

Konzept der dualen Führung des Sanitätsdienstes

Dr. med. Mathias Zürcher, Departement Anästhesie, Universitätsspital, 4031 Basel; Koordinator SFG, zuercher@uhbs.ch, und Prof. Dr. med. Bertrand Yersin, Centre Interdisciplinaire des Urgences, CHUV, 1011 Lausanne, Koordinator CEFOCA

Key Words: Führung, Bereichsleiter Sanität, Einsatzleiter Sanität, Leitender Notarzt, Grossereignis

Bei der Bewältigung eines Grossereignisses kommt der sanitätsdienstlichen Führung eine entscheidende Rolle zu. Neben einer bestmöglichen Koordination mit anderen Kadern des Schadenplatzes müssen logistische Aufgaben gelöst werden. Vor allem aber müssen die Patienten optimal versorgt werden. Im Gegensatz zu den Nachbarländern der Schweiz, in denen der Bereich Sanität häufig vom Leitenden Notarzt vertreten wird, wurde in der Schweiz ein duales Führungsprinzip gewählt. Logistische Belange werden vom Einsatzleiter Sanität (EL San), medizinische vom Leitenden Notarzt (LNA) geführt. Der Bereichsleiter Sanität (BL San) nimmt die koordinativen Funktionen wahr und repräsentiert die Sanität im operativen Führungsstab. Der BL San kann sowohl von entsprechend ausgebildeten und ernannten Rettungssanitätern (EL San) als auch Notärzten (LNA) rekrutiert werden. Damit in der Schweiz eine flächendeckende Abdeckung mit sanitätsdienstlichen Führungskadern erreicht werden kann, sind regionale Konzepte und Synergien mit Verpflichtungen im Rahmen des Bevölkerungsschutzes anzustreben.

Einleitung

Ereignisse mit grossem Patientenanzahl oder Ereignisse bei besonderer oder ausserordentlicher Lage beginnen typischerweise mit einer initialen Chaosphase (1). Diese anarchische und Ressourcen verschleudernde

Phase muss möglichst schnell mit vereinten Kräften der an der Bewältigung des Ereignisses beteiligten Partner überwunden und in eine den Verhältnissen angepasste zielgerichtete «Organisation» dieses Chaos überführt werden. Verschiedene logistische (Organisation der Rettungskette, Aufbau einer prähospitalen Behandlungsstruktur, Organisation der adäquaten Hospitalisation, usw.) und medizinische (Pre-Triage/Triage, Erstellen der Transportfähigkeit und überbrückende Behandlung bis zum Abtransport, Evaluation eines adäquaten Zielspitals usw.) Strategien haben sich dafür als nützlich erwiesen, sind eingeführt und werden immer wieder trainiert. All diese Massnahmen können aber nur dann wirkungsvoll zum Tragen kommen, wenn sie einerseits im Einklang mit den Konzepten der an der Be-

wältigung des Ereignisses beteiligten Partnerorganisation stehen und wenn sie andererseits auch innerhalb der Sanität reibungslos und der jeweiligen Situation angepasst ablaufen. Dies wiederum bedingt in den meist unübersichtlichen und dynamischen Situationen auch eine kontinuierliche Vermittlung der relevanten Information an die jeweiligen Verantwortlichen. Aus diesen Ausführungen wird evident, dass *der Führung* eines Ereignisses eine zentrale Bedeutung zukommt, welche entscheidend zum Gelingen oder Misslingen einer Bewältigung beiträgt.

Bei der Erarbeitung möglicher Führungskonzepte für den Sanitätsdienst musste berücksichtigt werden, dass sie mit den etablierten Konzepten der Partner Feuerwehr, Polizei sowie Armee, aber auch mit den typischerweise kantonal sehr unterschiedlichen Vorgaben, kompatibel sind. Zudem musste das Konzept auch für Kanton umsetzbar sein, welche auf den Einsatz von Notärzten im präklinischen Bereich verzichten.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf eine Darstellung der Grundprinzipien. Für genauere Angaben unter Berücksichtigung der

