler, die zu einem Rettungsmissbrauch führen können oder Menschenleben gefährden.

Hierzu möchte ich ein konkretes Beispiel erläutern. Ein RTW wurde am späten Abend auf die Bettenstation eines Pensionistenheimes gerufen. Der Alarmierungscode deutete auf eine Erkrankte Person hin. Wie schwer die Patientin offensichtlich erkrankt war, konnten die Sanitäter bereits beim Verlassen des Liftes erahnen. Trotz mehreren Metern Distanz zum Zimmer der Patientin, war bereits ein lautes blubberndes Atemgeräusch vernehmbar. Im Zimmer, dann das Bild einer älteren Dame, schwer um Luft ringend, flach am Rücken liegend und bei geschlossenen Fenstern. Ganz offensichtlich hat das Krankenpflegepersonal nicht einmal die einfachsten Erste Hilfe Maßnahmen befolgt und die Dame aufgesetzt, um ihr das Atmen zu erleichtern.

Die Sanitäter setzten die Patientin auf, woraufhin es ihr schon ein wenig besser ging. Auf die Bitte den im Zimmer befindlichen Sauerstoff an die Maske anzuschließen, ertete die anwesenden Sanitäter nur fragende Blicke. Offensichtlich, waren die Krankenpfleger nicht in der Lage ihr eigenes Material zu bedienen und ein akut aufgetretenes Lungenödem zu erkennen.

Weitere Beispiele sind die Alarmierung eines Notarztes wegen Bluterbrechens. Die Realität kann anders aussehen. Dem Patienten ist das Nutella- oder Marmeladenbrot nicht bekommen und hat es erbrochen, in den Augen der Pflegekräfte schaut dies wohl aus wie Blut.

Für mich als Notfallsanitäter ist die versuchte Reanimation eines Patienten in dessen Krankenbett ein klassisches Versagen der Erste Hilfe Leistung. Diese fahrlässig durchgeführte Reanimation ist in jedem Fall erfolglos, da statt dem Herzen nur der Lattenrost des Krankentettes komprimiert wird. Bereits im Erste Hilfe Kurs wird gelehrt, dass eine harte Unterlage für eine erfolgreiche Reanimation lebenswichtig und dringend notwendig ist.

Diese eben angeführten Beispiele entsprechen voll und ganz der Realität und dem Alltag der Wiener Prälinik und sind keine Einzelfälle.

Allgemeine herausstechende Vorkommnisse

Die nachfolgenden Praxisbeispiele sind ein Abbild der aktuellen Situation der Prälinik Wien und sind exemplarisch für die vorhandene Unwissenheit der Wiener Bevölkerung, einer gewissen Beratungsresistenz, teilweise bewusste Ignoranz und sehr häufig fehlender Hausverstand.

Der Mutter Kind Pass ist österreichweit einheitlich aufgebaut. Auf der Rückseite des Mutter Kind Passes ist eine Übersicht der österreichischen Notrufnummern abgedruckt. Das Problem dabei ist, dass die werdenden Eltern im Falle eines Blasensprunges oder beginnender Wehen auf diese angeführten Nummern zurückgreifen und den Notruf 144 tätigen. In diesem Fall wird ein Notfallrettungsmittel unnötigerweise gebunden, da die werdende Mutter in der Regel keine direkte notfallmedizinische Hilfe benötigt, sondern lediglich einen Transport ins Krankenhaus. Für Wien gilt, dass die werdenden Eltern direkt bei einem Krankentransportunternehmen anrufen sollen. Die entsprechende Telefonnummer wird vom Krankenhaus in den Mutter Kind Pass vermerkt. Dies wird aber in der Chaossituation sehr oft nicht berücksichtigt und somit fälschlicherweise der Notruf 144 gewählt.

Es gibt in Wien viele obdachlose Menschen. Diese brauchen einen geeigneten Schlafplatz. Ein Krankenhaus ist kein Schlafplatz. Es kommt häufig vor, dass eine obdachlose Person irgendwo in der Öffentlichkeit liegt. Der Notruf wird gewählt und die Rettung verständigt. In vielen Praxisfällen, möchten diese Personen in Ruhe gelassen werden und schlafen. Ohne Einverständnis eines Patienten, kann dieser nicht versorgt und transportiert werden. Der Berufer ist bemüht, dem Obdachlosen zu helfen und kann nicht verstehen, dass keine Hilfe erwünscht wird. Diese Situation kann rasch eskalieren und die Notfallsanitäter müssen die uneinsichtigen Menschen beruhigen und damit umgehen.

Es gibt Patienten die gegenüber von einem Krankenhaus wohnen und dennoch wegen nicht lebensbedrohlichen Zuständen die Rettung rufen. Hier geht es nicht um Patienten, die wegen Brustschmerzen, Bewusstlosigkeit oder ähnlichem die Rettung verständigen. Vielmehr geht es um jene Patienten, die schon seit Stunden oder Tagen über Rückenschmerzen klagen, die Schüttelfrost auf Grund von Fieber oder nach dem vorabendlichen Alkoholkonsum Kopfschmerzen und Schwindel haben. Dies ist eindeutiger Rettungsmissbrauch, der tagtäglich in Wien erfolgt. Hinzu kommt, dass die Rettung nur die von der Leitstelle vorgegebenen Krankenhäuser anfahren darf, so dass es vorkommt, dass nicht das nächstgelegene Krankenhaus, aufgrund fehlender Bettenkapazität, nahe der Wohnung, angefahren werden kann. Diesen Umstand einem Patienten zu erklären, gestaltet sich schwierig und führt oft zu Diskussionen.

Als weiteres Beispiel zur Bestätigung meiner Thesen im Forschungstagebuch zu „Rettungsmissbrauch“ ist ein Angehöriger, der die Rettung ruft, da ein Familienmitglied krank ist. Die Rettung findet eine nicht kritisch kranke Person vor, die problemlos den Weg zum Rettungswagen selbstständig zurücklegen kann und folglich präklinisch keiner Hilfe bedarf. Falls der berufende Angehörige noch vorschlägt, mit dem eigenen Auto hinter dem Notfallrettungsmittel nachzufahren, eröffnet sich die kritische Frage, warum sie nicht einfach den Erkrankten selbst in das nächste Krankenhaus oder zum Hausarzt transportieren.

Das Kosten- Nutzen- Beispiel

Zur Verdeutlichung der tatsächlichen Situation im Bereich des Wiener Gesundheitssystems und unter Bezug auf die Ausprägung der Biopolitik in Wien und die schlechte beziehungsweise mangelnde Information der Bevölkerung wird im folgenden Kapitel ein Anschauungsbeispiel aus der Praxis dargestellt. Meines Erachtens ein zentrales Thema im Bereich der Biopolitik im Sinne einer Lebenserhaltungs- und Lebensentfaltungspolitik. Nur ein funktionierendes Gesundheitssystem stellt eine optimale Versorgung der Wiener Bevölkerung sicher. Ich möchte auf das notwendige Wechselspiel von Patient zu Notruf und Rettung sowie Ärztekundendienst und der Wiener Gebietskrankenkasse ausdrücklich hinweisen.

Am Beispiel einer Kosten- Nutzen Berechnung möchte ich die fehlende Information innerhalb der Bevölkerung darstellen und verdeutlichen. Das folgende Beispiel ist kein Einzelfall, sondern ein alltägliches Beispiel aus der Notfallrettung der Prälinik von Wien.

Ein Patient ruft die Rettung (144), da er sich nicht wohl fühlt und nach seinem Befinden nicht gut geht. Der Patient liegt flach am Rücken im Bett. Da der Patient nicht weiß wie er sich selbst helfen kann, ruft er die Rettung. In einem Gespräch mit der Notrufleitstelle stellt sich heraus, dass der Patient krank ist und über Atemprobleme klagt. Der Alarmierungscode der Rettungsleitstelle für den nächstgelegenen RTW lautet „26-C-3 - Kranke Person - Abnorme Atmung“.

Ein RTW, eine fahrbare Intensivstation, fährt zum Berufungsort. Das Rettungsteam, bestehend aus 3 Notfallsanitätern mit den Notkompetenzen NKI, NKV und ein Notfallsanitäter ohne Notkompetenzen erreicht nach zirka sieben Minuten den Patienten. Das Rettungsteam nimmt einen Defibrillator (Lifepack 12) mit EKG, automatischer Blutdruckmessung, Sauerstoffsättigungsmessgerät, eine tragbare Sauerstoffflasche und einen Notfallrucksack mit Verbandsmaterial, Messgeräten (Blutzuckermessgerät, Blutdruckmanschette mit Stethoskop, Fieberthermometer), Beatmungsbeutel, Intubationsmaterial und Medikamenten zum Patienten mit.

Beim ersten Blick auf den Patienten sehen die Sanitäter einen nicht kritischen Patienten, der in einem überhitzten Schlafrum flach am Rücken im Bett liegt.

Die erste Maßnahme um dem Patienten ein besseres Wohlbefinden zu verschaffen, ist das Fenster zu öffnen, um für frische Luft zu sorgen und den Patienten aufzusetzen, um die Atmung zu begünstigen (Basismaßnahmen der Ersten Hilfe).

Die Sanitäter führen die Patientenanamnese nach dem aktuellen Standard des ABCDE und SAMPLE Schemas durch und nach Ausschluss jeglicher Arten von lebensbedrohlichen Erkrankungen, stellt sich heraus, dass der Patient einen möglichen grippalen Infekt mit Fieber und keine Atemnot hat.

Eigentlich sollte ein Patient diesen Zustand ohne notfallmedizinisch ausgebildetes Personal erkennen und sich selbst helfen können. Eine funktionierende Biopolitik im Sinne einer Lebenserhaltungs- und Lebensentfaltungspolitik benötigt auch die Mithilfe jedes einzelnen Individuums (vgl. Gottweis, 2004, 52). Jeder Mensch sollte seinen eigenen Körper und seine Grenzen kennen, medizinischen Hausverstand kombiniert mit Erste Hilfe Maßnahmen anwenden können. Dies liegt in der Eigenverantwortung eines jeden Patienten. Im Kapitel „Eigenverantwortung von Patienten“ wird auf diese Thematik im Detail eingegangen.

Ein Patient mit Fieber gehört nicht in eine Notfallambulanz im Krankenhaus, sondern ins Bett um sich auszukurieren. Diese Erkrankung gehört vom Hausarzt abgeklärt. Falls es dem Patienten nicht möglich ist einen Hausarzt aufzusuchen, kommt ein praktischer Arzt (Ärztefunkdienst – 141) zum Patienten nach Hause, um diesen zu untersuchen und gegebenenfalls ein Rezept zu schreiben. Ein Notarzt aus dem Rettungswesen darf genauso wie Rettungs- und Notfallsanitäter keine Rezepte schreiben. Hier ist klar zu unterscheiden, da es sehr oft in der Praxis fälschlicherweise angenommen wird. Ein Arzt des Ärztefunkdienstes (141) ist kein Notarzt, sondern ein praktischer Arzt (Hausarzt) ohne notfallmedizinischer Ausrüstung, wie es das Rettungsteam mit sich führt.

Zurückkommend auf den eben dargestellten Patienten mit Fieber, der den Notruf 144 gewählt hat und bei dem das Rettungsteam vor Ort ist. Aufgrund der vorliegenden

Erkrankung gehört der Patient meines Erachtens nach keinesfalls in ein Krankenhaus, sondern ins Bett und hausärztlich abgeklärt. Nun wäre es sehr praktisch den Ärztefunkdienst 141 zu alarmieren, um einen praktischen Arzt zu dem Patienten nach Hause kommen zu lassen, anstatt ins Krankenhaus zu fahren. In diesem Fall würde das Rettungsteam den Patienten nach der Untersuchung wieder verlassen. Für den Patienten wäre dies die schonendste und komfortabelste Lösung. Jedoch ist es aber für den Patienten keine kostengünstige Lösung. Denn die Wiener Gebietskrankenkasse bezahlt die Rettung nur dann, wenn ein Transport eines Patienten ins Krankenhaus stattfindet, nicht bei Belassungen des Patienten zu Hause oder Überweisungen an den Ärztefunkdienst. Somit wird der Patient eine Rechnung von der vor Ort gewesenen Rettungsorganisation über zirka 370 EUR erhaltenden. Auch dies ist alltäglich. Im nachfolgenden Rechenbeispiel werden wir erkennen, welcher Irrsinn von der Wiener Gebietskrankenkasse ausgeht, da es für sie immer noch viel kostengünstiger wäre die Rettung und den nachalarmierten Ärztefunkdienst zu bezahlen, anstatt einen Transport ins Krankenhaus zu erzwingen und die Kosten der Behandlung im Krankenhaus zu bezahlen. Der Transport findet meist statt, weil die Sanitäter den Patienten bei Nichttransport ins Krankenhaus vor einer möglichen Rechnung warnen müssen. Patienten denen die Rechnung nicht egal ist, werden fälschlicher- und verständlicherweise doch ins Krankenhaus transportiert. Dieses von der Wiener Gebietskrankenkasse vorgegebene System hat zwei große Nachteile. Einerseits ist ein Notfallrettungsmittel, das eventuell einen „wahren“ Notfall behandeln sollte, mit einem Patienten belegt, der keine notfallmedizinische Versorgung benötigt und andererseits kommen durch die Behandlung im Krankenhaus wesentlich höhere Kosten auf die Wiener Gebietskrankenkasse zu.

Alle nachfolgenden Zahlen entsprechen ungefähr den aktuell gültigen Kosten der jeweiligen Behandlungen und beziehen sich auf den oben beschriebenen Patienten mit Fieber:

Kosten- Nutzen- Beispiel 1 – 141

Der Patient ruft den Ärztefunkdienst 141 um sich zu Hause von einem praktischen Arzt behandeln zu lassen. Der Vorteil dieser Behandlung ist, dass ein Patient nach einer Wartezeit von ein bis zwei Stunden im wohlfühlenden Zuhause sofort von einem Arzt untersucht und behandelt wird. Durch ein ärztliches Gespräch wird der Patient aufgeklärt. Um die Wartezeit zu überbrücken, erhält der Patient erste telefonische Anweisungen, wie dieser mit Erste Hilfe Maßnahmen, sich selbst zu einem verbesserten Wohlbefinden verhelfen kann. Der anwesende Arzt kann dem Patienten ein Rezept verschreiben. Falls sich trotz mehrtägigem Behandlungsvorschlag keine Verbesserung ergibt, wird der Arzt dem Patienten eine Überweisung in ein geeignetes Krankenhaus mittels Krankentransport hinterlassen.

Die Kosten für die Wiener Gebietskrankenkasse belaufen sich auf zirka **15 EUR**. Der Aufwand für den Patienten ist sehr gering und die Behandlung durch einen Arzt mit Wartezeit beträgt zirka zwei Stunden bis der Patient sich wieder in sein Bett zum Ausruhen hinlegen kann.

Kosten- Nutzen- Beispiel 2 – 144 – 141

Der Patient ruft den Notruf 144, um sich die ihm nötige Hilfe zukommen zu lassen. Das Rettungsteam entscheidet nach der Untersuchung mit dem Patienten zusammen, dass es sinnvoller und schonender für den Patienten wäre den Ärztefunkdienst zu benachrichtigen.

In diesem Rechenbeispiel nehmen wir an, dass die Wiener Gebietskrankenkasse auch bei Nichttransport, die anfallenden Kosten für die Rettung übernimmt.

Die Kosten für die Wiener Gebietskrankenkasse belaufen sich auf zirka 370 EUR für den Rettungseinsatz und 15 EUR für den Ärztefunkdienst. Gesamt zirka **385 EUR**. Der Aufwand für den Patienten ist gering und die Behandlung durch die Sanitäter und einen Arzt mit Wartezeit beträgt zirka zwei Stunden, bis der Patient sich wieder in seinem Bett zum Ausruhen hinlegen kann.

Kosten- Nutzen- Beispiel 3 – 144 – Krankenhaus

Der Patient ruft den Notruf 144, um sich die ihm nötige Hilfe zukommen zu lassen. Das Rettungsteam entscheidet nach der Untersuchung mit dem Patient zusammen, dass es für den Patienten zwar nicht sinnvoller und schonender aber kostengünstiger wäre ins Krankenhaus zu fahren.

In diesem Rechenbeispiel gilt die Verordnung der Wiener Gebietskrankenkasse, dass die Rettung nur bezahlt wird, wenn ein Transport in ein Krankenhaus stattfindet.

Der große Nachteil für den Patienten ist, wie oben mehrmals beschrieben, dass es für den Patienten weder schonend noch zeitdienlich, sondern sehr kräfteraubend und stressig ist. Der Patient wird ins Krankenhaus mit einer fahrbaren Intensivstation transportiert. Dort angekommen wird der Patient von den Sanitätern angemeldet und das Warten für den Patienten beginnt. Hier kommt hinzu, dass der Patient sich in einem Ambulanzraum mit vielen anderen Patienten befindet, die eventuell ebenso krank sein können und statt im Bett zu liegen in einer internistischen Notfallambulanz sitzen. Durch die mögliche Ansteckungsgefahr kann es zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes kommen.

Hierzu kurz ein Exkurs in den Alltag aus dem Rettungsdienst. Die meisten Patienten glauben, dass wenn diese mit der Rettung in ein Krankenhaus gebracht werden, dass sich die Wartezeit verkürzt. Dies ist so nicht richtig. Jeder Patient, egal ob selbst ins Krankenhaus kommen oder mit der Rettung, wird individuell vom Krankenhauspersonal beurteilt und die Patienten werden nach „schwere ihrer vermuteten Erkrankung oder Verletzung“ gereiht und danach in den Behandlungsraum gerufen. Daraus kann sich eine Wartezeit bis zu sechs Stunden für den Patienten ergeben.

