

Neue Richtlinien für die Organisation des Sanitätsdienstes bei Grossereignissen oder Katastrophen

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

Key Words: Grossereignis, Katastrophe, Richtlinien IVR, CEFOCA/SFG

Auf Initiative des Interverbandes für Rettungswesens (IVR) wurde 2004 eine Arbeitsgruppe gebildet, welche die Aufgabe erhielt, die «Richtlinien für die Organisation des Sanitätsdienstes bei Ereignissen mit grossem Patientenansturm sowie bei besonderer/ausserordentlicher Lage», deren erste Version 1997 publiziert wurde, zu überarbeiten (1).

Mit diesen neuen Richtlinien, die Ende 2006 erscheinen, sollen in erster Linie einfache, modulare und flexible Universalkonzepte für die Organisation der Sanität im Falle eines Grossereignisses vorgeschlagen werden (2). Diese Konzepte basieren auf die im Rahmen der täglichen Notfälle bestens bekannten Rettungskette und werden im Hinblick auf Grossereignisse angepasst. Weiter sollen die

Richtlinien im Rahmen der modernen und universalen Konzepte der Katastrophenmedizin Vereinheitlichungen bringen. Anstelle rigider Organisationsstrukturen für das Rettungswesen sollen diese Richtlinien den Kantonen und Gemeinden vielmehr ermöglichen, anpassungsfähige und modulare Systeme vorzusehen, welche die Planung und die spezifische Ausbildung der professionellen Helfer, Ärzte, Rettungssanitäter und anderen Kräften des Gesundheitswesens ermöglichen. Dies ist u.a. auch das Ziel der CEFOCA/SFG-Ausbildungsprogramme (3). Da zu diesen Richtlinien bereits eine breit angelegte, gesamtschweizerische Vernehmlassung stattgefunden hat, dürften sie ab ihrer Veröffentlichung von den Kantonen, den Gemeinden und anderen betroffenen Gemeinschaften sehr schnell übernommen werden.

Einleitung

1997 waren vom Interverband für Rettungswesen (IVR) zusammen mit der Ärztekommision für das Rettungswesen des Schweizerischen Roten Kreuzes die «Richtlinien für die Organisation des Sanitätsdienstes beim Schadenereignis mit grossem Patientenansturm» (1) publiziert worden.

Um diese Richtlinien zu harmonisieren, beauftragte der IVR im Jahr 2004 eine Arbeitsgruppe, neue Empfehlungen für diesen Bereich auszuarbeiten. Auf der Basis des alten Textes, aber insbesondere unter Berücksichtigung der neueren Entwicklungen (in der

Schweiz und im Ausland) von Konzepten für die Katastrophenmedizin, der Professionalisierung der Dienstleistungen der medizinischen Rettung und die spezifische Ausbildung des Personals, setzte sich die Arbeitsgruppe zum Ziel, die Empfehlungen auf bestimmten Schlüsselbegriffen und Basisprinzipien aufzubauen:

- Einfache Organisationskonzepte
- Modulare und flexible Organisationen des Sanitätsdienstes
- Homogene kantonale Organisationskonzepte, aber auch kompatible sanitätsdienstliche Konzepte für Grossereignisse in der Schweiz mit den internationalen Standards der Katastrophenmedizin.

Ende 2004 wurde ein erster, von der Arbeitsgruppe redigierter Text dem Steuerungsausschuss des IVR vorgelegt. Dieser führte damit eine breit angelegte, gesamtschweizerische Vernehmlassung bei den Kantonen, öffentlichen Institutionen und Verbänden durch, um Kritiken sowie Vorschläge für die Anpassung dieser Richtlinien und deren anschließende Verbreitung durch den IVR zu sammeln.

Der Inhalt der neuen Richtlinien in Kürze

Die Schweiz besteht aus 26 Kantonen, die in der Organisation ihres Gesundheitswesens und somit auch des Sanitätsdienstes sowohl für den Alltag als auch bei Grossereignissen autonom und souverän sind. Diese kantonale Autonomie hat seit zahlreichen Jahren die Entstehung von verschiedenen Organisationskonzepten gefördert, ebenso ist die Ausbildung der Angehörigen der Rettungsdienste in den verschiedenen Landesregionen sehr unterschiedlich. So sind Kompetenzniveau, Materialauswahl, Zuweisung der Verantwortlichkeiten und Führungsstrukturen oft unterschiedlich und bisweilen inkompatibel. Im Rahmen der neuen Richtlinien hat es die Arbeitsgruppe deshalb als vorrangig erachtet, einerseits Organisationskonzepte und andererseits eine gesamtschweizerisch einheitliche Terminologie vorzuschlagen. Die Einfachheit der Konzepte sowie deren leichte Anpassung an die kantonalen Strukturen müsste innerhalb kürzester Frist eine gesamtschwei-

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Bertrand Yersin
CHUV – CIU
BH 06.429
Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne
Tel. 0041 21 314 38 74
Fax 0041 21 314 55 90
e-mail: Bertrand.Yersin@chuv.ch

SANITÄTSDIENSTLICHE FÜHRUNG

zerische Homogenität sowie eine Zuweisung der Verantwortlichkeiten bezüglich optimaler Planung und Organisation des Sanitätsdienstes ermöglichen.