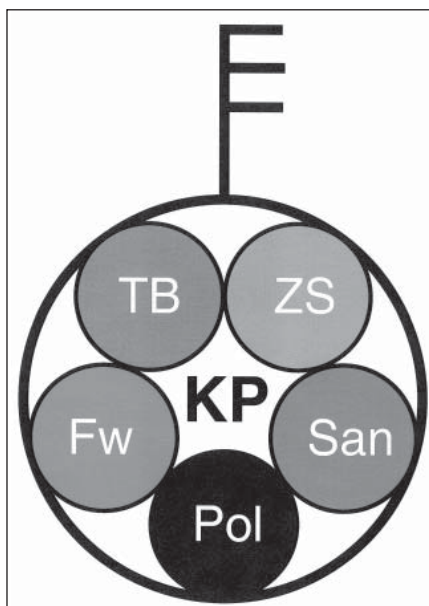


Abb. 1: Im Führungsstab Front sind in der Regel mindestens Polizei, Feuerwehr und Sanität vertreten (Copyright IVR).

Die beiden Autoren sind Mitglieder der Autorengruppe der neuen «Richtlinien für die Organisation des Sanitätsdienstes bei Ereignissen mit grossem Patientenanzahl sowie bei besonderer ausserordentlicher Lage (2006)» des Interverbandes für Rettungswesen (IVR), 5000 Aarau

Erklärung der in Abb. 1 verwendeten Abkürzungen:

- Pol: Polizei
- San: Sanität
- Fw: Feuerwehr
- TB: Technische Betriebe
- ZS: Zivilschutz
- KP: Kommandoposten

SANITÄTSDIENSTLICHE FÜHRUNG

sanitätsinternen Verantwortungsträger wird auf die «Richtlinien für die Organisation des Sanitätsdienstes bei Ereignissen mit grossem Patientenansturm sowie bei besonderer ausserordentlicher Lage» des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) verwiesen (2).

Das Konzept der dualen Führung

Bei Eintreten eines Grossereignisses wird im Bereich des Schadenraumes sofort ein operativer Führungsstab (auch «Führungsstab Front» genannt) eingesetzt. Er steht unter der Leitung des Gesamteinsatzleiters (GEL), welcher je nach Kanton von der Polizei oder der Feuerwehr gestellt wird. Jede an der Bewältigung des Ereignisses beteiligte Organisation delegiert je einen Vertreter, den so genannten Bereichsleiter¹(3), in diesen Stab. In der Regel sind mindestens Polizei, Feuerwehr und Sanität vertreten (Abb. 1).

Seitens dieser Partnerorganisationen – Polizei und Feuerwehr – haben die weniger streng hierarchisch geführten Sanitätsorganisationen traditionell gewisse Akzeptanzprobleme. Umso wichtiger erscheint, dass sich deren Vertreter im operationellen Führungsstab, der Bereichsleiter Sanität (BL San), mit den anderen Kadern der Schadenplatzorganisation professionell zu vernetzen versteht. Der BL San muss in diesem Gremium eine sehr komplexe Doppelstrategie umsetzen: er muss an der koordinativen und logistischen Bewältigung des Grossereignisses mitarbeiten, aber auch eine den Umständen angepasste bestmögliche medizinische Versorgung der anfallenden Patienten organisieren (Abb. 3).

In unseren Nachbarländern Frankreich, Deutschland und Österreich wird diese Aufgabe vom Leitenden Notarzt (LNA) übernommen. Die

Schweiz hat sich hier für ein duales Führungskonzept entschieden, in dem Arzt und Rettungssanitäter gemeinsam die Verantwortung tragen. Logistische Belange werden vom Einsatzleiter Sanität (EL San), medizinische Belange vom LNA verantwortet. Weil der LNA über eine grosse Einsatzerfahrung als Notarzt im Alltagsbetrieb seines Rettungsdienstes verfügt, bringt er für seine Leitungsfunktion nicht nur das notwendige medizinische Rüstzeug, sondern auch eine intime Kenntnis der rettungsdienstlichen Infrastruktur mit.

Beide Kaderpersonen (EL San und LNA) werden auf dem Schadenplatz benötigt. Je nach lokalen Abmachungen übernimmt im dualen Konzept einer von beiden auch die Koordinationsfunktionen und ist der Repräsentant der Sanität im Führungsstab Front (BL San). Im Idealfall übernimmt er diese Funktion



Abb. 2: Streng hierarchische Führungsstruktur (N Personen), (Copyright IVR)

Damit der operative Führungsstab effizient funktioniert, müssen die Bereichsleiter über entsprechende Entscheidungskompetenzen verfügen. Die Partnerorganisationen der Sanität sind in der Regel streng hierarchisch geführt – der Ranghöchste auf dem Platz vertritt daher seine Organisation im Führungsstab (Abb. 2).