Der Patient mit Fieber sitzt nun einige Stunden in meist überfüllten Wartebereichen der internistischen Notfallambulanz. Eine Diplomierte Krankenschwester wird nach einiger Zeit zu dem Patienten stoßen und ihm Blut abnehmen. Das Blut wird ins Labor geschickt, auf die Auswertung muss zirka 45 Minuten gewartet werden. Noch immer wurde der Patient nicht von einem Arzt untersucht. Nach zwei Stunden warten

wird der Patient in den Behandlungsraum gebracht und kurz von einem Arzt untersucht. Der Patient bekommt eine Standardbehandlung (EKG, Fieber messen, Blutzucker messen, Blutdruck messen, Sauerstoffsättigung messen, Puls messen, Lunge abhören). Der Arzt stellt Fieber beziehungsweise mit Hilfe des Laborbefundes einen grippalen Infekt fest. Der Patient wird wieder gebeten im Wartebereich Platz zu nehmen und auf die festgestellten Befunde und das Rezept zu warten. Das Krankenhaus bestellt einen Krankentransport, um den Patienten qualifiziert nach Hause zu transportieren. Nach einer weiteren Wartezeit von 30 Minuten und einem Heimtransport von 30 Minuten ist der Patient letztendlich wieder in seinem Bett angekommen.

Die Kosten für die Wiener Gebietskrankenkasse belaufen sich auf zirka 370 EUR und 70 EUR für den Rettungs- und Krankentransport. Die Behandlung im Spital kostet zirka 600 EUR.

Gesamt ergibt sich eine Summe von **1.140 EUR**. Der Aufwand für den Patienten ist sehr hoch und stressig. Die Behandlung durch die Sanitäter und den Ambulanzzarzt, den Transport ins Krankenhaus und zurück nach Hause und die Wartezeit im Krankenhaus beträgt zirka fünf Stunden bis der Patient sich wieder in seinem Bett zum Ausruhen hinlegen kann.

Eigenverantwortung von Patienten

Eine Notfallsituation ist aus zwei Blickwinkeln analytisch zu betrachten. Einerseits aus der Sicht des Sanitäters und andererseits aus der Sicht des Patienten. Warum hat der Patient den Notruf gewählt und warum ist dies aus Sicht des Sanitäters nicht gerechtfertigt? Festzuhalten ist, dass sich solch eine Situation immer absolut unvorhergesehen und unerwartet ereignet. Das Momentum des ungeordneten Chaos, der vorhandenen Anspannung beim betroffenen Menschen und die erlernte Routine beim Notfallsanitäter sind typisch für einen Notfall. Gerade in diesem Zusammenhang ist die Eigenverantwortung eines jeden einzelnen Menschen essentiell und wichtig. Der erfolgreiche Ablauf der Rettungskette vom Unfallbeziehungsweise Notfallereignis bis hin zur Alarmierung der Rettung und der Ersten Hilfe ist mitunter davon wesentlich abhängig.

Die Pflichten zwischen Mensch, der Solidargemeinschaft und dem Staat sind im Sinne einer modernen und adäquaten Biopolitik neu zu definieren. Gerade im Gesundheitswesen kann im Bereich der Prävention und im Bereich der Eigenverantwortung der Patienten eine Verbesserung erzielt werden. Der Appell richtet sich an ein gesundheitsförderliches Verhalten (vgl. Brinkmann, Schnee, 2003, 1ff.). Viele Unfallereignisse und Notfälle können durch entsprechendes Verhalten im Alltag mit einfachen Verhaltensregeln vermieden oder abgeschwächt werden. Der stets bemühte Begriff des Hausverstandes sei hier ins Treffen zu führen. Gerade in einer Zeit der digitalen Vernetzung und Hochtechnisierung des privaten und öffentlichen Lebens sind einfache Verhaltensregeln hilfreich im Bereich der Unfallprävention.

Meiner Ansicht nach, ist jeder Mensch auch über sich selbst eigenverantwortlich. Das Bedürfnis nach einer qualitativ hochwertigen, transparenten und flächendeckenden Gesundheitsversorgung ist in Wien voll und ganz gegeben. Es ist mir daher ein persönliches Anliegen im folgenden Kapitel näher einzugehen und diese Fragen der Eigenverantwortung des Patienten zu erläutern.

Im Kapitel „Herausstechende Vorkommnisse in der Präklinik“ wird bereits kurz auf diese Thematik eingegangen.

Jeder einzelne Mensch ist für sich selbst und sein Handeln verantwortlich. Jeder hat ein anderes Empfinden von Gut und Schlecht und nimmt Situationen anders wahr als seine Mitmenschen. So kommt es, dass Menschen aus Gründen, die den Sanitätern nicht erklärbar sind, die Rettung rufen. Man darf als Sanitäter an dieser Stelle nicht vergessen, dass Personen, welche die Rettung rufen, nach ihrem Empfinden Hilfe benötigen. Sie sind mit der Situation total überfordert und wissen nicht wie sie sich selber oder ihren Angehörigen helfen können. In vielen Fällen fehlt das medizinische Grundwissen, welches die Erkennung und Behandlung von leichten Erkrankungen wie Grippe und Kopfschmerzen angeht. So sehen sich die Betroffenen gezwungen die Rettung um Hilfe zu Rufen. Aus Sicht des Sanitäters ist dieser Einsatz nicht indiziert. Aus Sicht des Patienten jedoch sehr wohl. Die Sanitäter sind an einen Punkt gelangt, an dem sie dem Patienten nicht weiterhelfen können. In diesem Zusammenhang möchte ich erneut den Patienten aus dem Kosten- Nutzen- Beispiel anführen. Er hat Atemnot und Fieber. Der Patient fühlt sich hilflos und ruft die Rettung. Diese sieht sich nun gezwungen den Patienten vor die Wahl zu stellen. Entweder er wird in ein Krankenhaus transportiert, in dem er mehrere Stunden auf eine Begutachtung warten und schlussendlich ohne Behandlung, nur mit einem Rezept entlassen wird. Oder aber der Patient verbleibt alleine zu Hause und bekommt eine Rechnung für den Rettungseinsatz. So oder so ist dem Patienten nicht viel weitergeholfen.

Bisher sind wir davon ausgegangen, dass die Patienten aus ihrer Sicht medizinische Hilfe benötigen und sich nicht anders zu helfen wissen, als die Rettung zu alarmieren.

Erschreckenderweise gibt es immer mehr Fälle, in denen Personen wissentlich Rettungsmissbrauch begehen. Mehrfach wird von Kollegen berichtet, dass sie vor Ort keinen Patienten mit medizinischer Problematik vorgefunden haben, sondern vielmehr einen Menschen, der lediglich „ein bisschen Plaudern“ will. Es gibt tatsächlich auch Fälle, in denen die Rettung gerufen wurde um beim Herunterreichen einer Weinflasche oder Ähnlichem zu helfen.

In dieselbe Kategorie von Rettungsmissbrauch gehören Fälle, in denen Berufer während dem Gespräch mit der Leitstelle wissentlich schwerwiegende Symptome erfinden, so dass gleich ein Notarzt mitalarmiert wird.

Immer wieder kommt es vor, dass Patienten sich nicht von den Sanitätern behandeln lassen wollen. Es wird vehement ein Notarzt gefordert, ganz gleich was die eigentliche Problematik ist.

Ein weiterverbreiteter Irrglaube ist zudem, dass viele denken, man käme im Krankenhaus schneller an die Reihe, wenn man mit der Rettung eingeliefert wurde. Dies ist nicht immer der Fall. Im Krankenhaus wird eine so genannte Triage durchgeführt, bei der nach Schweregrad der Erkrankung beziehungsweise Verletzung eine Reihung nach Dringlichkeit resultiert. Somit hat es keinerlei Einfluss, ob ein Patient selbstständig oder mit der Rettung eingeliefert wird.

Für Sanitäter und Notärzte ist das derzeitige System nicht zufriedenstellend, immer öfter hört man von Rettungsdienstmitarbeitern „warum tu ich mir das an, ich werde von den Patienten nur ausgenützt und diese Arbeit ist nicht mehr persönlich zufriedenstellend!“. Die Hauptgruppe der Patienten sind Arbeitslos, haben ein Abhängigkeitsproblem wie beispielsweise Alkohol oder selbstversurachte Erkrankungen durch chronischen Nikotinkonsum oder Fettleibigkeit. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass die häufigste Todesursache in Österreich eine koronare Herzerkrankung vorausgeht und diese aufgrund eines entsprechenden vorangegangenen schädlichen „Lifestyles“ selbst verursacht ist (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

Tagtäglich wird im Rettungsdienst von Rettungsmissbrauch oder Taxi mit Blaulicht gesprochen. Menschen werden nicht mehr als Patienten angesehen, sondern als „Asoziale“ die ihr eigenes Leben nicht auf die Reihe bekommen, medizinisch unfähig sind und keinen Hausverstand haben. Diesem Bild muss durch entsprechende Maßnahmen der Gesundheitspolitik unter speziellem Augenmerk auf Patientenaufklärung und Prävention entgegengewirkt werden. Wie im Kapitel „Herausstechende Vorkommnisse in der Präklinik“ dargestellt, ist in diesem Zusammenhang auf die wachsende Frustration im Alltag eines Notfallsanitäters in Wien hinzuweisen. So lässt die Motivation der Kollegen sukzessive nach und die

Unzufriedenheit steigt. An dieser Stelle sollte unbedingt angesetzt werden, ansonsten werden dem Rettungsdienst in Zukunft viele wertvolle und fähige Mitarbeiter verloren gehen. Denn wer lässt sich schon gerne für einen sehr geringen Lohn von seinen „Kunden“ beschimpfen?

Im Sinne von Foucault und einer funktionierenden Biopolitik muss ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem vom Staat für jeden einzelnen zur Verfügung gestellt werden. In diesem Kontext ist auch jeder einzelne Mensch in die Pflicht zu nehmen. Die österreichische Gesundheitspolitik muss eine entsprechende Bewusstseinsbildung innerhalb der Bevölkerung herbeiführen.

Conclusio und kritisches Fazit

Am Ende meiner wissenschaftlichen Betrachtungen, den durchgeführten Datenerhebungen, Befragungen und kritischen Analysen komme ich zu folgenden Ergebnissen meiner Forschungsfrage:

„Wie verhält sich politische Macht (Biopolitik) zur Gesellschaft im Bezug auf die Präklinik und das medizinische Grundwissen, Verhalten und der Umgang eines Patienten?“ (Foucault, 2011).

Die österreichische Gesundheitspolitik zählt zu den führenden Systemen Europas. Im Bereich der Präklinik Wien kommen standardisierte Verfahren mit Hilfe der Rettungskette zum Einsatz, welche sich in der Praxis bewährt haben um rasch notfallmedizinische Hilfe bereitstellen.

Die Verwaltung des sensiblen Bereiches „Gesundheit“ in einer Gesellschaft, stellt eine große Herausforderung für die Entscheidungsträger dar. Die Gesundheitspolitik versucht das menschliche und medizinische Zusammenleben systematisch zu regeln und zu verwalten. Eine plötzlich auftretende Notfallsituation ist immer ein unregelmäßiges Chaos, welches nach Struktur und Auflösung verlangt. Dies kann nur durch ein funktionierendes biopolitisches präklinisches System im Sinne einer Lebenserhaltungs- und Lebensentfaltungspolitik gelöst werden. Im Zentrum steht der Notfallsanitäter beziehungsweise weiteres präklinisches Personal.

Die Gesundheitspolitik in Bezug auf die Präklinik Wien, ist ein hoch spekulatives Feld mit vielen Unsicherheitsfaktoren, welches nur sehr schwer verwaltet werden kann. Ich bin jedoch der Ansicht, dass durch mehr Eigenverantwortung des Patienten, eigenständige Erste Hilfe Leistung, einer besseren Aufklärung und Information sowie Einsetzen des medizinischen Hausverstandes das Chaos regiert werden und die Spannung zwischen Evidenz und kaum Zugriff zu Patientendaten reduziert werden kann.

Nachwort

Nach ausführlicher Betrachtung der aktuellen Situation innerhalb der Wiener Präklinik und unter Berücksichtigung meiner persönlichen Schlussfolgerungen möchte ich im folgenden Kapitel Empfehlungen an die verantwortlichen Akteure der Wiener Präklinik und der österreichischen Gesundheitspolitik aussprechen.

Als eine wichtige Schlussfolgerung kann man sagen, dass das Wiener Präklinische System prinzipiell gut funktioniert. Die Effizienz und die Sicherheit der Finanzierung betreffend, ist meines Erachtens jedoch noch weiter Aufhol- und Verbesserungsbedarf gegeben. Österreichweit ist die notfallmedizinische Versorgung von Patienten in der Bundeshauptstadt Wien am Fortschrittlichsten. Wie öfters darauf hingewiesen, ist die Stadt Wien meines Erachtens etwas Besonderes á la Stadttourismuswerbung „Wien ist anders“, hat viele Eigenheiten und aus diesem Grund muss die Bevölkerung mit Nachdruck aufgeklärt werden.

Der Schlüssel zu einem besseren Gesundheitssystem liegt bei der Politik respektive der Gesetzgebung. Diese müssen richtige Entscheidungen treffen, zukunftsgerichtet Denken und Analysieren beginnen und auf den politischen Diskurs konzentrieren und Mut zu Reformen im Gesundheitsbereich.

Politische Macht verhält sich zur Gesellschaft, im Bezug auf die Präklinik und das medizinische Grundwissen, das Verhalten und den Umgang eines Patienten, konkordant. Weitaus höher gebildete Menschen rufen wesentlich seltener missbräuchlich die Rettung und sind soweit informiert, dass sie nur im Notfalle den staatlich zur Verfügung gestellten Notruf betätigen und sonst sich selbst zu Helfen wissen.

Um es dem Patienten einfacher zu gestalten, sollten die bestehenden Notrufnummern 144 und 141 sowie alle Rufnummern für den Krankentransport zusammengelegt und von einer zentralen Leitstelle koordiniert werden. Somit könnte ein effizienterer Umgang mit den vorhandenen Ressourcen sichergestellt und von einer einzigen Stelle das für jeden Patienten geeignete Rettungsmittel disponiert werden.

Im Bundesland Niederösterreich wurde diese Zusammenlegung und Zentralisierung bereits erfolgreich realisiert. Im Ergebnis werden folgende Dienstleistungen durch das Land Niederösterreich der Bevölkerung angeboten: Krankentransport, Rettungsdienst, Notarzt, Rufhilfe, Gesundheits- und Sozialdienste, Ärzteleistungsambulanz, psychosoziale Akuthilfe und eine Beschwerde- und Informationshotline.

Um eine effektive und tatsächliche Entlastung der internistischen Notfallambulanzen zu erwirken, sollten Einrichtungen für „Obdachlose Menschen, die nur schlafen und, oder ihren Rausch ausschlafen wollen“ geschaffen werden. Spezielle Ambulanzen ohne notfallmedizinisches Personal, die nur von der Rettung angefahren werden dürfen. Dies würde zu einer tatsächlichen Entlastung der überfüllten Spitalsambulanzen führen. Für den Großraum Wien würden sich meines Erachtens drei Zentren, je eines im Osten, im Westen und im Norden der Stadt Wien anbieten.

Die Aufklärung und Information der Bevölkerung in Wien ist besonders niedrig, hier gehört sehr viel Arbeit geleistet. Zum Beispiel sollten Patienten mit Migrationshintergrund und Patienten, die beim Arbeitsmarktservice (AMS) Österreich gemeldet sind, meiner Meinung nach verpflichtend einen Erste-Hilfe-Kurs, bei dem besonders auf die Aufklärung geachtet wird, absolvieren.

Eine einfache und effiziente Lösung wie Österreich der fehlenden Erste-Hilfe-Leistung entgegenwirken könnte wäre, einen Erste-Hilfe-Kurs in die staatlichen Lehrpläne des Unterrichtsministeriums aufzunehmen und vorschlagsweise jährlich verpflichtend ab der 5. Schulstufe zu veranstalten.

Um für weitere Aufklärung in Wien zu sorgen, vor allem bei Personen, die in der Präklinik arbeiten, gäbe es meines Erachtens einige Ansätze. Jede Person, die in der Präklinik arbeitet, sollte neben verpflichtenden jährlichen Erste-Hilfe-Kursen auch eine Basis notfallmedizinische Ausbildung absolvieren. Somit könnte verhindert werden, dass Heimhilfen umsonst die Rettung rufen und den Patienten selbständig ins Bett heben dürfen. Das diplomierte Pflegepersonal würde im Bedarfsfall die lebensrettende Reanimation beherrschen und Hausärzte den Unterschied zwischen Krankentransport und Rettung kennen.

Auch die Wiener Gebietskrankenkasse sollte Umzudenken beginnen und den Vorteil der gut ausgebildeten Sanitäter als Möglichkeit der Kostenreduktion und Krankenhäuser zu entlasten (siehe Kosten- Nutzen- Beispiel) erkennen.