Das zweite Ziel, das die Arbeitsgruppe mit der Verfassung der neuen Richtlinien zu erreichen versuchte, besteht – über das erste Ziel bezüglich Akzeptanz der Konzepte und einer einheitlichen Terminologie hinausgehend – in einer Vorwegnahme der Mittelorganisation und Kompetenzen. Gemeint ist damit eine vorausschauende Form der Planung des Sanitätsdienstes für den Fall eines Grossereignisses, und somit auch eine vorauslaufende Ausbildung der professionellen Einsatzkräfte der Rettungsdienste. Verwirklicht wird dieses zweite Ziel bereits heute durch das schon seit mehreren Jahren bestehende Ausbildungsangebot in Katastrophenmedizin für Ärzte (insbesondere Notärzte), Rettungssanitäter sowie andere Berufsleute aus dem Gesundheitswesen. Diese im Rahmen des CEFOCA/SFG-Programms gewährleistete Ausbildung wird vom Centre des Urgences des CHUV in Lausanne und dem Departement Anästhesie des Universitätsspitals Basel durchgeführt. Ermöglicht wird sie mit der Unterstützung und der Patenschaft der Schweizerischen integrierten Akademie für Militär- und Katastrophenmedizin (SAMK) und des Koordinierten Sanitätsdienstes (KSD).

Grossereignisse sind per Definition in Art und Ausmass unterschiedlich. Der Schritt von einer Alltags-Notfallmedizin (Rettung und Versorgung von einzelnen Personen) zu einer kollektiven Notfallmedizin (Rettung und Versorgung von zahlreichen Opfern) erfordert ein einfaches Konzept, das eine Anpassung der medizinischen Rettungskette (auch «Überlebenskette» genannt)



Abb. 1: Noria. Cordoba, Spanien.

ermöglicht, so dass diese der Situation angemessen ausgestaltet werden kann. Die professionellen Einsatzkräfte sind mit dem Konzept der Rettungskette und deren Anwendung vertraut. Sofern Aufgabe und Organisation jedes dieser Glieder der Kette klar und eindeutig definiert sind, lässt sich die entsprechende Rettungskette leicht an eine Katastrophensituation anpassen und implementieren. Daher ist – genau mit diesem Ziel vor Augen – in den neuen Richtlinien jedes Glied der Rettungskette in dieser Hinsicht genau beschrieben.

Typisch für diese auf Grossereignisse ausgerichtete Rettungskette ist unter anderem, dass jedem Glied der Rettungskette die Prioritäten bezüglich Versorgung und Evakuierung von Opfern zur nächsten Etappe zugewiesen werden. Die neuen Richtlinien legen für jedes Glied der Rettungskette sehr detailliert die Grundsätze der Pre-Triage und der Triage fest. Als einheitliche Vorlage für den Tri-

age-Prozess dient das Patientenleitsystem (PLS) des IVR. (4)

Weiter wird darin eine funktional einfache und modulare Richtlinie für die Führung des Sanitätsdispositivs präsentiert. Der grossen Bedeutung der Führung für die Effizienz des Sanitätsdienstes entsprechend ist diesem Thema in dieser Ausgabe der Informationsschrift KSD ein eigener Artikel gewidmet (ab Seite 8) (5).

Schliesslich wurde von der Arbeitsgruppe gewünscht, dass am Ende jedes in den neuen Richtlinien behandelten Kapitels die wichtigsten Empfehlungen zusammengefasst werden sollen, um die grundlegenden Aspekte, die allen Sanitätsdiensten der Schweiz bekannt sein sollten, speziell hervorzuheben.

Ergebnis der Vernehmlassung

Von den 213 vom IVR in der Schweiz angeschriebenen Adressaten gingen insgesamt 52, teilweise sehr detaillierte Rückmeldungen ein (43 aus dem deutsch-, acht aus dem französisch- und eine aus dem italienischsprachigen Gebiet).