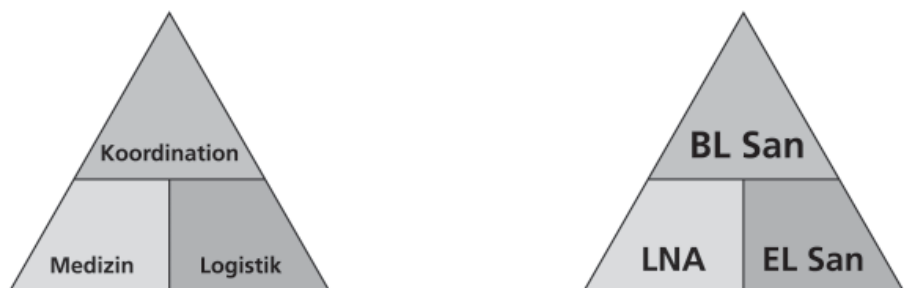


Abb. 3: Die sanitätsdienstliche Führung muss drei Teilgebiete abdecken: Koordination – Logistik – Medizin (Copyright IVR).

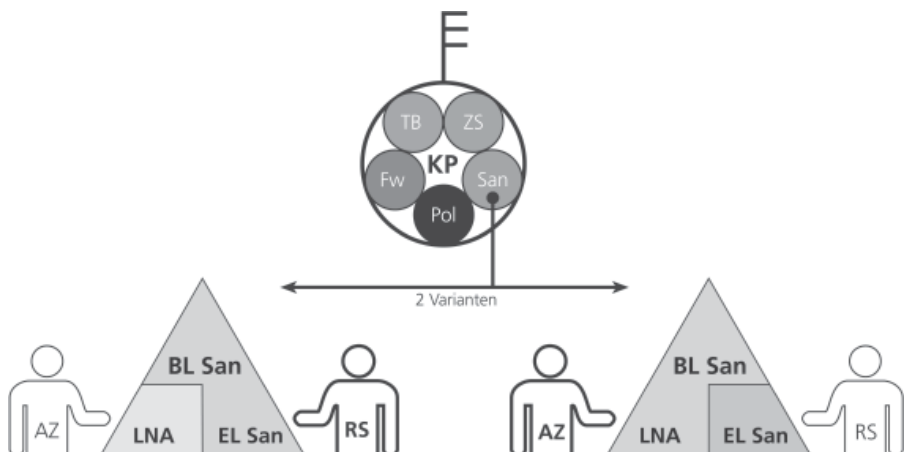


Abb. 4: Je nach lokalen Abmachungen übernimmt im dualen Konzept einer von beiden auch die Koordinationsfunktionen und ist der Repräsentant der Sanität im Führungsstab Front (BL San) (Copyright IVR).

¹ Terminologie übernommen vom Schweizerischen Feuerwehrverband: Ausbilddokumentation «Führung von Grossereignissen», 3073 Gümligen, 2002 (3)

SANITÄTSDIENSTLICHE FÜHRUNG

vollumfänglich dann, wenn er von einem nachrückenden qualifizierten Kadervertreter in seiner Funktion als EL San resp. LNA abgelöst werden kann. Je nach Ressourcen kann diese koordinierende Funktion des BL San im operationellen Führungsstab auch von vornherein einer definierten dritten Person zugewiesen werden (Abb. 4).

Falls der BL San der Gruppe LNA angehört, werden in der Regel medizinische Belange stärker gewichtet, ist der BL San ein Rettungssanitäter der Gruppe EL San, so werden eher die logistischen Aspekte im Vordergrund stehen.

Etablierung der Führungsstruktur und situationsgerechte Adaptation (Prinzip der Modularität)

In der Initialphase eines Ereignisses wird die Führung *ad interim* von der bestqualifizierten ausgebildeten Person übernommen. Der erste Rettungssanitäter auf Platz ist EL San ai, der erste Notarzt ist LNA ai. Sie überbrücken die Zeit bis zum Eintreffen der designierten Führungsfunktionsträger. Verschiedene Kantone haben Reaktionszeiten für Führungsfunktionsträger von bis zu 30 Minuten als sinnvoll deklariert. In der ganzen Schweiz soll während 365 Tagen und 24 Stunden ein entsprechender Führungspikettendienst – bestehend aus EL San und LNA mit zugehöriger Einsatzplanung, welche die Funktion des BL San verbindlich regelt – angeboten werden können. Dieser Dienst kann kantonal geregelt sein, dürfte allerdings insbesondere für kleinere Kantone nur mit Hilfe von regionalen Lösungen mit einem vertretbaren Verhältnis von Aufwand und Ertrag realisiert werden können. Dieses Führungspikett leistet auch einen wertvollen Beitrag im Sinne des modernen Bevölkerungsschutzes (4), so dass Synergien zwischen dem Rettungswesen und dem Bevölkerungsschutzauftrag genutzt werden können.