Eventuell sollte ernsthaft über die Wiedereinführung eines Selbstbehaltes für Gesundheitsleistungen nachgedacht werden, um einerseits den Missbrauch zu minimieren und andererseits dem Menschen zum Nachdenken anzuregen und mehr den eigenen Hausverstand einzusetzen. Als Vorschlag könnte meines Erachtens ein Betrag zwischen 20 EUR und 100 EUR als Ambulanzgebühr verrechnet werden. Davon ausgenommen wären Einweisungen von Hausarzt und Kontrolltermine im Krankenhaus, Patienten die eine Akutbehandlung benötigen (Herzkatheterlabor, Schlaganfallabteilung, Schockraum, Überwachungsstationen und Intensivstationen). Patienten die nicht von einem Hausarzt versorgt werden können, beispielsweise ein Patient mit einer Fraktur des Unterarmes, wird die Ambulanzgebühr von deren Krankenkasse rückerstattet.

Alle Wiener Medien sollten an einem Strang ziehen und das Konzept der Magistratsabteilung (MA) 70 mit noch mehr Inseraten und Beiträgen ausbauen, um nachhaltig für eine Verbesserung des bestehenden Gesundheitssystems der Stadt Wien zu sorgen.

Der Bedarf nach flächendeckender medizinischer Versorgung wird in den kommenden 10 bis 20 Jahren weiter ansteigen. Aufgrund des demographischen Wandels werden die Menschen immer älter und die medizinische Versorgung von Präklinik bis Krankenhaus bis Rehabilitation immer besser ausgebaut und vom medizinischen Standpunkt her optimiert ganz im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung in Europa vor allem in Österreich.

Das Gesundheitswesen in Österreich zählt zu den besten der Welt. Damit dies für die kommenden Jahren und Generationen so bleibt, war es mein Wunsch und Anliegen die aktuellen Schwachstellen im Bereich der Präklinik im Raum Wien aufzuzeigen, aus eigener Erfahrung darzustellen, mit Erhebungen darzulegen und Lösungsvorschläge zur Verbesserung des Status quo aufzuzählen.

Wien als Millionenstadt und Metropole Europas könnte seine Vorreiterrolle im Bereich der modernen Gesundheitsversorgung einer Stadt weiter ausbauen. Wien als best practice Beispiel für eine effiziente präklinische Versorgung der Bevölkerung. „Wien ist anders“, ich appelliere an die Entscheidungsträger diesem Motto entsprechend zu handeln. Man könnte auch im Rahmen eines EU- Projektes die gegenseitige Information und Kommunikation der präklinischen Abläufe mit anderen Metropolen wie Berlin, Prag oder Budapest vergleichen und gegenseitig lernen. Ich bin überzeugt, dass auch die Stadt Wien von solch einem Projekt langfristig und nachhaltig profitieren würde.

Die Anforderungen für ein funktionierendes präklinisches Gesundheitssystem werden in Zukunft immer komplexer. Die vorliegende Masterarbeit versuchte den Ist- Stand der Präklinik Wien darzustellen und Vorschläge zur Verbesserung aufzuzeigen. Ich bin mir voll bewusst, dass Veränderungen nur langsam herbeigeführt werden können, aber man muss einfach beginnen, die ersten Schritte einzuleiten. An diesem Prozess kann sich jeder einzelne Wiener und jede Wienerin aktiv beteiligen. Meines Erachtens wäre eine wesentliche Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung im präklinischen Bereich realisierbar, wenn konsequente Aufklärung der Bevölkerung durchgeführt werden würde. Dazu schlage ich eine ganzheitliche Lösung zwischen Politik, Rettungsorganisationen, Medien und allen weiteren Akteuren im Bereich der Präklinik Wien vor.

Quellenverzeichnis

Literatur

BRAUNACK- MAYER, A., AVERY, J. C. (2009): *Before the consultation: why people do (or do not) go to the doctor*, in: British Journal of General Practice: London

BRINKMANN, H., SCHNEE, M. (2003): *Eigenverantwortung im Gesundheitswesen*, in: BERTELSMANN STIFTUNG (Hg.) (2003): *Eigenverantwortung. Zwölf Reformvorschläge für das deutsche Gesundheitswesen*. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2010): *Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten*. Bundesministerium für Finanzen, ZVM / Druckerei: Wien, 1. Auflage

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011): *Gesund bleiben und mit Krankheiten umgehen. Eine Broschüre für Migrantinnen und Migranten*. Holzhausen Druck GmbH: Wien

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN (2005): *Das Gesundheitswesen in Österreich*. Druckerei Berger: Horn, 4. Auflage

DURNOVÁ, A. (2011): *Feldforschung „intim“: Von Erlebnissen, Bedeutungen, und Interpretationspraxis in der Politikfeldanalyse*, in: ÖZP, 2011/4. Facultas: Wien

FOUCAULT, M. (2001): *In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesung am Collège de France (1975- 76)*. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main, 1. Auflage

FOUCAULT, M. (2011): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Fischer Verlag: Frankfurt am Main, 9. Auflage

FRANKL, M. (2008): *Diplomarbeit. Zur Effizienz und Effektivität von Rettungsorganisationen am Beispiel Wien*. Universität Wien: Wien

HADDAD, C. (2010): *Zwischen Labor und Gesellschaft. Zur Biopolitik klinischer Forschung am Menschen*. Peter Lang Verlag: Frankfurt am Main, Band 19

HALMICH, M. (2012): *Recht für Sanitäter und Notärzte. Österreichisches Recht: Die Praxis der präklinischen Notfallversorgung*. Manz Verlag: Wien

GOTTWEIS, H., BRAUMANDL, E. (2006): *Gesundheitspolitik*, in: DACHS, H., et al. (Hg.) (2006): *Politik in Österreich. Das Handbuch*. Manz: Wien

GOTTWEIS, H., HABLE, W., PRANSACK, B., WYDRA, D. (2004): *Verwaltete Körper. Strategien der Gesundheitspolitik im internationalen Vergleich*. Böhlau Verlag: Wien

HÜPFL, M., ZIMPFER, M. (2006): *Präklinische Notfallversorgung von 1881 bis heute*, in: SPRENGSEIS, G., LANG, G. (Hg.) (2006): *Vom Wissen zum Können. Forschung für NPOs im Gesundheits- und Sozialbereich*. Facultas: Wien

LAMPING, W. (2007): *Europäische Integration und Gesundheitspolitik. Vom Paradiesvogel zum Prestigeobjekt*, in: KURSWECHSEL 2/2007: Wien

NOHLEN, D., SCHULTZE, R., O. (Hg.) (2010): *Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden, Begriffe*. Verlag C.H. Beck: München (4. Auflage)

PÖTTLER, G. (2012): *Gesundheitswesen in Österreich. Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt*. Goldegg Verlag: Wien

SCHMID, M.G. (2004): *Wörterbuch zur Politik*. Kröner Verlag: Leipzig

Internetquellen

144 Notruf Niederösterreich: <http://www.144.at> (Zugriff am 20. Juni 2014):
<https://www.144.at/homepage/startseite.html>

Akademie der Ärzte: <http://www.arztakademie.at> (Zugriff am 28. November 2013):
<http://www.arztakademie.at/oeaeknbstdiplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/notarzt/>

DocCheck Flexikon, Medizinwissen suchen, KnowHow teilen:
<http://flexikon.doccheck.com/de/Spezial:Mainpage> (Zugriff am 15. Oktober 2013):
http://flexikon.doccheck.com/de/Erste_Hilfe
<http://flexikon.doccheck.com/de/Rettungskette>

ÖAMTC.at - Der Österreichische Automobil-, Motorrad- und Touringclub:
<http://www.oeamtc.at> (Zugriff am 20. Juni 2014): <http://www.oeamtc.at/portal/erste-hilfe-rettet-leben+2500+1397793>
www.oeamtc.at/pisafirstaid

Österreichisches Rotes Kreuz: <http://www.rotekreuz.at/> (Zugriff am 15. Oktober 2013):
<http://www.rotekreuz.at/site/erste-hilfe/>
<http://www.rotekreuz.at/site/erste-hilfe/erste-hilfe-im-detail/tipps-von-a-z/rettungskette/>

TeamPrevent, Gesundheitsvorsorge, Arbeitssicherheit, Umweltschutz:
<http://www.teamprevent.at/index.html> (Zugriff am 15. Oktober 2013):
<http://www.teamprevent.at/aktuelles/aktuelles/meldung/artikel/das-hoechste-gut-ist-unser-leben-und-das-gehoert-in-jeder-form-hochqualitativ-erhalten.html>

Daten

BALLNIK, S. (2013): *Forschungstagebuch*. Wien

BERUFSRETTUNG WIEN (MA 70) (2013): *Ausrückordnung Rettungsmittel*. Wien

KONTROLLAMT DER STADT WIEN (2009): *MA 70, Prüfung der Qualitätssicherung, Personalsituation, Betriebsorganisation, technischen und infrastrukturelle Ausstattung, Finanzentwicklung und Tarifgestaltung*. Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV

VGKK (2010): *Analyse der Vorarlberger Spitalsambulanzen als Anlaufstelle für Selbstzuweisungen*. Vorarlberg

Abbilder

Abbildung 1 aus ÖAMTC.at - Der Österreichische Automobil-, Motorrad- und Touringclub: <http://www.oeamtc.at> (Zugriff am 20. Juni 2014): <http://www.oeamtc.at/portal/erste-hilfe-rettet-leben+2500+1397793>

Abbildung 2 aus Rotes Kreuz: <http://www.rotekreuz.at> (Zugriff am 15. Oktober 2013): <http://www.rotekreuz.at/site/erste-hilfe/>

Abbildung 3 aus Rotes Kreuz: <http://www.rotekreuz.at> (Zugriff am 15. Oktober 2013): http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/LV/Wien/Hauptnavigation/Kurse_Aus_u_Weiterbildung/Fotos/Erste_Hilfe/RS1030_Rettungskette_2-scr.jpg

Abbildung 4 aus Rotes Kreuz: <http://www.rotekreuz.at> (Zugriff am 28. Februar 2014): <http://www.rotekreuz.at/wien/rettungsdienst/einsatzmittel/>

Abbildung 5 aus BOS Einsatzfahrzeuge Info: <http://bos-fahrzeuge.info/> (Zugriff am 28. Februar 2014): http://bos-fahrzeuge.info/einsatzfahrzeuge/108366/Wien_-_MA_70_-_RTW_-_9660-70/photo/260096

Abbildung 6 aus Wikipedia, die freie Enzyklopädie: <http://de.wikipedia.org> (Zugriff am 28. Februar 2014): http://de.wikipedia.org/wiki/Wiener_Berufsrettung

Abbildung 7 aus Austrian Aviation.net: <http://www.austrianaaviation.net/> (Zugriff am 28. Februar 2014):
<http://www.austrianaaviation.net/phpBB3/viewtopic.php?f=20&t=5870>

Abbildung 8 bis 12 aus Heute.at Nachrichten und Schlagzeilen – Kein Morgen ohne Heute: <http://www.heute.at/> (Zugriff am 5. September 2013):
<http://www.heute.at/epaper/>

Anhang

Definitionen

Erste Hilfe

Ruhe, Umsicht, Besonnenheit und Kompetenz – dies sind die Eigenschaften, die einen gut ausgebildeten Ersthelfer auszeichnen. Klingt einfach. Die Erfahrung zeigt, dass diese Eigenschaften dann vorhanden sind, wenn der Ersthelfer regelmäßig seine Kenntnisse aufgefrischt hat und praktisch geübt wurde. Dann ist es auch einfach. Als Erste Hilfe bezeichnet man Maßnahmen, die von einem Laienhelfer durchgeführt werden können, um in einem medizinischen Notfall die akute Gefährdung durch Gesundheitsstörungen zu überbrücken bis professionelle Hilfe (Rettungsdienst) eintrifft (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013).

Eine Störung der Vitalfunktionen kann innerhalb kürzester Zeit zu schwerwiegenden und dauerhaften Schäden wichtiger Organe bis hin zum Tod führen. Da in der Regel meist mehr als 10 Minuten vergehen, bis an einem Notfallort professionelle Helfer (Rettungsdienst) eintreffen, und z.B. bei Atem- und Kreislaufstillstand oder starker Blutung jede Minute über Leben oder Tod entscheiden kann, ist die Erste-Hilfe durch Laien oft die einzige Chance für den Betroffenen (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013).

Nicht nur moralisch, sondern laut österreichischem Strafrecht (§ 95 Strafgesetzbuch) ist jedermann gesetzlich verpflichtet, im Rahmen seiner Fähigkeiten in einem Notfall eine "zumutbare" Hilfe zu leisten. Bei den lebensrettenden Sofortmaßnahmen geht der Eigenschutz vor. Man muss keinen im Gesicht mit Blut verschmierten Patienten, der nicht atmet, Mund zu Mund beatmen, man könnte aber z.B. in diesem Fall 144 anrufen und eine Herzdruckmassage durchführen (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013).

Die richtige Vorgehensweise ist entscheidend. Beim Eintreffen an der Unglücksstelle Ruhe bewahren, Überblick über die Situation und eventuelle Gefahrenzonen verschaffen, den Selbstschutz beachten, falsches oder unbedachtes Handeln anderer verhindern, Erste- Hilfe Maßnahmen zügig, aber besonnen durchführen,

umstehende Personen zur Hilfeleistung anregen und Angehörige und weitere Unfallbeteiligte betreuen und beruhigen. Die Grundausrüstung für den Ersthelfer ist ebenso wichtig (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013).

So wie man zum Kochen die richtigen Zutaten braucht, so benötigt man zur Hilfeleistung eine adäquate Ausrüstung. Im Haushalt sind dies Erste-Hilfe-Kästen, nach der ÖNORM befüllt und ein entsprechender Feuerlöscher. Zusätzlich dazu sind verpflichtend für mehrspurige KFZ das Mitführen einer Warnweste, ein Warndreieck und einer Erste-Hilfe-Ausrüstung, die sie regelmäßig in Ihrer Apotheke auf Vollständigkeit und Ablaufdatum überprüfen und im Bedarfsfall ergänzen lassen können. Auch außer Haus, in der Freizeit oder beim Sport ist es ratsam, Einmalhandschuhe und ein Beatmungstuch mit sich zu führen. Diese Dinge haben in jeder Handtasche Platz, etwas umfangreichere, praktische Notfalltäschchen zum Wandern oder für das Fahrrad sollten bei keiner Freizeitaktivität fehlen. In Erste-Hilfe-Kursen werden diese Utensilien vorgestellt und der Umgang damit geübt, um im Ernstfall gerüstet zu sein (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013).

Wenn ein Notfall passiert ...		
Leisten Sie ERSTE HILFE!	auf Sicherheit achten 	144 anrufen 
Wenn ein Mensch reagiert ...		
Nutzen Sie Ihren Hausverstand!	► für frische Luft sorgen ► angenehm lagern 	► zudecken und betreuen ► bei Blutung draufdrücken 
Wenn ein Mensch nicht reagiert ...		
Handeln Sie!	 Atmet ► zur Seite drehen	 Atmet nicht ► schnell und kräftig drücken
		

Abb.2: Erste Hilfe

Rettungskette

Als Rettungskette bezeichnet man die idealisierte Abfolge bei der Behandlung von Patienten mit lebensbedrohlichen Störungen im Rahmen der Ersten Hilfe. Die Rettungskette soll zeigen, wie wichtig es in einem Notfall ist, dass die einzelnen Personen und Handlungen ineinandergreifen wie ein Kettenglied in das andere. Ersthelfer sind für die ersten drei wichtigen Kettenglieder verantwortlich (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013).

Absichern

Einen Überblick über die Situation vor Ort verschaffen! Unfallstelle absichern und immer auf die eigene Sicherheit achten! (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013)

Notruf

Professionelle Hilfe frühestmöglich nachfordern! 144 wählen und die Fragen, die gestellt werden, beantworten! (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013)

Erste Hilfe leisten

Dazu zählen alle Maßnahmen, die man als Ersthelfer direkt am Verletzten beziehungsweise Erkrankten durchführt. Das Retten von Verletzten beziehungsweise Erkrankten. Die sofortige Blutstillung bei einer starken Blutung. Die Stabile Seitenlage bei Bewusstlosigkeit. Die Wiederbelebung mit Herzdruckmassage und Beatmung bei Atem- und Kreislaufstillstand sowie die Basismaßnahmen (richtige Lagerung, Frischluftzufuhr, Wärmeerhaltung und psychische Betreuung)! (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013)

Rettungsdienst

Das 4. Glied der Rettungskette ist der Rettungsdienst. In Österreich werden ein Großteil der Rettungs- und Krankentransporte vom Roten Kreuz durchgeführt. Je nach Notfall entsendet die Leitstelle Sanitäter und, oder Arzt zum Notfallort. Diese setzen die bereits durch den Ersthelfer erfolgte Versorgung fort und bereiten den

Patienten auf den Transport ins Krankenhaus vor (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013).

Weitere Versorgung

Das letzte Kettenglied der Rettungskette ist die weitere Versorgung. Für die Bedeutung der Rettungskette ist es unerheblich, ob der „Patient“ in einer Ambulanz, in einem Krankenhaus oder beim praktischen Arzt weiter behandelt wird. Ziel der Rettungskette ist es, Verletzten oder Erkrankten eine geeignete Versorgung ohne Unterbrechung der Hilfeleistung zu gewähren (vgl. Doc Check Flexicon, 2013; Rotes Kreuz, 2013).