Alle haben eine Revision der bisherigen Richtlinien begrüsst, die Arbeit der Autorengruppe gewürdigt und den Ansatz des neuen Textes grundsätzlich gutgeheissen. Alle waren sich auch einig, dass eine gemeinsame Terminologie und gemeinsame Grundkonzepte für die erfolgreiche Bewältigung eines Grossereignisses von zentraler Wichtigkeit sind und haben den Versuch begrüsst, einen entsprechenden Konsens zu erreichen. Gut drei Viertel aller Rückmeldungen waren sich auch einig, dass die Kennzeichnung der Führungskader mittels einheitlicher Gilets sowie aus Distanz lesbaren Funktionsbezeich-

SANITÄTSDIENSTLICHE FÜHRUNG

nungen wichtig und wünschenswert wären. Dieser grundsätzliche Konsens stand im krassen Widerspruch zu den konkreten Rückmeldungen zu einzelnen Punkten, die teilweise kaum Spielraum für eine Konsenslösung boten – was die Insider der Rettungsszene Schweiz ja nicht wirklich erstaunen dürfte. Die Autoren der Arbeitsgruppe IVR standen vor der kaum löslichen Aufgabe, die nicht selten um 180° auseinander strebenden Voten dennoch unter den von allen begrüßten «gemeinsamen Hut» zu bringen.

Drei Themenkreise sollen explizit angesprochen werden:

Umfang und Stellenwert der Richtlinien

Die Rückmeldungen reichten von «...die Erläuterungen sind stellenweise sehr detailliert und damit nicht anwenderfreundlich und werden durch die Detailliertheit rasch veralten...» bis zur Aussage «... die vorliegenden Richtlinien sind wenig konkret und lassen Fragen der Aufbauorganisation unbeantwortet ...». Bezüglich Stellenwert der Richtlinien reicht die Spannweite der aus den kantonalen Gesundheitsdepartementen eingegangenen Rückmeldungen von «... weniger verbind-

lich formuliert als die existierenden Richtlinien, womit die oft divergierenden Tendenzen in der schweizerischen Rettungsszene begünstigt werden dürften...» bis zu «...detaillierte Erläuterungen zum Führungsbereich gehören nicht in diese Richtlinie. Insbesondere die Regelung der Verantwortlichkeiten muss den Kantonen vorbehalten bleiben...». Die Autoren haben sich bemüht, die Konzepte auf ihrer funktionellen Basis so detailliert darzustellen, dass die konkreten Umsetzungen trotz existierender Unterschiede dennoch zu wieder erkennbaren Lösungen führen und damit eine bessere Interoperabilität zwischen den Beteiligten bewirken wird. Für die eiligen Leser wird jedes Kapitel mit einem Summary abgeschlossen, welches die wichtigsten Punkte zusammenfasst.

Die Begriffe «kleine Noria»/«grosse Noria»

Die überwiegende Mehrheit der Rückmeldungen stellt die Einführung dieser beiden neuen Begriffe in Frage. Die Autoren halten aus folgenden Gründen dennoch an der Einführung der beiden Begriffe fest:

- Der Terminus «Noria» umschreibt wesentlich mehr, als was mit dem Begriff «Transport» umschrieben werden könnte. Das Bild des

«Wasserschöpftrads» weist auf eine essenzielle Funktion dieser beiden Abschnitte des Sanitätsdispositivs hin, nämlich auf den kontinuierlichen, auf multiplen Ebenen ablaufenden Patientenfluss, wobei jedem einzelnen Patienten die für ihn möglichst adäquate Aufmerksamkeit zukommt. Gerade der Bereich der kleinen Noria wurde bisher mindestens im deutschsprachigen Raum vernachlässigt. Die Kooperation zwischen Feuerwehr und Sanität ist für die Patienten outcome-relevant. Die Autoren hoffen, mit der Einführung dieser Begriffe auf die Wichtigkeit der beiden Phasen aufmerksam zu machen (Abb. 1 und 2).

- Der Terminus «Noria» ist in der gesamten frankophonen Welt bestens implementiert.

Das Konzept der dualen Führung

Das Konzept der «dualen Führung» wurde nur von einzelnen Rückmeldungen in Frage gestellt. Grossmehrheitlich wird dieser Ansatz als Fortschritt und Bereicherung beurteilt (5).

Die Autoren danken allen, die durch ihre Rückmeldungen substanzvoll zu einer Verbesserung des Textes beigetragen haben. Sie hoffen, dass die angeregte neue Gliederung der Richtlinien sowie die sachlichen und stilistischen Inputs die Lesbarkeit und Akzeptanz des Textes erhöhen und damit einen wesentlichen Beitrag zu einer breiten Umsetzung in der gesamten Schweiz leisten.