Je nach Situation, Art und Ausmass kann das Ereignis von einem Zwei-

erteam (bestehend aus LNA und EL San) bewältigt werden, wobei einer der beiden die Funktion des BL San wahrnimmt. In diesem Fall besteht eine Personalunion zwischen BL San und LNA oder zwischen BL San und EL San. Derjenige, welcher als BL San häufig durch Rapporte beansprucht wird, braucht zwingend einen Stellvertreter, der in dieser Zeit seine medizinischen resp. logistischen Aufgaben wahrnimmt. Unter Umständen ist es vorteilhaft, wenn drei Personen sich die drei Aufgaben teilen. Für länger dauernde Ereignisse müssen in der Planung die Stellvertreterregelungen für alle Funktionen vorgesehen sein.

Aus Sicht der Autoren ist es wichtig, dass in der Einsatzplanung geregelt ist, wer die Funktion des BL San im Ereignisfall übernehmen wird. Wir erachten es nicht als sinnvoll, diesen Entscheid situativ je nach Ereignis vor Ort zu treffen, da so kein entsprechendes Training aufgebaut werden kann und für eine bestmögliche Zusammenarbeit zwischen den Partnern ein sich gegenseitiges Kennen wichtig sein kann.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Seit 2004 werden dank Initiative und Engagement der Schweizerischen integrierten Akademie für Militär- und Katastrophenmedizin (SAMK) sowie des Koordinierten Sanitätsdienstes, des Centre Interdisciplinaire des Urgences am CHUV mit Unterstützung des Kantons Waadt und in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fakultäten der Universitäten Lausanne und Basel die nationale Ausbildung *Sanitätsdienstliche Führung Grossereignis (CEFOCA-SFG)* in deutscher und französischer Sprache angeboten. Die Kurse dauern insgesamt fünf Tage in zwei Etappen und bilden Rettungssanitäter und Notärzte gemeinsam aus. Die detaillierten Kursbeschreibungen können unter www.cefoca-sfg.ch (d) und http://www.chuv.ch/urgences/urg_home/urg_formation/urg_ens_cefoca.htm (f) eingesehen werden. Diese nationale Ausbildung wird gemäss Kooperati-

onsvertrag von der Schweiz. Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR), der Vereinigung Rettungssanitäter Schweiz (VRS), der Geschäftsstelle KSD, SAMK und CEFOCA-SFG zertifiziert. Die Absolventen des fünftägigen Grundkurses unterliegen einer kontinuierlichen Fortbildungspflicht und müssen diese für den Erhalt des Zertifikats alle fünf Jahre nachweisen.

Die Erfahrungen aus Einsätzen und Übungen der letzten Jahre haben immer wieder gezeigt, dass nicht in erster Linie technische Probleme die Ursache von schweren Dysfunktionen sind, sondern Schnittstellenprobleme zwischen den Partnern im Schadenraum sowie Interaktion zwischen verschiedenen Verantwortungsträgern innerhalb der Sanität. Die Ausbildung CEFOCA-SFG thematisiert deshalb Basisaspekte aus dem Bereich «human factors» und versucht durch Videobeobachtung während einer Echtzeitübung mit Figuranten, Feuerwehr und Polizei diesbezüglich zu sensibilisieren.

Es ist offensichtlich, dass eine Grundausbildung von fünf Tagen gerade im Bereich Führung nur Denkanstösse vermitteln kann. Die konkrete Umsetzung der Konzepte muss im jeweiligen Rettungsdienst mit den lokal verfügbaren Ressourcen und Partnern und durch Integration benachbarter Regionen erfolgen. Nur durch regelmässiges Training kann die minimal notwendige Performance erreicht werden, um im seltenen Ereignisfall eine Chance auf eine befriedigende Bewältigung zu haben.