Abb.3: Die Rettungskette

Personal in der Präklinik

„Hausarzt“, Arzt für Allgemeinmedizin

Rechtsgrundlage für die Ausübung des Arztberufes ist das Ärztegesetz aus dem Jahr 1998. Es hat das Disziplinarrecht, die Berufsordnung sowie die Standesvertretung der Ärzte zum Inhalt (vgl. Pöttler, 2012, 73ff.).

Personen, die die Erfordernisse für die unselbständige Ausübung des ärztlichen Berufes als Turnusärzte erfüllen und beabsichtigen, sich einer selbständigen ärztlichen Betätigung als Arzt für Allgemeinmedizin zuzuwenden, haben sich einer mindestens drei jährigen praktischen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (Turnus zum Arzt für Allgemeinmedizin) in anerkannten Ausbildungsstätten,

Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen, Lehrambulatorien im Rahmen von Arbeitsverhältnissen sowie der Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin zu unterziehen und den Erfolg der Ausbildung und Prüfung nachzuweisen (vgl. Pöttler, 2012, 73ff.).

Fachärzte sind zur selbständigen Berufsausübung in einem speziellen Fachgebiet der Heilkunde berechtigt und haben ihre Tätigkeit auf dieses Fach zu beschränken (vgl. Pöttler, 2012, 73ff.).

Neben Allgemeinmedizinerinnen, Fachärztinnen, Turnusärztinnen gibt es noch Amtsärztinnen, Notärztinnen wie auch Arbeitsmedizinerinnen, die aufgrund ihrer Profession auch fachübergreifende Tätigkeiten ausüben dürfen (vgl. Pöttler, 2012, 73ff.).

Ein Hausarzt ist ein niedergelassener, freiberuflicher oder ein in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellter Arzt, der für den Patienten meist die erste Anlaufstelle bei medizinischen Problemen ist (vgl. Pöttler, 2012, 73ff.).

Wichtig für Hausarzt und Patient ist ein Vertrauensverhältnis. Im Idealfall kennt der Arzt von früheren Besuchen im Wesentlichen die Lebens- beziehungsweise Krankengeschichte. Durch eine gewisse Kenntnis der persönlichen Situation und das Vertrauen des Patienten können Hausärzte mitunter auch bei psychischen Problemen oder Konflikten einen besseren Zugang zum Patienten haben als mancher Spezialist (vgl. Pöttler, 2012, 73ff.).

Wenn nötig, schreibt der Hausarzt eine Überweisung zu einem Facharzt, zu einer speziellen Therapie oder Untersuchung beziehungsweise ins Krankenhaus. In Wien arbeiten aktuell rund 4.676 niedergelassene Ärzte (vgl. Pöttler, 2012, 73ff.).

Sanitäter

Rechtsgrundlage für die Ausübung der Tätigkeit als Sanitäter ist das Sanitätergesetz aus dem Jahr 2002. Durch die Schaffung dieses neuen Gesetzes lösten die Sanitäter die Sanitätsgehilfen ab. Sanitäter im Sinne dieses Bundesgesetzes sind Rettungssanitäter und Notfallsanitäter. Ihnen beiden ist gemeinsam die eigenverantwortliche Anwendung von Maßnahmen der qualifizierten Ersten Hilfe, der

Sanitätshilfe und der Rettungstechnik einschließlich diagnostischer und therapeutischer Verrichtungen (vgl. Pöttler, 2012, 86ff.).

Der Tätigkeitsbereich der Rettungssanitäter umfasst: die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinischer Betreuung bedürfen, vor und während des Transports, einschließlich der fachgerechten Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung sowie der Blutentnahme aus der Kapillare zur Notfalldiagnostik. Die Übernahme sowie die Übergabe der Patienten oder der betreuten Personen im Zusammenhang mit einem Transport. Hilfestellung bei auftretenden Akutsituationen einschließlich der Verabreichung von lebenswichtigem Sauerstoff. Eine qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen und die sanitätsdienstliche Durchführung von Sondertransporten (vgl. Pöttler, 2012, 86ff.).

Lebensrettende Sofortmaßnahmen sind u.a. die Beurteilung, Wiederherstellung beziehungsweise Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen, die Defibrillation mit halbautomatischen Geräten und die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die sanitätsdienstliche Durchführung des Transports, solange und soweit ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt nicht zur Verfügung steht. Eine unverzügliche Anforderung des Notarztes ist zu veranlassen (vgl. Pöttler, 2012, 86ff.).

Der Tätigkeitsbereich der Notfallsanitäter umfasst zusätzlich zu den Tätigkeiten der Rettungssanitäter noch: die Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatienten, das sind Patienten, bei denen im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, einzutreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist. Die Verabreichung von für die Tätigkeit des Notfallsanitäters erforderlichen Arzneimitteln. Die eigenverantwortliche Betreuung der berufsspezifischen Geräte, Materialien und Arzneimittel sowie die Mitarbeit in der Forschung (vgl. Pöttler, 2012, 86ff.).

Notfallsanitäter können die Berechtigung zur Durchführung zusätzlicher allgemeiner Notfallkompetenzen erwerben wie z.B. Arzneimittellehre (die Verabreichung spezieller Arzneimittel), Venenzugang und Infusion (die Punktion peripherer Venen und Infusion kristalloider Lösungen), jeweils im Rahmen von Maßnahmen zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit von Notfallpatienten, soweit das gleiche Ziel durch weniger invasive (=eingreifende) Maßnahmen nicht erreicht werden kann. Voraussetzung hierfür ist zum einen die dafür vorgesehene Ausbildung und zum Zweiten die Anweisung eines anwesenden Arztes oder, sofern ein Arzt nicht anwesend ist, die vorangehende Verständigung des Notarztes (vgl. Pöttler, 2012, 86ff.).

Zusätzlich können Notfallsanitäter noch besondere Notfallkompetenzen, insbesondere die Durchführung der endotrachealen Intubation ohne Prämedikation und endotrachealen Vasokonstriktorapplikation (Beatmung und Intubation), erwerben. Voraussetzung für die Berechtigung sind die Qualifikation der allgemeinen Notfallkompetenzen und zusätzliche Ausbildungen in diesen Bereichen. Voraussetzung für die Durchführung der Tätigkeit ist eine schriftliche Ermächtigung durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung, erneut eine entsprechende Anweisung eines anwesenden Arztes oder bei Nicht- Anwesenheit, die vorangehende Verständigung des Notarztes (vgl. Pöttler, 2012, 86ff.).

Sanitäter haben ihre Tätigkeit gewissenhaft auszuüben, sich ständig weiterzubilden und das Wohl der Patienten und der betreuten Personen nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. Notfalls ist ein Notarzt oder, wenn ein solcher nicht zur Verfügung steht, ein sonstiger zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt anzufordern. Sie haben die von ihnen gesetzlichsanitätsdienstlichen Maßnahmen zu dokumentieren, ggf. Einsicht in die Dokumentation zu gewähren und Aufzeichnungen zehn Jahre aufzubewahren. Darüber hinaus sind sie zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet, es sei denn bei notwendigen Mitteilungen an die Sozialversicherungsträger, bei notwendigen Meldungen über den Gesundheitszustand von Patienten aufgrund gesetzlicher Vorschrift oder bei Entbindung von Geheimnissen durch die Betroffenen.

Schließlich sind die betroffenen Patienten, Personen, deren gesetzlichen Vertreter sowie Personen, die von den betroffenen Patienten oder betreuten Personen als auskunftsberechtigt benannt werden, zur Auskunft verpflichtet (vgl. Pöttler, 2012, 86ff.).

Sanitäter können ihre Tätigkeit ehrenamtlich, berufsmäßig im Bereich des Gesundheitswesens im engeren Sinn oder als Soldat im Bundesheer, als Organ des öffentlichen Dienstes oder als Zivildienstleistender ausüben. Die Berechtigung ist auf jeweils zwei Jahre befristet und bedarf zu ihrer Verlängerung der Absolvierung von entsprechenden Fortbildungen sowie einer Überprüfung durch einen qualifizierten Arzt (vgl. Pöttler, 2012, 86ff.).

Notärzte

Notärzte sind Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte sowie approbierte Ärzte, die eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Notarztdienste (Notarztwagen beziehungsweise Notarztthubschrauber) ausüben. Die Voraussetzung zur Ausübung notärztlicher Tätigkeit ist die Ausbildung zum Notarzt gemäß § 40 Ärztegesetz (vgl. Akademie der Ärzte, 2013).

Notrufnummern

Der Notruf stellt jene Maßnahme des Ersthelfers dar, die immer zumutbar ist. Die Durchführung eines Notrufs erfolgt über eine der vier offiziellen Notrufnummern (112, 122, 133, 144). Dabei ist für medizinische Notfälle der Rettungsnotruf 144 vorgesehen. Die Notrufnummern sind in Österreich in alphabetischer Reihenfolge geordnet (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

112 – Europäischer Notruf

Der Europäische- Notruf ist die einheitliche Notrufnummer für die Staaten der Europäischen Union. Ziel ist es, EU- Bürgern eine einheitliche Notrufnummer zu geben, damit sie im Notfall außerhalb des Heimatlandes nicht erst nach den lokalen Notrufnummern suchen müssen. Der Europäische- Notruf wird in Mobilfunknetzen

mit höchster Priorität, auch gegenüber den anderen Notrufnummern, behandelt (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

In Österreich wird diese Nummer, genauso wie 133, an die Polizei weitergeleitet. Die Polizei kann in manchen Bundesländern dann direkt an Feuerwehr und Rettung weiterleiten (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

122 – Feuerwehr

Die Organisation der Leitstellen der Feuerwehr ist in den Bundesländern unterschiedlich. In einigen Bundesländern gibt es bereits gemeinsame Leitstellen mit dem Rettungsdienst (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

133 – Polizei

Die Notrufnummer 133 wird in Wien an die Landesleitzentrale der Polizei Wien geleitet. In den Bundesländern wird er Anruf an die nächste Polizeiinspektion beziehungsweise in der Folge an Bezirksleitzentralen beziehungsweise Stadtleitzentralen geleitet (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

144 – Rettung

Unter 144 erreicht man die nächste Rettungsleitstelle. Diese wird in vielen Fällen vom Roten Kreuz betrieben. Die Organisationen (zentral oder dezentral) der Rettungsleitstellen ist in den Bundesländern unterschiedlich (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

Anhand der Schilderungen der Notfallsituation kann die Leitstelle des Rettungsdienstes die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen ableiten (z.B. den Einsatz der Feuerwehr). Erst wenn die Leitstelle das Gespräch beendet, ist der Notruf abgeschlossen. Damit möglichst rasch die richtigen Rettungskräfte eintreffen, ist es notwendig, dass man sich die nötige Zeit nimmt und den Notruf ruhig und gewissenhaft durchführt. Viele Rettungsleitstellen leiten die Ersthelfer über das Telefon bei Maßnahmen der Ersten Hilfe an (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

141 – Ärztefunkdienst

Die Ärzte für Allgemeinmedizin des Ärztefunkdienstes stehen unter dieser Nummer zur Verfügung. Der Ärztefunkdienst ist im gesamten österreichischem Bundesgebiet in den Nachtstunden von 19.00 bis 7.00 Uhr, an Wochenenden von Freitag 19.00 bis Montag 7.00 Uhr sowie an Feiertagen ganztägig besetzt. Nach der Tonbandinformation meldet sich ein Arzt, eine Ärztin, der, die den Anrufer berät, oder wenn nötig einen Kollegen oder eine Kollegin zu dem Anrufer schickt (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

01 406 43 43 – Vergiftungsinformationszentrale

Bei Vergiftungsverdacht berät medizinisches Fachpersonal rund um die Uhr. Sitz der Vergiftungsinformationszentrale ist im AKH Wien. Verschiedene Auslöser können Medikamente, chemische Stoffe, Haushaltsprodukte, Sucht- und Genussmittel, Pflanzen, Tiere oder andere beziehungsweise unbekannte Stoffe sein. Aufgrund der telefonisch mitgeteilten Fakten (was, wie viel, wer, wann, wo, wie, warum), beurteilen Ärzte, ob ein Gesundheitsrisiko besteht und ärztliche Hilfe nötig ist (vgl. Rotes Kreuz, 2013).

Einsatzfahrzeuge

Artikel 15 Abs. 1 B-VG besagt, dass eine Angelegenheit, soweit sie nicht ausdrücklich durch die Bundesverfassung der Gesetzgebung oder auch der Vollziehung des Bundes übertragen ist, im selbständigen Wirkungsbereich der Länder verbleibt. Damit ist auch das Rettungswesen in Gesetzgebung und Vollziehung Ländersache und in allen Bundesländern ein wenig unterschiedlich geregelt (vgl. Pöttler, 2012, 119ff.).

Grundsätzliche Aufgaben des Rettungsdienstes sind: Personen, die eine erhebliche Gesundheitsstörung erlitten haben, Erste Hilfe zu leisten, sie transportfähig zu machen und sie unter sachgerechter Betreuung mit geeigneten Verkehrsmitteln in eine Krankenanstalt und dergleichen zu befördern oder ärztlicher Versorgung zuzuführen. Personen, die wegen ihres Gesundheitszustandes kein gewöhnliches Transportmittel benutzen können, unter sachgerechter Betreuung mit geeigneten

Verkehrsmitteln zu befördern. Bei Veranstaltungen in der Gemeinde die Leistung der nach der Art der Veranstaltung in Betracht kommenden Ersten Hilfe an Ort und Stelle bereitzustellen. Die Einwohner der Gemeinde in Erster Hilfe zu schulen. Mitwirkung im zivilen Katastrophenschutz. Schulung der Bevölkerung in Erster Hilfe und Durchführung von Blut- und Organtransporten (vgl. Pöttler, 2012, 119ff.).

Wichtig dabei ist die Leistung Erster Hilfe an Ort und Stelle. Unter Krankentransport ist allgemein zu verstehen, bestimmte Personen, die einer Betreuung eines Sanitäters bedürfen und kein anderweitiges Verkehrsmittel verwenden können, unter sachgerechter medizinischer Betreuung mit entsprechenden Transportmitteln zu befördern. Die Gemeinde hat die Leistung des allgemeinen Hilfs- und Rettungsdienstes für ihr Gemeindegebiet sicherzustellen. Der Bereich des Rettungs- und Sanitätswesens fällt laut österreichischer Bundesverfassung (BV-G) Artikel 10 Absatz 12 in die Kompetenz der Länder. Diese hat durch die vertragliche Verpflichtung einer anerkannten Rettungsorganisation zur Bereitstellung und Erbringung der Leistungen des allgemeinen Hilfs- und Rettungsdienstes zu erfolgen. Hierfür darf je Gemeinde jeweils nur eine Rettungsorganisation in Vertrag genommen werden. Neben öffentlichen anerkannten Rettungs- und Beförderungsdiensten gibt es private Dienste, die zur Errichtung einer Bewilligung der jeweiligen Landesregierung bedürfen. Voraussetzung für die Anerkennung als Rettungsorganisation ist, dass sie ihren Sitz im jeweiligen Bundesland hat, gemeinnützig tätig ist und ihre Aufgaben mit überwiegend ehrenamtlich tätigen Mitgliedern besorgt, zu keinen Bedenken gegen die Verlässlichkeit der für sie handelnden Organe Anlass gibt, und über genügend ausgebildetes Fach- und Begleitpersonal, eine ausreichende Zahl von geeigneten Krankentransportmitteln sowie über eine geeignete Einsatzstelle und die erforderlichen sonstigen Einrichtungen verfügt (vgl. Pöttler, 2012, 119ff.).

Für die Inanspruchnahme eines Beförderungsdienstes ist eine Gebühr zu entrichten, die von der jeweiligen Landesregierung abgesegnet sein muss. Diese wird grundsätzlich für sozialversicherte Personen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ist diese nicht zur Leistung verpflichtet, ist die Gebühr vom Betroffenen selbst zu entrichten. Missbräuchliche Verwendung zieht eine Verwaltungsstrafe nach sich. Zusätzlich sind die auflaufenden

Transportgebühren sowie zusätzlich anfallender Schaden zu ersetzen (vgl. Pöttler, 2012, 119ff.).

Seit im Jahre 1905 das erste Auto in den Dienst der Wiener Rettung gestellt wurde, haben sich die Anforderungen an Rettungswagen im Laufe der Zeit stark verändert. Abhängig von der Einsatzart und Einsatzschwere kommen verschieden ausgestattete und personell besetzte Fahrzeuge für den Patiententransport zur Verwendung. Es gibt für Wien drei Stufen der rettungsdienstlichen Versorgung von Patienten. Diese sind der Krankentransportwagen, der Rettungstransportwagen und die notärztlichen Einsatzmittel Notarztwagen, Notarzteinsetzfahrzeug und Notarztthubschrauber (vgl. Frankl, 2008).

Qualifizierter Krankentransport – Krankentransportwagen (KTW)



Abb.4: KTW

Der Transport von kranken, verletzten und anderen hilfsbedürftigen Personen, die keine Notfallpatienten, aber auf eine Beförderung unter sachgerechter Betrauung angewiesen sind (vgl. Pöttler, 2012, 121).

Der Krankentransportwagen ist für den qualifizierten Transport und die sanitätstechnische Basisversorgung von Patienten geeignet, die nicht als Notfallpatienten eingestuft werden. Die Besatzung eines Krankentransportwagens besteht zumindest aus zwei Rettungssanitätern, einer dieser beiden ist als Fahrer, der andere als Patientenbetreuer vorgesehen. Es ist von Organisation zu Organisation unterschiedlich, ob dieses Rettungsmittel zu zweit oder zu dritt besetzt ist. Krankentransportwagen werden sowohl für den Transport von Patienten ins Krankenhaus als auch für Heimtransporte eingesetzt. Durch den Einsatz von Trage und Tragesessel kann man mit Hilfe eines KTW vor allem gehunfähigen Patienten den Weg zu jeglicher medizinischer Versorgung ermöglichen. Der Krankentransport ist vorrangig nicht als Primäreinsatzmittel gedacht, sondern vor allem für den Transport zu Nachuntersuchungen, den Heimtransport nach einem ambulanten oder stationären Krankenhausaufenthalt oder für chronisch Kranke, wie etwa

Dialysepatienten. Da sich aber auf diesem Rettungsmittel sehr wohl auch qualifiziertes Sanitätspersonal befindet, kann der Krankentransport auch zu Primäreinsätzen entsandt werden (vgl. Frankl, 2008).

Rettungstransport – Rettungstransportwagen (RTW)

Der Transport von verletzten, erkrankten oder vergifteten Personen (vgl. Pöttler, 2012, 121).

Abb.5: RTW



Der Rettungstransportwagen ist der Hauptbestandteil des Wiener Notfallrettungswesens. Dieser Typ von Einsatzfahrzeug ist bei allen Wiener Organisationen des Rettungsverbundes mit drei Personen besetzt.

Bei den Vier für Wien besteht die Besatzung aus zumindest einem Notfallsanitäter mit oder ohne Notfallkompetenzen, der als erster Sanitäter an Bord des Autos ist, und zwei Rettungssanitätern. Während ein Krankentransportwagen oft nur das für die Leistung qualifizierter Erster Hilfe nötigste Material mit an Bord hat, sind Rettungstransportwagen für alle möglichen Arten von Einsätzen ausreichend ausgestattet. Auch wenn die Besatzung ausschließlich aus Sanitätern besteht, sind Rettungstransportwagen bei allen Organisationen mit Notfallmedikamenten, EKG und einer Beatmungsmaschine bestückt, so dass ein alarmierter Notarzt jederzeit zusteigen kann und somit eine optimale Patientenbetreuung gewährleistet ist (vgl. Frankl, 2008).

In Wien wird bei Notarzteinsätzen meist im so genannten „Rendezvous- System“ gearbeitet. Ein Rettungstransportwagen und ein Notarzteinsatzfahrzeug werden gleichzeitig alarmiert und treffen einander am Einsatzort. Dies hat den Vorteil, dass der Notarzt direkt nach der Erstversorgung und der Stabilisierung des Patienten, sofern er nicht auch für den Transport ins Krankenhaus benötigt wird, wieder einsatzbereit ist. Die meisten Transporte nach einem Notarzteinsatz können allerdings ohne Anwesenheit des Arztes durchgeführt werden (vgl. Frankl, 2008).

Die meisten Rettungstransportwagen der Stadt Wien stellt die Magistratsabteilung (MA) 70. Sie wird aber zu jeweils verschiedenen Tages- und Nachtzeiten von den Organisationen der Vier für Wien unterstützt (vgl. Frankl, 2008).

Einsätze für sämtliche Rettungstransportwagen der Gemeinde Wien und der privaten Organisationen, werden über die Notrufnummer 144 vom Journal der Wiener Rettung entgegengenommen und an die einzelnen Fahrzeuge weitergegeben. Die Autos sind in den Rettungsstationen ihrer jeweiligen Organisation, die über ganz Wien verteilt sind, stationiert. Diese über die Jahre gewachsene Verteilung auf die ganze Stadt bietet eine gute Grundlage für eine möglichst effektive Disposition der Notfallrettungsmittel (vgl. Frankl, 2008).

Notärztliche Einsatzmittel

Es ist finanziell und personell nicht möglich jedes Fahrzeug der Wiener Rettung und der Organisationen der vier für Wien mit einem eigenen Notarzt zu besetzen.

Außerdem ist dies auch nicht notwendig, da die meisten Patienten von ausgebildeten Sanitätern auf jeden Fall ausreichend versorgt werden können. Um aber bei Einsätzen, die über die Fähigkeiten, und vor allem Kompetenzen eines Sanitäters hinaus gehen, einen Notarzt zum Einsatzort bringen zu können, gibt es diverse Einsatzmittel, die fix mit einem Notarzt besetzt sind. Man unterscheidet bei diesen zwischen boden- und luftgebundenen Einsatzmitteln. Als Bodengebundene gelten der Notarztwagen und das Notarzteinsetzfahrzeug und als Luftgebundenes gilt der Notarzteinsetzhubschrauber (vgl. Frankl, 2008).

Notfalltransport – Notarzteinsetzwagen, Notarzteinsetzfahrzeug (NAW, NEF)

Die notärztliche Versorgung am Notfallort und der Transport von verletzten, erkrankten oder vergifteten Personen, bei denen lebensbedrohliche Störungen der lebenswichtigen Funktionen eingetreten sind (vgl. Pöttler, 2012, 121).

Der Notarztwagen ist von Typ und Ausstattung her mit einem Rettungstransportwagen vergleichbar. Die Besatzung besteht bei allen Organisationen im Wiener Rettungsverbund aus einem Notarzt und drei Sanitätern, zumindest einer davon, der Chefsanitäter an Bord, muss Notfallsanitäter mit oder

ohne Notfallkompetenzen sein, die anderen beiden sind zumindest Rettungssanitäter. Ein Notarztwagen ist somit auch von der Besatzung her vergleichbar mit einem Rettungstransportwagen plus einen fixen Arzt. Der große Unterschied zum Rettungsarztwagen, ist, dass der Arzt am Transport ins Krankenhaus auf jeden Fall teilnimmt und nicht gleich wieder für einen nächsten Notfall einsatzbereit ist (vgl. Frankl, 2008).

Falls der Notarzt direkt nach der ärztlichen Erstversorgung wieder für einen nächsten Einsatz benötigt wird, besteht die Möglichkeit einen Rettungstransportwagen nach zu alarmieren, der den Patienten selbständig, ohne Arzt, zur klinischen Versorgung transportiert. Dies kostet allerdings auch einiges an Zeit, in der, der Notarztwagen nicht anderweitig eingesetzt werden kann. Aus diesem Grund stellte die Wiener Rettung während der letzten Jahre kontinuierlich von Notarztwagen auf Notarzteinsatzfahrzeuge um. Sämtliche private Organisationen, fahren derzeit für die Wiener Rettung im Notarztwesen ausschließlich mit Notarztwagen (vgl. Frankl, 2008).

Abb.6: NEF



Das Notarzteinsatzfahrzeug ist mittlerweile das von der Gemeinde Wien am Meisten eingesetzte Fahrzeug für Notarzteinsätze. Es ist normalerweise ein Kombinationskraftwagen mit zwei Personen als Besatzung, einem Notarzt und einem Sanitäter. Als Fahrer werden fast ausschließlich Notfallsanitäter mit oder ohne

Notfallkompetenzen eingesetzt, die dann auch für die Arztassistenten zuständig sind. Das Notarzteinsatzfahrzeug wird bei manchen Einsatzindikationen auch ohne Rettungstransportwagen als Primärfahrzeug zum Einsatzort entsandt. Wenn sich am Berufungsort herausstellt, dass der Notarzt vor Ort doch nicht genug für den Patienten machen kann, um ihn zu Hause zu belassen, muss er einen Transport in ein Krankenhaus veranlassen. Für diese Transferierung kann er entweder einen Rettungstransportwagen oder einen Krankentransportwagen alarmieren. In vielen Fällen reicht allerdings eine Behandlung vor Ort aus, der Patient kann nach der Intervention zu Hause bleiben und der Notarzt ist relativ rasch wieder einsatzbereit (vgl. Frankl, 2008).

Das Notarzteinsetzfahrzeug eignet sich besonders für die Stadt und den doch sehr häufig auftretenden starken Verkehr, da es kleiner und wendiger ist als ein Notarztwagen und somit schneller am Einsatzort eintreffen kann (vgl. Frankl, 2008).

Rettungsflug (Primäreinsatz) – Notarzthubschrauber (NAH)

Der Einsatz von Luftfahrzeugen zum Transport von Rettungspersonal, zur Mitwirkung an der Rettung selbst oder zum Transport der Notfallpatienten in die medizinisch zuständige Krankenanstalt oder der gefährdeten Person aus dem Gefahrenbereich (vgl. Pöttler, 2012, 121).

Abb.7: NAH C9



Der Notarzthubschrauber ist ein luftgebundenes Notarzteinsetzmittel. In Wien ist seit 1. April 2001 der Hubschrauber „Christophorus 9“ des ÖAMTC für Einsätze aller Art zuständig. Christophorus 9 ist, im Opel Werk in Wien Aspern stationiert. Die Besatzung eines Notarzthubschraubers besteht aus

einem Piloten des ÖAMTC, sowie einem Notarzt und einem Notfallsanitäter mit oder ohne Notfallkompetenzen, die beide von der Wiener Berufsrettung MA 70 gestellt werden. Einsetzbar ist der Notarzthubschrauber von Tagesanbruch bis kurz nach Sonnenuntergang und steht somit nicht für Einsätze in der Nacht zur Verfügung. Er wird wie jedes Einsatzmittel des Wiener Rettungs- und Notarztwesens von der Leitstelle der MA 70 disponiert und zu anfallenden Einsätzen geschickt (vgl. Frankl, 2008).

Ein Problem beim Einsatz eines Notarzthubschraubers in der Stadt ist die dichte Verbauung. Der Hubschrauber braucht Platz zum landen, den er nicht überall vorfindet. Er wird hauptsächlich am Stadtrand, auf den Wien umgebenden Autobahnen oder auf größeren Straßen in der Stadt selber eingesetzt. Falls er beim Einsatzort keine geeignete Landefläche vorfindet, muss der Patient mit Hilfe eines Rettungstransportwagens zum nächstgelegenen Landeplatz gebracht werden, wo er dann in den Notarzthubschrauber umgelagert wird. Da dies sehr zeitintensiv ist,

werden Patienten im städtischen Bereich meistens in bodengebundenen Einsatzmitteln ins nächstmögliche Krankenhaus gebracht (vgl. Frankl, 2008).

Da die meisten der großen Krankenanstalten Wiens über einen eigenen Hubschrauberlandeplatz verfügen und Helikopter unabhängig vom täglichen Berufsverkehrsstau auf den Straßen einer Großstadt operieren können, ist der Notarzthubschrauber Christophorus 9 besonders für Nottransferierungen von Krankenhaus zu Krankenhaus geeignet (vgl. Frankl, 2008).

Wiener Rettungssystem und Wiener Rettungsorganisationen

Das Wiener Rettungswesen in seiner heutigen Form ist nicht theoretisch konzipiert und dann praktisch umgesetzt worden, sondern über viele Jahre gewachsen und durch kontinuierliche Veränderung und Anpassung an neue Gegebenheiten zu dem geworden, was es heute ist. Es hat in Wien schon immer ein mehr oder weniger funktionierendes Zusammenspiel von privaten und staatlichen, beziehungsweise staatsnahen Rettungsorganisationen gegeben (vgl. Frankl, 2008).

Die Organisationen im Rettungsverbund

Der Wiener Rettungsverbund besteht aus den Vier für Wien und der Wiener Berufsrettung, der MA 70. Die Vier für Wien setzen sich, aus den vier Rettungsorganisationen, dem Malteser Hospitaldienst Austria Bereich Wien, der Johanniter Unfallhilfe Österreich Landesstelle Wien, dem Wiener Roten Kreuz und dem Arbeiter Samariterbund Landesverband Wien zusammen. Dieser Zusammenschluss der Organisationen erfolgte 1998 um der neu aufkommenden Konkurrenz im Krankentransportwesen, wie etwa dem Grünen Kreuz, besser entgegenwirken zu können. Seither arbeiten die vier Organisationen im Rettungs- und Krankentransportwesen Wiens noch enger zusammen und können durch diese Überorganisation Außenstehenden gegenüber gemeinschaftlich auftreten. Die Organisationen des Rettungsverbundes sind berechtigt und verpflichtet in Wien Rettungs- und Notarzteinsätze zu fahren. Diese Einsätze werden im Auftrag der Wiener Rettung durchgeführt und über deren Journal disponiert (vgl. Frankl, 2008).

Studie 1 – Erhebung von Daten (Forschungstagebuch)

Dezember 2012 bis Juni 2013

Dienste insgesamt	27	100%
Tagdienste	11	59,20%
Nachtdienste	16	40,80%

Fahrzeuge insgesamt	27	100%
NAW	2	7,40%
RTW	23	85,20%
NKTW	2	7,40%

Einsätze insgesamt	141	100%
gerechtfertigte E.	75	53,20%
ungerechtfertigte E.	66	46,80%

Patienten am EO	140	99,30%
Kein Patient am EO	1	0,70%

Patienten insgesamt	140	100%
ad KH	113	80,70%
belassen, Revers	12	8,60%
Übergabe 141, KTW, SW	5	3,60%
Int. Unt.	10	7,10%

männlich	80	57,10%
weiblich	52	37,20%
Kind	8	5,70%

gehend	75	53,60%
sitzend	24	17,10%
liegend	41	29,30%
SW Begleitung	19	13,60%
NA Begleitung	17	12%

AMS	58	41,40%
Migrationshintergrund	60	42,90%

NACA I	19	13,60%
NACA II	61	43,60%
NACA III	45	32,10%
NACA IV,V,VI	14	10%
NACA VII	1	0,70%

Erste Hilfe vor Ort	63	100%
EH leisten +	31	49,20%
EH leisten -	32	50,80%

Einsatzcodes insgesamt	141	100%
A Codes	10	7,10%
B Codes	56	39,70%
C Codes	49	34,80%
D Codes	25	17,70%
E Codes	1	0,70%

31 – Bewusstlosigkeit, Ohnmacht (Beinahe-)	20	14,20%
32 – Sonstiges, Unklares Geschehen (Hilflose Person)	14	9,90%
33 – Anforderung von Rettungsmittel/ Einweisung	14	9,90%
06 – Atembeschwerden,	13	9,20%
17 – Sturz/ Absturz	13	9,20%
23 – Überdosis/ Vergiftung (Einnahme)	13	9,20%
26 – Kranke Person (Differentialdiagnose)	11	7,80%
25 – Psychiatrie/abnormes Verhalten/Suizidversuch	8	5,70%
10 – Brustschmerzen (nicht traumatisch)	8	5,70%
04 – Verbrechen/ Überfall/ Sexualdelikt	5	3,50%
12 – Krampfanfall	5	3,50%
Sonstige verfügbare Codes (1,2,3,5,7,8,9,11,13,14,15,16,18,19,20,21,22,24,27,28,29,30,34,37,42)	17	12,20%

Studie 2 – Interview

Fragenkatalog

Frage 1 – Kann die Politik beziehungsweise einzelnen Organisationen (Ärzttekammer, Krankenanstaltenverbund Wien, WGKK, 4 für Wien) Einfluss auf die derzeitige Situation nehmen und etwas verändern? Mit der Inseratenkampagne der MA 70 ist ein Schritt in Richtung Aufklärung der Wiener Bevölkerung geleistet worden. Soll es weitere Kampagnen geben und wie wirken diese auf die Wiener Bevölkerung?

Frage 2 – Die Medien titeln öfters „das Gesundheitswesen krank“! Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

Frage 3 – Wie sehen Sie die Wiener Präklinik? Sind sie mit der derzeitigen Situation zufrieden oder würden Sie etwas ändern? Gehen Sie im Speziellen auf die Notfallrettung von Wien und das Wiener Rettungswesen ein?

Frage 4 – Was ist für Sie die Präklinik von Wien beziehungsweise welche Institutionen sind in der Präklinik vorhanden?

Antworten Interview 1

Befragte Person:

Gerhard Schmalek, MSc, MBA

Notfallsanitäter NKI

Abteilungsleitung Notfallrettung

*Wiener Rotes Kreuz – Rettungs- Krankentransport-,
Pflege- und Betreuungsgesellschaft m.b.H.*

Frage 1

Die Politik könnte schon, nur dürfte dann Gesundheitspolitik nicht mehr Ländersache sein, wie man z.B. an der Spitalslandschaft sieht. Jedes Bundesland kocht sein eigenes Süppchen, dies kann man sogar in manchen Bundesländern bis auf eine Einheit Spital herunter brechen, sensationell. Dazu kommt noch die Standortwahl, wo an Landesgrenzen zwei Spitäler stehen (z.B. Burgenland – Niederösterreich, beziehungsweise Niederösterreich – Steiermark). Dieses Prinzip ist bei den Rettungsdiensteanbietern, den Krankenkassen, Pflegeeinrichtungen und Ärztekammern genau so anwendbar.

Inseratenkampagne macht schon Sinn als Aufklärungsarbeit an der Bevölkerung, dadurch steigert aber sich nicht die monetäre Leistung der Kasse und die Prävention liegt meiner Meinung nach nicht im Aufgabenbereich der Rettungsdiensteanbieter.

Frage 2

Zu viele Krankenkassen und deren Machteinfluss, obwohl sie Dienstleister an jeden Beitragszahler sind. Kennen jedoch die Patienten nur oberflächlich. Dem Hausarzt der den Patienten kennt, nimmt man die Kompetenz. Zusätzlich kommt es zu Doppelgleisigkeiten zwischen präklinischer und klinischer Versorgung. Auch hier fehlen meiner Meinung nach Anreize von den Verantwortlichen für Prävention.