EL San und LNA sind Funktionsbezeichnungen

Damit die sanitätsdienstlichen Führungspersonen ihre Aufgabe im Einsatz effizient wahrnehmen können, brauchen sie umfassende Kompetenzen, welche auch finanzielle und juristische Konsequenzen haben können. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, dass diese Personen vom Kanton resp. von der sie einsetzenden Organisation ernannt

SANITÄTSDIENSTLICHE FÜHRUNG

Referenzen

- 1 Hogan DE, Burstein JL. Disaster Medicine. Lippincott Williams & Wilkins. 2002, ISBN 0-7817-6262-6.
- 2 Interverband für Rettungswesen IVR. Richtlinien für die Organisation des Sanitätsdienstes bei Ereignissen mit grossem Patientenansturm sowie bei besonderer ausserordentlicher Lage. Ausgabe 2006 (in press). 5000 Aarau.
- 3 Schweizerischer Feuerwehrverband. Ausbildungsdokumentation «Führung von Grossereignissen», 3073 Gümligen, 2002.
- 4 Sanitätsdienstliche Führung im Grossereignis. Grundsatzstellungnahme des Beauftragten des Bundesrates für den Koordinierten Sanitätsdienst. Geschäftsstelle KSD, Ittigen, 16. Februar 2004.

werden. BL San, EL San und LNA sind Funktionsbezeichnungen und keine Titel für die Visitenkarte! Die Funktion beginnt mit dem Einsatz und endet nach diesem. Der Beauftragte des Bundesrates für den Koordinierten Sanitätsdienst empfiehlt für Rettungssanitäter eine Berufserfahrung von mindestens drei Jahren resp. für Ärzte den Fähigkeitsausweis Notarzt SGNOR oder eine äquivalente Ausbildung und das Zertifikat CEFOCA-SFG als Voraussetzung für eine Ernennung in eine sanitätsdienstliche Führungsfunktion (4). Zudem wird erwartet, dass die designierten Führungskräfte auch im «Alltagsgeschäft» als Rettungssanitäter resp. Notärzte regelmässig tätig sind, wenn möglich eingebunden in einen Rettungsdienst.

Dank

Wir danken den Mitgliedern der Arbeitsgruppe der Neuauflage der «Richtlinien zur Organisation des Sanitätsdienstes bei grossem Patien-

tenansturm sowie bei besonderer und ausserordentlicher Lage» des IVR für ihre grosse Arbeit und unzähligen Stunden der Diskussion (Dr. iur. Susanne Imbach, Christophe Läderach, Andreas Müller, Dr. med. Vincent Ribordy). Wir danken auch all denjenigen, die im Rahmen der nationalen Vernehmlassung zu einer substantiellen Verbesserung und hoffentlich breiteren Akzeptanz der erwähnten Richtlinien beigetragen haben. Prof. Wolfgang Ummenhofer sei für die zahlreichen Inputs und die Durchsicht des Manuskriptes, Bruno Messerli für die kritische Korrekturlesung und Esther Bärtschi für das Layout des Manuskriptes herzlich gedankt. Dem Interverband für Rettungswesen sei für das Zurverfügungstellen der Grafiken herzlich gedankt.

■ **Parole chiave:** condotta, caposettore della sanità, capo impiego della sanità, medico d'urgenza responsabile, evento di grande portata

Alla condotta sanitaria spetta un ruolo decisivo nella gestione di un evento di grande portata. Oltre alla migliore coordinazione possibile con gli altri quadri della piazza sinistrata devono essere svolti compiti logistici. Si tratta soprattutto di garantire un'assistenza ottimale dei pazienti. Contrariamente ai paesi vicini, in cui l'ambito sanitario è spesso rappresentato da un medico d'urgenza responsabile, in Svizzera si è optato per un principio di condotta duale. Il capo impiego della sanità gestisce le questioni logistiche, mentre il medico d'urgenza responsabile quelle mediche. Il caposettore della sanità assume le funzioni di coordinamento e rappresenta la sanità in seno allo Stato maggiore di condotta operativa. Il caposettore della sanità può essere reclutato sia da soccorritori nominati e adeguatamente istruiti sia da medici d'urgenza responsabili. Si devono impiegare concetti e sinergie regionali con obblighi nel quadro della protezione della popolazione, per raggiungere in Svizzera una copertura sull'intero territorio grazie ai quadri del servizio sanitario. ■