Frage 3

Österreichweit gesehen nimmt Wien eine Vorreiter Rolle ein. Die Notfallrettung arbeitet auf sehr hohem Niveau und nutzt als einziges Bundesland die gesetzlichen Rahmenbedingungen des SanGs hochwertig aus. Die kurzen Wegstrecken spielen Wien natürlich in die Karten. Als Verbesserungswürdig befinde ich die

Bettenorganisation von schwer kritischen, lebensbedrohlich Erkrankten und Verletzten. Da gibt es Wartezeiten die sind absurd, der Patient ist präklinisch austherapiert und wartet auf eine Akutintervention (PTCA, Stroke Unit, Entgiftung, Schockraum) im Spital, doch aus diversen Gründen gibt es Unterbringungsprobleme in den Spitälern. Obwohl man weiß, Zeit ist muscle and brain!

Ein großes Spektrum der Versorgung bedarf es an schmerzhaften Krankheitsbildern am Bewegungs- und Stützapparat, es besteht zur Zeit für diese Patientengruppe nur die Versorgung durch Interne und Unfallchirurgie. Keine Orthopädie also keine fachliche Versorgung.

Die Belassung eines Patienten durch qualifiziertes Rettungspersonal (Notfallsanitäter) wird von den Krankenkassen nicht bezahlt, die Folge ist eine Spitalseinweisung damit es eine Kostenerstattung für den Rettungsdienst gibt. Es entstehen dadurch enorme Kosten im Gesundheitswesen, die Spitäler müssen sich auch absichern und Versorgen diese Patientengruppe mit sämtlichen Diagnostik (z.B. Labor, Radiologie, fachärztlicher Konsiliar).

Der Ärztekundendienst ist im System autonom, könnte aber durch Integration ins bestehende System der Leitstelle 144 wesentlich effizienter betrieben und genutzt werden. Synergien gehen nicht verloren, hier ein typisches Beispiel von Doppelgleisigkeiten (Zwei Leitstellen, Fuhrparks, medizinisches Material, Lagerwirtschaft).

Frage 4 a

Alle qualifizierten und anerkannten Krankentransport- und Rettungsdienste. Alle Hausärzte, Fachärzte (z.B. Internisten, Orthopäden, Schmerztherapeuten), Ärztekundendienst sowie das Mobile Hospiz.

Frage 4 b

Alle qualifizierten und anerkannten Krankentransport- und Rettungsdienste, Hausärzte, Ärztekundendienst, Mobile Hospiz, nichtqualifizierte Krankentransport Unternehmen.

Antworten Interview 2

Befragte Person:

Univ.- Ass. Mag. iur. Maximilian Burkowski

*ehrenamtlicher Rettungssanitäter Wiener Rotes Kreuz, Rotes Kreuz Oberösterreich
Institut für Zivilrecht, Universität Wien*

Frage 1

Meiner Einschätzung nach Bedarf es gerade in Wien einer weiteren Aufklärung der Bevölkerung über die Unterschiede zwischen Rettung, Krankentransport, Ärztefunkdienst und Situationen in denen keine Rettung benötigt wird. Ein zusätzliches Problem ist sicher auch, dass in Wien im Gegensatz zu anderen Bundesländern (z.B. Oberösterreich) Rettungsdienst und Ärztefunkdienst (141) nicht von einer Leitstelle zentral disponiert werden. Dieses Informationsdefizit könnte aber durch entsprechende Informationskampagnen zumindest teilweise ausgeglichen werden. Keine Wirkung werden solche Kampagnen auf jene Personen haben, die den Rettungsdienst missbrauchen, um im Krankenhaus (vermeintlich) schneller dranzukommen. Neben allen medialen Informationskampagnen bieten sich meiner Meinung nach aber auch Erste Hilfe Kurse als brauchbare Plattform zur Information an (insbesondere für den Unterschied zwischen Rettungsdienst und Ärztefunkdienst). Hier könnte man im Laufe der Jahre auch (beinahe) die gesamte Bevölkerung über die Führerscheinkurse erreichen.

Zusätzlich zur Information der Bevölkerung kann eine Verbesserung der Situation aber auch durch eine organisatorische Reform und verbesserte Zusammenarbeit der Leitstellen erreicht werden. Aus meiner bisherigen Erfahrung zeigt sich vor allem, dass bei der Weitergabe von Notfällen erheblicher Informationsverlust entsteht, die Mannschaften mit unklaren Notfallbeschreibungen konfrontiert werden und teilweise um (scheinbare) Patienten nicht zu enttäuschen, sicherheitshalber die Rettung geschickt wird.

Frage 2

Die Medien nehmen den Trend und Befund wahr, dass ein Teil der Bevölkerung und gerade auch Angehörige der Gesundheitsberufe der Meinung sind, dass das Gesamtsystem Gesundheitswesen krankt. Zusätzlich verstärken gewisse Medien

diesen Trend noch und behindern auch die Diskussion durch reißerische Berichterstattung.

Meiner Erfahrung nach nimmt die Bevölkerung aber völlig unterschiedliche Aspekte des Gesundheitssystems als nicht zufriedenstellend war. Dementsprechend berichten aber auch die Medien über gänzlich verschiedene „Baustellen im Gesundheitswesen“

(im weiteren Sinn): Pflegekrise, übermäßige Belastung von Ärzten, insbesondere Turnusärzten, mangelnde Erreichbarkeit von Hausärzten am Wochenende (insbesondere im städtischen Umfeld), keine Fachärzte am Wochenende, zu volle Ambulanzen, zu wenige Ärzte für den Nachtdienst im Krankenhaus, zu lange Wartedauer bei Fachärzten (z.B. Augenarzt), „2- Klassen Medizin“, transparente Operationslisten.

Dies zeigt aber auch, dass in der Tat das Gesamtsystem Probleme aufweist. Der Problemkreis „mangelnde Erreichbarkeit von Hausärzten, zu volle Ambulanzen, keine Fachärzte am Wochenende, zu wenige Ärzte im Nachtdienst, Wochenenddienst im Krankenhaus“ lässt sich vermutlich nur durch eine Änderung des Systems erreichen. Dies bedarf aber einer Bestandsaufnahme, dann einer Strukturreform und auch entsprechender Information der Bevölkerung. Meiner Einschätzung nach ist aber in diesem Bereich der Gesetzgeber dringend gefordert.

Andere in den Medien benutzte Schlagwörter wie z.B. „2- Klassen Medizin“ bringen die Diskussion meiner Einschätzung nach nicht weiter, da völlig unterschiedliche Vorstellungen bestehen und in der Diskussion am Partner vorbeidiskutiert wird. Zusätzlich führen anscheinend auch Neuerungen wie z.B. ELGA zu einer gewissen Verunsicherung und werden teilweise als Verschlechterung wahrgenommen.

Keinen wirklichen Stellenwert in der Diskussion zum krankenden Gesundheitssystem nimmt der Rettungsdienst und Krankentransport ein. Dies liegt wohl an den verhältnismäßig geringen Kosten. Lediglich im Zuge der Wehrpflichtdebatte wurde kurz auch über den Rettungsdienst vor allem über die Finanzierbarkeit ohne Zivildienst diskutiert, allerdings ist diese Diskussion mittlerweile völlig verstummt. (Breitere) Diskussion über das Rettungswesen unter Politikern besteht anlassbezogen überhaupt nur in Tirol.

Frage 3

Im Bereich Ausstattung der Fahrzeuge und Ausbildung der Mitarbeiter steht die Notfallrettung in Wien im Österreich- Vergleich jedenfalls sehr gut da. Meiner Wahrnehmung nach führt aber das hohe Fahrtenaufkommen teilweise zu Unzufriedenheit der beruflichen (und teilweise auch der freiwilligen) Mitarbeiter.

Zu Problemen führt fallweise auch das Bettenallokationssystem. Insbesondere im Nachtdienst können sich sehr lange Anfahrtswege zu den Spitälern ergeben. Auch bei Spezialbetten (z.B. Brandverletzte) ergeben sich teilweise sehr lange Wartezeiten und dies behindert die optimale Versorgung. Bezogen auf die Übergabe der Patienten im Krankenhaus existiert kein einheitlicher Standard. Dies führt meiner Einschätzung nach zu Missverständnissen, Unsicherheiten und insgesamt einer sehr unterschiedlichen Qualität der Patientenübergabe. Gerade dieser Schnittstelle sollte vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Frage 4

Die Präklinik besteht nach meinem Verständnis aus allen Einrichtungen die der Versorgung von Notfallpatienten außerhalb von Spitälern dienen. Neben dem Rettungsdienst (144) (MA 70, Vier für Wien) gehört auch der Ärztefunkdienst (141), sofern Notfallpatienten behandelt werden, zur Präklinik. Auch von niedergelassenen Hausärzten werden wohl fallweise kritisch erkrankte, krankenhauspflichtige Patienten in den Ordinationen behandelt.

Zusätzlich zum organisierten System der Präklinischen Versorgung darf aber nicht auf die Bedeutung der (oft zufällig anwesenden) Ersthelfer vergessen werden.

Antworten Interview 3

Befragte Person:

Dr. med. Andreas Hochfelner

Notarzt (ÖÄK- Diplom), Arzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin (ÖÄK- Diplom)

CARITAS Erzdiözese Wien

*Wiener Rotes Kreuz – Rettungs- Krankentransport-,
Pflege- und Betreuungsgesellschaft m.b.H.*

Frage 1

Die Politik unter anderem Organisationen können 100pro Einfluss nehmen, ob Insekte sinnvoll sind, kann ich kaum beurteilen, mir ist nur vage in Erinnerung, einmal (sinngemäß) gelesen zu haben, nur in wirklichen Notfällen 144 zu rufen, ob es etwas bringt? Dies müsste man zahlenmäßig auswerten.

Frage 2

Sparen am falschen Platz, zu wenig Personal.

Frage 3

Die derzeitige Situation ist sicher verbesserungswürdig, mobile Dienste sollten zur Kostenreduktion wesentlich mehr gefördert werden, niedergelassene Ärzte haben sicher ein schweres Los, in die Notfallrettung hab ich schon länger wenig Einblick, mir gefiel das NAW- System sehr gut.

Frage 4

Für mich besteht die Wiener Präklinik aus mobilen Diensten (pflegerisch, ärztlich, sozial), niedergelassenen Ärzten und Rettungsorganisationen.

Antworten Interview 4

Befragte Person:

Cand. med. Sebastian Huter

*ehrenamtlicher Notfallsanitäter NKV, Wiener Rotes Kreuz, Rotes Kreuz Salzburg
Medizinstudent im letzten Abschnitt*

Frage 1.1

Selbstverständlich können die betroffenen Institutionen und die Politik etwas verändern. Erstere nicht zuletzt auch durch Lobbying in Richtung Politik, aber auch durch eigene Aktionen.

Wichtig wäre jedoch, dass nicht einzelne Organisationen für sich versuchen etwas zu verändern sondern dies eine Kooperation auf breiter Basis ist. Aktionen, Maßnahmen und Kommunikationsstrategie müssen miteinander abgestimmt werden, um eine sinnvolle und effektive Wirkung zu entfalten.

Frage 1.2.

Die Wirkung kann ich leider nicht beurteilen, da ich momentan nicht in Wien bin und die Kampagne nicht kenne. Prinzipiell halte ich Informationskampagnen für die Bevölkerung über die Funktionen und Leistungen der jeweiligen Einrichtungen im Gesundheitssystem für sinnvoll. Man kann aber durchaus Fragen, ob nicht auch eine systematische Evaluierung solcher Kampagnen möglich wäre, um so auch die Beste Art der Intervention herauszufinden.

Frage 2

Die Medien titeln das wohl, weil es diverse Organisationen (wie z.B. die Ärztekammer) so aussenden. Die Frage ob das Gesundheitssystem krankt ist meiner Meinung nach klar mit „JA“ zu beantworten. Es mangelt an Zentralisierung, klaren Verantwortlichkeiten und einer funktionierenden Schnittstellenkoordination. Dadurch sind oft Zuständigkeiten nicht klar und Aufgaben nicht optimal aufgeteilt, was zu einer schlechten ineffizienten Nutzung der Ressourcen führt und damit zu vermehrter Belastung des Personals und insgesamt auch schlechterer medizinischer Versorgung. Letzteres beinhaltet wohl oft auch eine „Überversorgung“, da Patienten zum Teil hospitalisiert werden die eigentlich im niedergelassenen Bereich behandelt

werden könnten. Jedoch weiß man aus Studien, dass eine Hospitalisierung auch mit einer höheren Morbidität und Mortalität verbunden ist, da mehr Untersuchungen und Interventionen durchgeführt werden die eventuell nicht notwendig sind aber auch mit einem Risiko verbunden sind.

Sieht man sich die Verantwortlichkeiten im Gesundheitssystem an, sieht man sehr schnell, dass viel zu viele Institutionen daran beteiligt sind. Der Bereich der niedergelassenen Primär- und Sekundärversorgung ist Aufgabe der Sozialversicherungen, während der Spitalssektor hauptsächlich Aufgabe der Länder ist, wobei bei Universitätsspitalern auch der Bund beteiligt ist. Siehe am Beispiel AKH Wien.

Die präklinische Versorgung fällt sowohl in den Bereich der Sozialversicherungen als auch in die Zuständigkeit der Länder, wobei die Interessen hier nicht immer die Selben sind. Bestes Beispiel dafür ist oder war die Tatsache, dass Patienten einen Rettungseinsatz zahlen mussten, wenn sie nicht ins Spital eingeliefert wurden, jedoch nicht zahlen mussten wenn sie mitfahren. Vor allem bei augenscheinlichen Bagatell- Fällen, ist dies ein eindeutiger Anreiz, Patienten zu hospitalisieren obwohl dies medizinisch nicht indiziert und damit höchst unökonomisch ist, wobei die Kosten aber bei den Ländern blieben und nicht direkt bei den Sozialversicherungen.

Durch die starke Verteilung von Verantwortlichkeiten scheinen viele Probleme auch gerne auf andere abgeschoben zu werden und die Schnittstellenkoordination wird wahrscheinlich erschwert.

Frage 3.1

Die Präklinische Notfallversorgung erscheint mir von guter Qualität.

Frage 3.2

Notrufe werden zu wenig in echte Notfälle und keine Notfälle differenziert. Vor allem bei wenn es sprachbedingte Verständigungsschwierigkeiten zwischen Anrufer und Disponenten gibt, scheinen Anrufe oft als dringender eingestuft zu werden, als dies der Fall ist. Des weiteren gibt es wahrscheinlich zu wenig Möglichkeiten, nicht dringende Fälle bereits durch die Leitstelle aber auch am Einsatzort an andere Dienste zu delirieren (z.B. Ärztefunkdienst, Akutpflegedienste, psychosoziale Dienste) und somit eine Versorgung anzubieten, die eher dem Bedarf entspricht. Zum Teil beruht dies sicher auch auf Ressourcenknappheit, so scheint der

Ärztefunkdienst an Wochenenden chronisch überlastet zu sein. Andererseits gibt es hier aber sicher auch noch Potential das durch bessere Koordination ausgeschöpft werden könnte.

Interessant wird sein, inwieweit die in der Gesundheitsreform vorgesehene Telefonhotline hier Abhilfe schaffen wird.

Frage 4

Entsprechend der realen Situation würde ich sagen, dass neben den Rettungs- und Krankentransportorganisationen (MA70, 4 für Wien) auch der hausärztliche Ärztefunkdienst eine wichtige Rolle spielt.

Nicht vergessen werden dürfen die Schnittstellen zu anderen ambulanten Versorgungsdiensten (z.B. psychosoziale Dienste, Gesundheits- und Sozialdienste) und zum intramuralen Bereich (z.B. Notaufnahmen).

Antworten Interview 5

Befragte Person:

Wolfgang Polt

Notfallsanitäter NKV

*Wiener Rotes Kreuz – Rettungs- Krankentransport-,
Pflege- und Betreuungsgesellschaft m.b.H.*

Frage 1

Hauptsächlich die Politik und die Medien können etwas bewirken. Folder die in speziellen Einrichtungen wie Krankenhaus, Ordination aufliegen, werden nicht wirklich ernst genommen, und auch nicht verstanden. Mehr Aufklärungen der Bürger wann ich wen aufsuchen soll ist dringend notwendig. Erst letzten Dienst hatte ich einen Patienten (Leberpunktion) der nur mit der Rettung wöchentlich ins Krankenhaus fährt weil er glaubte, dass nur die Rettung in ein Krankenhaus fahren darf. Privat ins Krankenhaus zu kommen ist nicht erlaubt. Deswegen ruft er ca. zweimal die Woche 144 und lässt sich in sein Krankenhaus bringen obwohl er mobil ist. Die Kosten werden durch die Krankenkassa ersetzt weil es seine Diagnose zulässt.

Frage 2

Wie schon oben beschrieben: dort krankt es. Auch involvierte Mitarbeiter in diesem System wie Schwestern, Pfleger, Ärzte und so weiter kennen nicht einmal den Unterschied zwischen Krankentransport und Rettung. Auch stark eingebürgert hat sich seit Jahrzehnten, dass dem Patient gesagt wird, er soll wenn er wieder kommt die Rettung rufen. Das Wort Rettung wird als Überwort für alle möglichen Transportmöglichkeiten verwendet. Diese Möglichkeiten sind natürlich unterschiedlichster Größe der Bezahlung und wegen „Rufen´s die Rettung“ wird auf das teuerste dieser Möglichkeiten zurück gegriffen.

Frage 3

Als Präklinik bezeichnet man die Erkrankung, in der der Patient noch keine Symptome verspürt. Dies ist natürlich auch mit reichlich Kosten verbunden. Das man auf einen Patient eingehen soll und ihn ernst nehmen soll, ist selbstverständlich, aber

eigentlich kommen dabei nur Situationen zum Vorschein, die der Eigenabsicherung dienen. Zum Beispiel ein mobiler Patient fährt mit Rettung ins Krankenhaus, Aufnahmearzt schickt ihn zu Akut CT, Labor, Medikamentengabe, manchmal auch Heimtransport mit KTW. Fakt: Beahlt wird die Rettung, das Krankenhaus und der Krankentransport. Es stellt sich heraus, dass der Patient seit 20 Jahren an Wirbelsäulenschmerzen leidet und nichts zur Verbesserung seines Zustandes beisteuert (Physiotherapie), und dies wird alles von der GKK bezahlt. Und genau dort krankt dieses System. Trotz Versicherung sollten die Patienten einen Selbstbehalt erhalten, nach Genesung kann der Erkrankte bei der zuständigen GKK vorstellig werden und dort wird durch einen Chefarzt entschieden, ob z.B.: dieser Transport gerechtfertigt war.

Frage 4

Es gibt viele Möglichkeiten in der Präklinik in Wien wie den Ärztesekundendienst oder den Hausarzt. Aber wie unter Punkt 1 erwähnt, wird es von der Bevölkerung nicht richtig genutzt, da sie von der Politik eigentlich in ihren Taten unterstützt werden, als sie aufzuklären, was wann aufzusuchen ist. Nur mit mehr Werbung und mehr Kosten für den Patient selbst, kann man dieses System ausreichend, kostendeckend und sinnvoller benutzen.

Antworten Interview 6

Befragte Person:

Andreas Zajicek

Wiener Rettungsakademie Akademieleiter

Rettungsdienstleiter- Stellvertreter

Magistratsabteilung 70 – Berufsrettung Wien

Frage 1

Meiner Meinung nach können einzelne Organisationen die derzeitige Situation nicht verändern. Inseratenkampagnen, wie die der MA 70 sind meiner Meinung sinnlos und können eingespart werden. Die präklinischen Versorgungsangebote sind weder zeitgemäß noch ausreichend vorhanden und werden dadurch zu wenig genutzt. Außerdem würde eine präklinische Patientenversorgung (z.B. Ärztezentrum) eine höhere finanzielle Belastung darstellen. Das bedeutet, dass meiner Meinung nach ein neues Versorgungs- und Finanzierungskonzept erstellt werden muss.

Frage 2

Stark ansteigende Kosten bei gleich beziehungsweise schlechterer Patientinnen und Patienten Versorgung. Die Frage wie lange dieses System finanziert werden kann.

Frage 3

Irgendjemand muss einem Patienten mitteilen, dass er nicht krank beziehungsweise so schwer krank ist, dass er in einem Spital aufgenommen werden muss. Diese Triage wird zur Zeit in den Spitäler durchgeführt und kostet gesamtgesehen viel mehr.

Ich denke, dass das Wiener Rettungswesen eines der Besten ist, würde allerdings sowohl die Notarztaus- und Fortbildung und die First Responder Alarmierung (KTWs) optimieren!

Frage 4

Die präklinische Patientenversorgung besteht aus praktischen Ärzten, Fachärzte, Ärztefunkdienst und dem Rettungsdienst.

Antworten Interview 7

Befragte Person:

Eduard Kompast

Notfallsanitäter NKI, PHTLS Instruktor, AMLS Instruktor, K- Zug Mitarbeiter

Offizier Stellvertreter und Lehrer Wiener Rettungsakademie

Magistratsabteilung 70 – Berufsrettung Wien

Frage 1

Dazu wäre erst einmal die Frage zu klären, was die „derzeitige Situation“ ist und worauf sich dieser Terminus bezieht?

Die Politik könnte Einfluss auf die „derzeitige Situation“ nehmen, wird, will es aber nicht tun weil:

a) Von der Politik der Bevölkerung vorgegaukelt wird, dass ja „eh Alles gut ist“ und die Bevölkerung keine Chance hat in die Internas einzublicken, diese auch gar nicht wissen will, denn für den einzelnen Bürger ist es nur wichtig, dass er eine Telefonnummer hat die er anrufen kann und kurze Zeit später wird ihm geholfen, wobei für ihn als Qualitätskriterium nur die Eintreffzeit interessant ist.

b) Die Politik kein Interesse hat ein System zu ändern, dass sie nach einer Änderung, nach Meinung der Politiker, die nicht volkswirtschaftlich rechnen (können), nur teurer kommt. Dass dem nicht so ist, volkswirtschaftlich gerechnet, zeigen die Beispiele aus der Schweiz und Skandinavien, wo es flächendeckende Berufsrettungssysteme gibt, die positiv bilanzieren.

c) Die Politik augenscheinlich auch nicht die Macht hat, das System zu ändern, Beispiel Tirol, wo ein Anbieter eines professionellen Rettungssystems von einer Bietergemeinschaft von lokalen Organisationen unter Verwendung falscher Zahlen und Prognosen aus dem Rennen gedrängt wurde und die Politik den gewünschten Wechsel

zu einem professionellen Rettungssystem nicht durchführen konnte. Dies rächt sich mittlerweile, denn die falschen Zahlen führen jetzt zu einem hohem Defizit, was die Organisationen natürlich nicht kümmert, denn sie haben den Vertrag und das Land muss das Defizit tragen, eine österreichische Lösung (Wer zahlt es? Wir! Und die Organisationen lachen sich ins Fäustchen).

d) Die anderen Organisationen:

Ärztammer – ist nur an den Ärzten und nicht am RD interessiert, kann keine Notärzte zur Verfügung stellen und hat kein Interesse an einer Systemänderung.

Krankenanstellenverbund Wien – ist für das präklinische System praktisch nicht zuständig (Ausnahme Bettenkontingent).

WGKK – wird sich hüten etwas zu ändern, denn mit 80 EUR bis 90 EUR kommt der GKK ein Rettungseinsatz unvergleichlich billig.

4 für Wien – sind eine politische Werbeorganisation, die interne Wien- Werbung betreibt, aber sonst keinen Einfluss auf das System der präklinischen Versorgung hat.

Aus dem Vorangegangenen kommt es wahrscheinlich ziemlich deutlich hervor, dass ich ein Verfechter eines professionellen, das heißt nicht aus Freiwilligen oder Zivildienern bestehenden Rettungssystems für die Notfallrettung in Österreich bin.

e) Die Kampagne der Berufsrettung Wien bezog sich auf die Verwendung des Rettungsdienstes durch die Bevölkerung, diese Kampagnen sind nur erfolgreich wenn sie, wie das Beispiel London Ambulance zeigt, zu einer ständigen, über Jahrzehnte gehenden Kampagne umgebaut werden.

Frage 2

Weil es doch ab und an Journalisten gibt die rechnen können und die Situation zum Teil überblicken. Das Gesundheitswesen krankt dergestalt, dass wir Hochtechnologiemedizin betreiben, unser Budget dies aber nicht mehr lange zulassen wird. Sobald der Altersknick voll zuschlägt und die Bevölkerung endgültig überaltert ist, also in den nächsten 20 Jahren, wird dieses System nicht mehr finanzierbar sein.

Die Politik verschließt natürlich, wie immer, geflissentlich die Augen vor dem drohenden Ärztemangel (auch die Ärzte werden älter) und vor der Nichtexistenz von ausreichendem Pflegepersonal für die Altenbetreuung. Somit titeln die Journalisten sehr richtig.

Frage 3

Die präklinische Versorgung der Wiener Bevölkerung steht im internationalen Schnitt gesehen auf einem hohen Niveau. Mit der „derzeitigen Situation“ (schon wieder) soll man nicht zufrieden sein, denn es gibt immer Verbesserungen. Unter leichter

Veränderung eines bekannten Ausspruches über das Lernen: „Verbesserungen sind wie das Schwimmen gegen eine Strömung, hörst Du auf, dann treibst Du ab!“

Die Innovationen, Studien und präklinischen Vorgehensweisen, die von der Rettungsakademie der Berufsrettung Wien in Zusammenarbeit mit der Notfallaufnahme AKH ausgearbeitet werden, sind richtungsweisend und es ist bedauerlich, dass die anderen im Rettungsverbund mitarbeitenden (4 für Wien) Organisationen bei diesen Anstrengungen nicht mitziehen und auch die Ergebnisse oder Neuerungen nicht, oder nur sehr schleppend übernehmen. Es ist ja nicht einmal zu schaffen, dass die Freiwilligenorganisationen dieselben Fahrzeugtypen und Ausrüstungen flächendeckend in Wien, nur für die Notfallrettung wohlgermerkt, übernehmen. Hier gibt es offensichtlich kein Interesse an einer Zusammenarbeit.

Eine Auswirkung des derzeitigen Mangels an Notarzt Personal ist die weiterführende Ausbildung der Sanitäter, es wird von der Berufsrettung Wien eine weitere Ausbildungsstufe nach dem Notfallsanitäter NKI angestrebt, was natürlich wieder zu Problemen mit den anderen Organisationen führen wird.

Ich polemisiere jetzt ein bisschen, was auf die schon fortgeschrittene Uhrzeit zurückzuführen ist. Jeder bäckt seinen eigenen Kuchen, was ja auch aus den unterschiedlichen Richtlinien der verschiedenen Organisationen ersichtlich ist, jeder glaubt, das Rad neu erfinden zu müssen, was aber verständlich ist, denn wo kämen wir hin, wenn sich die Rettungsdienstorganisationen nicht unterscheiden würden, dann wüsste man ja nicht, wo er sich für seine freiwillige Tätigkeit hinwenden soll, wie bei den politischen Parteien, Unterschied muss sein.

Frage 4

Erste Hilfe, AED Einsätze, Berufsrettung Wien, 4 für Wien und die Polizei.

Studie 3 – Inserate

Die WienerInnen und Wiener
sind bestens versorgt!



- bei der Wiener Rettung arbeiten 674 MitarbeiterInnen, davon 68 ÄrztInnen und 539 SanitäterInnen
- 19 NotärztInnen sind ständig im Einsatz
- 61 Einsatzfahrzeuge und 1 Hubschrauber stehen zur Verfügung
- 176.000 Einsätze gab es im Jahr 2006, durchschnittlich sind das 485 Einsätze pro Tag

Impressum:
Medieninhaber und Herausgeber:
Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 70
1030 Wien, Radetzkystraße 1
Fotos: MA 70, Peter Rigaud
Druck: Grassl Druck & Neue Medien GmbH
2540 Bad Vöslau, Druckhausstraße 1

Wer hilft mir im Not- oder Krankheitsfall?

■ NOTFALL

Wiener Rettung 0-24 Uhr	Notruf 144
Ärztefunkdienst	141
Montag bis Freitag	19-7 Uhr
Samstag, Sonntag, Feiertag	0-24 Uhr



■ KEIN NOTFALL

Krankentransport 0-24 Uhr, z.B.

Arbeiter-Samariter-Bund	891 44
Die Johanniter	476 00
Rotes Kreuz	521 44
Malteser Hospitaldienst	536 350

Weiters stehen Ihnen ein flächendeckendes Netz an Haus- und FachärztInnen sowie in der Nacht und am Wochenende die Ambulanzen der Krankenhäuser zur Verfügung.

Lebens-Rettung für Wien



Rettung – Notruf 144



StoDt+Wien
Wien ist anders.

Abb.8: Lebens- Rettung für Wien



Die Profis der Berufsrettung:
800 MitarbeiterInnen sind für die WienerInnen 160.000 Mal im Jahr im Einsatz.

Wiener Berufsrettung: Leben retten ist unser Beruf!

In nur acht bis zwölf Minuten schafft es die Wiener Berufsrettung in Notfällen zu Ihnen – rund um die Uhr in ganz Wien. Geht's aber nicht um einen Notfall, sind vor allem andere zuständig.



**Wann rufe ich den
Ärztefunkdienst 141?**

- Bekommt etwa ein Kind am Wochenende Fieber, ist der Ärztefunkdienst 141 zuständig. Eine Ärztin bzw. ein Arzt kommt dann in Vertretung der Hausärztin bzw. des Hausarztes nach Hause.
- Mo–Fr 19–7 Uhr; Sa, So und feiertags rund um die Uhr

Wann rufe ich 144?

Unter 144 rettet die Wiener Berufsrettung Leben. Damit sie schnell zu Ihnen kommt, braucht sie Ihre Hilfe. Bitte überlegen Sie vor einem Anruf kurz, ob es sich um einen dringenden Notfall – wie zum Beispiel einen schweren Unfall, Atemnot oder Bewusstlosigkeit – handelt. Wenn nicht, rufen Sie besser den Ärztefunkdienst oder Krankentransport.

Das ist die Wiener Berufsrettung

- 800 MitarbeiterInnen
- 160.000 Einsätze im Jahr
- 300.000 Notrufe im Jahr
- 100 Einsatzfahrzeuge

Telefonnummer 144
täglich rund um die Uhr
www.rettung.wien.at

**Wann rufe ich den
Krankentransport?**

Wer einen Krankentransport benötigt, um etwa bettlägerige Menschen zur Untersuchung zu bringen, kann bei den Krankentransport-Organisationen anrufen. Mehr Infos unter „Krankentransport“ auf www.rettung.wien.at

**WIEN.
DIE STADT
FÜRS LEBEN.**



Sie interessieren sich für eine Tätigkeit bei der Wiener Berufsrettung als Notärztin bzw. Notarzt oder als Sanitäterin bzw. Sanitäter? Wir freuen uns über Ihre Bewerbung unter post@ma70.wien.gv.at.

Stadt Wien
Wien ist anders.

Abb.9: Wiener Berufsrettung: Leben retten ist unser Beruf!



Fotos: Berufsrettung Wien / NF 10, PID/Volova

Wiener Berufsrettung: Hilfe in wenigen Minuten

Durchschnittlich dauert es in Wien nur acht bis zwölf Minuten bis zum Eintreffen der Rettung. Handelt es sich aber nicht um einen Notfall, sind vor allem andere Organisationen zuständig.

Nicht immer ist im Notfall klar, welche Nummer zu wählen ist. Bei Unfällen, Atemnot oder Bewusstlosigkeit ist die Rettung

(☎ 144) die richtige Organisation, die helfen kann. Bekommt aber zum Beispiel ein Kind ausgeartet hohes Fieber und man braucht einen praktischen Arzt, dann ist der Ärztekundendienst – ☎ 141 – zuständig. Eine Ärztin bzw. ein Arzt kommt zu Hause vorbei und stellt bei Bedarf auch Rezepte aus.

Rettung ist kein Taxi mit Blaulicht
Fast 60 Rettungsfahrzeuge sind täglich für die rund zwei Millionen Wiener im Einsatz. Alle über den Notruf 144 einlangenden Hilferufe werden von der Leitstelle der Berufsrettung bearbeitet, wo die Rettungseinsätze gereiht und abgewickelt werden. Die Leitstelle schickt das nächstgelegene freie Fahr-

zeug an den Notfallort. Die Berufsrettung verwaltet auch die Spitalsbetten der Stadt Wien und sorgt so für eine optimale Bettenauslastung der einzelnen Spitäler. Aber: Die Rettung ist kein Taxi mit Blaulicht. Wer einen Krankentransport benötigt, um bettlägerige Menschen zur Untersuchung oder Therapie zu bringen, braucht keine Rettung, sondern muss direkt bei den Hilfsorganisationen, wie etwa dem Samariterbund, anrufen. Alles über die Wiener Berufsrettung: www.rettung.wien.at



ENTGELTLICHE EINSCHALTUNG

Notrufnummern

- **Rettung: 144**
täglich rund um die Uhr
www.rettung.wien.at
- **Ärztelinkdienst: 141**
täglich 19–7 Uhr, Sa, So und
Feiertag rund um die Uhr
- **Krankentransporte in weniger dringenden Fällen** direkt bei anderen Hilfsorganisationen (z. B. Samariterbund) anfordern



Abb.10: Wiener Berufsrettung: Hilfe in wenigen Minuten



Fotos: Berufsrettung Wien / NF 10; PD/Novova

Die Wiener Berufsrettung ist im Notfall für Sie da!

Die Profis der Wiener Berufsrettung sind in lebensbedrohlichen Situationen für die WienerInnen da. 365 Tage im Jahr und rund um die Uhr.

Die Wiener Berufsrettung ist eine Notfallorganisation der Stadt, die 365 Tage im Jahr 24 Stunden einsatzbereit sein muss. Mit rund 160.000 Einsätzen pro Jahr erfüllen die 800 MitarbeiterInnen den landesgesetzlichen Auftrag zur Aufrechterhaltung der für die Bevölkerung Wiens erforderlichen Rettungsleistungen.

Wer hilft wann?

Bei Unfällen, Atemnot oder Bewusstlosigkeit ist die Rettung die richtige Organisation, die helfen kann. In nur acht bis zwölf Minuten schafft es die Wiener Berufsrettung zu jedem Unfallort in Wien. Darauf können wir uns im Notfall immer verlassen. Aber: Die Rettung ist kein Taxi mit Blaulicht. Wer einen Krankentransport benötigt, um bettlägerige Menschen zur Untersuchung oder Therapie zu bringen, braucht keine Rettung sondern muss direkt bei den Hilfsorganisationen anrufen.

Und bekommt etwa ein Kind ausgerechnet am Wochenende hohes Fieber, dann ist der Ärztefunkdienst – ☎ 141 – zuständig. Eine Ärztin bzw. ein Arzt kommt dann zu Hause vorbei.

Job bei der Wiener Rettung

Sie interessieren sich für eine Tätigkeit bei der Wiener Berufsrettung als Notärztin bzw. Notarzt oder als Sanitäterin bzw. Sanitäter? Schicken Sie Ihre Bewerbung per E-Mail an post@ma70.wien.gv.at. Alles über die Wiener Berufsrettung: www.rettung.wien.at

Notrufnummern

- **Rettung: 144**
täglich rund um die Uhr
www.rettung.wien.at
- **Ärztefunkdienst: 141**
täglich 19–7 Uhr, Sa, So und Feiertag rund um die Uhr
- **Krankentransporte in weniger dringenden Fällen** direkt bei anderen Hilfsorganisationen anfordern.



ENTGELTLICHE EINSCHALTUNG

Abb.11: Die Wiener Berufsrettung ist im Notfall für Sie da!



Seit 2001 fliegt der Notarzthubschrauber Christophorus 9 des ÖAMTC für die Wiener Rettung.

In der Leitstelle werden alle Einsätze koordiniert.

Foto: Berufsrettung Wien / NF 10; P.D./Votava

Wiener Berufsrettung: Hilfe in nur 8–12 Minuten

Durchschnittlich dauert es in Wien nur acht bis zwölf Minuten bis zum Eintreffen der Rettung.

Alle über den Notruf 144 einlangenden Hilferufe werden von der Leitstelle der Wiener Rettung bearbeitet, wo die Rettungseinsätze nach den Kriterien des NEF-Systems (Notarzt-Einsatz-Fahrzeugsystem) geordnet und abgewickelt werden.

In Wien sind täglich 15 Fahrzeuge mit Ärztin bzw. Arzt und 40 Rettungswagen ohne Ärztin bzw. Arzt für rund zwei Millio-

nen Wiener im Einsatz. Alle Rettungsfahrzeuge sind ständig im Einsatz. Sobald ein Fahrzeug frei wird, schickt es die Leitstelle an den nächsten Einsatzort. Die Wiener Rettung verwaltet auch die Spitalsbetten der Stadt Wien und sorgt so für eine optimale Bettenauslastung der einzelnen Spitäler.

Rettung ist kein Taxi mit Blaulicht
Nicht immer ist im Notfall klar welche Nummer zu wählen ist. Bei Unfällen, Atemnot oder Bewusstlosigkeit ist die Rettung (☎ 144) die richtige Organisation,

die helfen kann. Aber: Die Rettung ist kein Taxi mit Blaulicht. Wer einen Krankentransport benötigt, um bettlägrige Menschen zur Untersuchung oder Therapie zu bringen, braucht keine Rettung, sondern muss direkt bei den Hilfsorganisationen anrufen. Und bekommt etwa ein Kind ausgerechnet am Wochenende hohes Fieber, dann ist der Ärztefunkdienst – ☎ 141 – zuständig. Eine Ärztin bzw. ein Arzt kommt dann zu Hause vorbei. Alles über die Wiener Berufsrettung: www.rettung.wien.at

Notrufnummern

- **Rettung: 144**
täglich rund um die Uhr
www.rettung.wien.at
- **Ärztefunkdienst: 141**
täglich 19–7 Uhr, Sa, So und Feiertag rund um die Uhr
- **Krankentransporte in weniger dringenden Fällen** direkt bei anderen Hilfsorganisationen anfordern



ENTGELTLICHE EINSCHALTUNG

Abb.12: Wiener Berufsrettung: Hilfe in nur 8 bis 12 Minuten

Curriculum Vitae

ANGABEN ZUR PERSON

BALLNIK, Stefan Harald

 **5162 Obertrum am See / 1020 Wien (Österreich)**

 **+43 664 40 47 048**

 **stefan.ballnik@s.rotekreuz.at**

Geschlecht Männlich | **Geburtsdatum** 19. Juli 1987 | **Staatsangehörigkeit** österreichisch

BERUFSERFAHRUNG

01. Januar 2005 – 31. Dezember
2012

Turnierdirektion Tenniscamp Bergheim

Union TC Salzburg Bergheim
Plainbachstrasse 15, 5101 Bergheim (Österreich)

Organisation und Planung eines Tennisturniers, Turnierteilnehmer Betreuung,
Unterstützung des Turnierdirektors

Tätigkeitsbereich oder Branche Sportmanagement

10. Juli 2006 – 31. August 2006

Projektkoordination und Turnier Betreuung Caribbean Golf Challenge 2006, Allianz Future Tour 2006, World Corporate Golf Challenge 2006

S.E.A. Sport- und Eventmanagement Agentur
Ziegeleistrasse 32, 4020 Linz (Österreich)

Kundenbetreuung, Präsentationen, Sponsor Präsentationen, Terminvereinbarung,
Turnierabläufe, Turnierteilnehmer Betreuung

Tätigkeitsbereich oder Branche Marketing und Sportmanagement

19. September 2006 –
24. September 2006

Streckenkommandant Stv.

2006 UCI Road World Championships Salzburg
Schloss Mirabell, 5024 Salzburg (Österreich)

Koordination eines Streckenabschnitts mit Feuerwehr, Polizei, Rettung und
Zuschauer

Tätigkeitsbereich oder Branche Sportmanagement

01. Juli 2007 – 07. Januar 2008

Präsenzdienst

Österreichisches Bundesheer - Rainer Kaserne
Halleiner Landesstraße 24, 5061 Elsbethen- Glasenbach (Österreich)

Sanitäter in der Sanitätsanstalt Rainer Kaserne (SanA)

Tätigkeitsbereich oder Branche Präsenzdienst

01. September 2007 –
31. Juli 2014

Ehrenamtlicher Sanitäter (Notfallsanitäter)

Rotes Kreuz Salzburg - Dienststelle Mattsee
Fischingerstrasse 15, 5163 Mattsee (Österreich)

Sanitäter und Fahrer im Rettungs- und Krankentransport - Mitarbeiter beim Roten
Kreuz Mattsee Zug 5

Tätigkeitsbereich oder Branche Gesundheits- und Sozialwesen

01. Februar 2008 – Heute **Ehrenamtlicher Sanitäter (Notfallsanitäter)**
 Rotes Kreuz Salzburg - Dienststelle Salzburg Stadt
 Dr. Karl Renner Strasse 7, 5020 Salzburg (Österreich)
 Sanitäter und Fahrer im Rettungs- und Krankentransport - Mitarbeiter beim Roten Kreuz Salzburg Zug 7
 Tätigkeitsbereich oder Branche Gesundheits- und Sozialwesen
01. Februar 2008 – 30. Juni 2008 **Verkäufer im Golfsportfachhandel**
 Golfshop Ressel
 Kasernenstrasse 4, 5073 Salzburg/ Wals (Österreich)
 Beratung, Einkauf und Verkauf von Golfartikeln, Kundenberatung
 Tätigkeitsbereich oder Branche Einkauf und Verkauf
11. September 2008 – 30. September 2008 **Freelancer**
 ÖGARI - Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
 Höfergasse 1A/1/15, 1090 Wien (Österreich)
 Kongressmitarbeiter, Betreuung der Tagungsteilnehmer, Organisation und Planung
 Tätigkeitsbereich oder Branche Gesundheits- und Sozialwesen
13. Oktober 2008 – Heute **Ehrenamtlicher Sanitäter (Notfallsanitäter)**
 Wiener Rotes Kreuz
 Nottendorfer Gasse 21, 1030 Wien (Österreich)
 Sanitäter und Fahrer im Rettungs- und Krankentransport - Mitarbeiter beim Wiener Roten Kreuz - RKL-1; RKL-2; RKP-1; RKS-1
 Tätigkeitsbereich oder Branche Gesundheits- und Sozialwesen
01. Februar 2009 – 31. Dezember 2011 **Skilehrer**
 CSA Grillitsch und Partner
 Obertauern 71, 5562 Obertauern (Österreich)
 Kinder- und Erwachsenenskilehrer (Weihnachtsferien, Semesterferien, Osterferien)
 Tätigkeitsbereich oder Branche Tourismus
01. Januar 2011 – Heute **Freelancer**
 IRE Institut der Regionen Europas (IRE), gemeinnützige Privatstiftung
 Franz- Josef- Kai 1, 5020 Salzburg (Österreich)
 Mitarbeiter bei Konferenzen - Konferenz Europäischer Regionen und Städte (Linz 2011, Grafenegg 2012, Pamhagen 2013), Betreuung der Tagungsteilnehmer, Organisation, Planung und Logistik
 Tätigkeitsbereich oder Branche Internationale Politik und Europäische Union
25. November 2011 – 31. Juli 2014 **Jugendgruppenmitarbeiter**
 Jugendrotkreuz Jugendgruppe Mattsee
 Fischingerstrasse 15, 5163 Mattsee (Österreich)
 Jugendgruppenmitarbeiter und Schriftführer (bis November 2013) beim Jugendrotkreuz Jugendgruppe Mattsee - seit November 2013 Jugendgruppenleiter der Jugendgruppe Mattsee - Salzburger Landesmeister 2012 Kat. Jugend 1 (Erste Hilfe), Salzburger Vizelandesmeister 2014 Kat. Jugend 2 (Erste Hilfe)
 Tätigkeitsbereich oder Branche Gesundheits- und Sozialwesen

23. Mai 2012 – Heute

Lehrbeauftragter für Erste Hilfe

Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes
Safargasse 4, 1030 Wien (Österreich)

Lehrbeauftragter für Erste Hilfe, Führerscheinkurse, 8h Erste Hilfe Kurse, 16h Erste Hilfe Kurse

Tätigkeitsbereich oder Branche Gesundheits- und Sozialwesen

22. Mai 2013 – Heute

Lehrbeauftragter für Sanitätshilfe

Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes
Safargasse 4, 1030 Wien (Österreich)

Lehrbeauftragter für Sanitätshilfe, Anatomie und Physiologie, Angewandte Psychologie und Stressbewältigung, Berufsspezifische rechtliche Grundlagen, Defibrillation mit halbautomatischen Geräten, Erste Hilfe und erweiterte Erste Hilfe, Gerätelehre und Sanitätstechnik, Hygiene, Katastrophen, Großschadenereignisse, Gefahrgutunfälle, Notfälle bei verschiedenen Krankheitsbildern und zu setzende Maßnahmen, Praktische Übungen ohne Patientenkontakt, Rettungswesen, Spezielle Notfälle und zu setzende Maßnahmen, Störung der Vitalfunktion und Regelkreise und zu setzende Maßnahmen

Tätigkeitsbereich oder Branche Gesundheits- und Sozialwesen

31. Dezember 2013 – Heute

Lehrbeauftragter für Erste Hilfe

BFI Wien
Alfred-Dallinger-Platz 1, 1034 Wien (Österreich)

Lehrbeauftragter für Erste Hilfe für Ordinationsgehilfen

Tätigkeitsbereich oder Branche Gesundheits- und Sozialwesen

SCHUL- UND BERUFSBILDUNG

1993 – 2007

Abgeschlossene Matura im BORG SSM Salzburg - Schule für Leistungssportler

BORG SSM Salzburg,

Hauptfächer: Deutsch, Englisch, Französisch, Latein, Mathematik, Rhetorik, Sportkunde

Nebenfächer: Biologie, Chemie, Geografie, Geschichte, Informatik, Kunst, Musik, Philosophie, Physik, Psychologie, Religion

01. Oktober 2008 – 30. Juni 2011

Bachelorstudium Politikwissenschaft

Universität Wien,

Kernfächer: Politische Theorie und Ideengeschichte, Politisches System Österreichs und der EU, Vergleichende Analyse von Politik, Internationale Politik

Spezialisierungsmodule & Praxismodule: Internationale Politik und Entwicklung, Europäische Union und Europäisierung, Österreichische Politik, Staatstätigkeit, Policy- und Governanceanalysen, Internationale Organisationen

Wahlfächer: Österreichische Geschichte, Geschichte der Antike, Zeitgeschichte

Bachelor Arbeit: *Gaza Krieg - Nahost- Konflikt - Völkerrechtliche Sichtweise und politikwissenschaftliche Deutung*

01. Oktober 2011 – Heute

Masterstudium Politikwissenschaft

Universität Wien,

Pflichtmodul: Politikwissenschaftliche Grundlagen und Methoden

Spezialisierungen: Internationale Politik und Entwicklung, Österreichische Politik

Wahlfächer: Staatstätigkeit, Policy- und Governanceanalysen, Kultur und Politik

Masterarbeit: *„Präklinik Wien - eine kritische Analyse“ (Gesundheitspolitik)*

PERSÖNLICHE FÄHIGKEITEN

Muttersprache Deutsch

Weitere Sprachen

VERSTEHEN		SPRECHEN		SCHREIBEN
Hören	Lesen	An Gesprächen teilnehmen	Zusammenhängendes Sprechen	
Englisch C2	C2	C2	C2	C2
Französisch B1	B1	B1	B1	B1

A1&2: elementare Sprachverwendung - B1&2: selbstständige Sprachverwendung - C1&2: kompetente Sprachverwendung
Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen

Kommunikative Fähigkeiten Sehr guter Umgang mit Menschen, selbstbewusstes Auftreten, gute Rhetorik, Netzwerker

Organisatorische und Management Fähigkeiten Perfektes Zeitmanagement, Organisationstalent, selbständiges, sorgfältiges und kreatives Arbeiten, praktisch- analytische Fähigkeiten, Zuverlässigkeit, Verantwortungsbereitschaft

Berufliche Fähigkeiten Medizintechnisches Verständnis (rettungsspezifisch), Bereitschaft zur kontinuierlichen Fortbildung und Mitarbeit in der Forschung, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Belastbarkeit, Konzentration, hohe Flexibilität, Teamfähigkeit, Frustrationsfähigkeit, Stabs-, Grundsatz-, Strategie- und Planungsabteilungen von Organisationen und Institutionen auf lokaler, regionaler, nationaler, europäischer und internationaler Ebene insbesondere in Verwaltungen und politiknahen Einrichtungen

Computerkenntnisse Gesamte Office Paket und Mac, sehr gute Kenntnisse der gängigen Microsoft Office Tools, versierter Internetnutzer, Datenbanken

Sonstige Fähigkeiten Notfallsanitäter (NKV), Praxisanleiter für RS und NFS, Lehrsanitäter, PHTLS Advanced Provider, FKK1 (Führungskräftekurs RK Salzburg), Bereitschaft zur Mehrdienstleistung, auch an Wochenenden, sportmotorische Fähigkeiten, Golf (HCP: -2), Kapitän des Herrenteam Golf Club Gut Altentann, Jugend Golf Nationalkader (2003- 2006), Skifahren, Soldatensprecher während des Präsenzdienstes

Führerschein B, Rettungsführerschein (WRK)

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit zum Thema „Prälinik Wien: eine kritische Analyse“ gibt einen umfassenden Überblick über die aktuelle Situation im Bereich der Prälinik der Metropole Wien. Der Alltag der Prälinik wird dargelegt, die aktuelle Situation dem Leser näher gebracht. Mit Hilfe eines Forschungstagebuches, einer Analyse von Inseraten der Berufsrettung Wien (MA 70) sowie Interviews mit Mitarbeitern aus der Prälinik soll ein aktuelles Bild der Prälinik Wien und aller damit verbundenen Handlungs- und Entscheidungsträger gegeben werden. Die Wiener Bevölkerung gehört weiter über Erste Hilfe und medizinische Abläufe informiert und aufgeklärt.

Eine Notfallsituation ist für alle Beteiligten ein Chaos, welches nach Ordnung ruft und immer wieder eine neue Herausforderung darstellt. Die Spannung zwischen Evidenz und kaum Zugriff zu Patientendaten im Moment einer Notfallsituation ist kritisch zu analysieren. Ein Einblick in die bewährten Abläufe einer erfolgreichen Rettungskette wird im Detail gegeben. Fachbegriffe werden definiert und erläutert.

Auch für die Mitarbeiter der Prälinik Wien stellt die Arbeit eine tägliche Herausforderung dar. Aktuell ist Überforderung, hohe Belastung und Frustration erkennbar. Verbesserungsvorschläge werden in der Masterarbeit erörtert. Eine Optimierung kann nur erfolgen, wenn alle involvierten Akteure (Gesundheitspolitik, „4 für Wien“, Ärztekammer und Wiener Gebietskrankenkassa) gemeinsam nach Lösungen und Verbesserungen suchen. Nur so kann eine Gesellschaft eine effiziente und erfolgreiche Gesundheitsversorgung sicherstellen. Die Abläufe der Prälinik Wien funktionieren dem Grunde nach sehr gut. Fehlentwicklungen und Rettungsmissbrauch ist entschieden entgegenzuwirken.

Als Ausblick für mehr Motivation und Begeisterung innerhalb der Prälinik Wien appelliere ich an einen neuen „Dialog der Gesundheit“. Eine umfassende und erfolgreiche Versorgung aller Menschen im Raum Wien erfordert ein funktionierendes System im Sinne von Foucault's, *„Biopolitik als Lebenserhaltungs- und Lebensentfaltungspolitik“*.