Die neuen Richtlinien: Was sich ändert

Die neuen Richtlinien stellen die allgemeinen Organisationskonzepte der medizinischen Rettung bei einem Grossereignis nicht in Frage, unterscheiden sich von ihnen jedoch hauptsächlich in formeller Hinsicht. So sollen für das Sanitätsdispositiv keine starren Strukturen, sondern universelle Konzepte als Organisationsprinzipien vorgegeben werden. Deren Umsetzung und Funktionsweise muss einfach, flexibel, modu-



Abb. 2: Noria. Syrien.

SANITÄTSDIENSTLICHE FÜHRUNG

lar und anpassungsfähig sein. Da Grossereignisse in Intensität und Ausmass stark unterschiedlich ausfallen können, sind rigide Strukturen zur Bewältigung nur schlecht geeignet.

Eine Anpassung und Harmonisierung der schweizerischen Terminologie sowie eine Abgleichung mit den Grundbegriffen der internationalen Nomenklatur sollte es den schweizerischen Sanitätsdiensten ermöglichen, in Gleichschritt mit den entsprechenden Organisationen der angrenzenden Nachbarländer zu kommen. Multilaterale Rettungspläne mit unseren Nachbarn stellen einen in der Tat wichtigen Grund für die Vereinheitlichung der Konzepte und der Nomenklatur dar. Damit soll eine Koordination ermöglicht aber auch die Synergie für effiziente Dispositiv genutzt werden.

Was bleibt noch zu tun?

Die «Richtlinien für die Organisation des Sanitätsdienstes bei Ereignissen mit grossem Patientenfall sowie bei besonderer/ausserordentlicher Lage» sind nicht so sehr «*Richtlinien*», sondern viel mehr eine Liste von «*Empfehlungen*». Den Autoren kam es in erster Linie auf die im Text vermittelte Haltung an. Es ist zu wünschen, dass die kantonalen Sanitätsbehörden, aber auch Gemeinden und andere betroffene Gemeinschaften und Institutionen, diese Empfehlungen nach ihrer Veröffentlichung Ende 2006 beherzigen, um daraus Richtlinien für ihre jeweilige Stufe zu schaffen. Nur durch ein solches, der Veröffentlichung der Empfehlungen nachgelagertes Vorgehen lassen sich die Ziele dieser Richtlinien – die Harmonisierung und Effizienz unserer Rettungsdispositiv – auch umsetzen resp. nutzen.

Davon ausgehend kann eine vorausschauende Aufgabenplanung stattfinden, damit verbunden auch die Materialbeschaffung, insbesondere aber die Ausbildung der professionellen Einsatzkräfte. Es ist daher zu hoffen, dass diese Empfehlungen

ihr Ziel erreichen, nämlich die Vorbereitung der professionellen Einsatzkräfte und Partner der Rettungskette des Sanitätsdienstes, um ein mögliches Grossereignis zu bewältigen. Eine homogene spezifische Ausbildung, einheitliche Grundkonzepte, modulare und ähnliche Ausrüstung werden die Durchführung gemeinsamer Übungen, periodischer Trainings und die Evaluation von effizienten Sanitätsdispositiv ermöglichen.

Dank

Die Autoren möchten ihren Kollegen der Arbeitsgruppe, die sich aktiv an der Redaktion der neuen Richtlinien beteiligt haben, nämlich Vincent Ribordy, Andreas Müller und Christo-

phe Läderach, sowie Frau Susanne Imbach, ganz herzlich danken. Ebenso ergeht ein grosses Dankeschön an die Personen, die den Text kritisch gelesen haben, insbesondere Beppe Savary des IVR-Vorstandes.

Übersetzung: Yve Delaquis

Bibliographie

1. Interverband für Rettungswesen (IVR). *Richtlinien für die Organisation des Sanitätsdienstes beim Schadenereignis mit grossem Patientenfall*. Aarau 1997.
2. Mathias Zürcher, Vincent Ribordy, Susanne Imbach, Christophe Läderach, Andreas Müller, Bertrand Yersin. *Richtlinien für die Organisation des Sanitätsdienstes bei Ereignissen mit grossem Patientenfall sowie bei besonderer/ausserordentlicher Lage*. Interverband für Rettungswesen (IVR), Aarau (in press)
3. www.cefoca-sfg.ch (d)
http://www.chuv.ch/urgences/urg_home/urg_formation/urg_ens_cefoca.htm (f)
4. Interassociation de sauvetage (IVR). *Richtlinien für das Patientenleitsystem (PLS) im Rettungswesen*. Aarau, 2002
5. Mathias Zürcher, Bertrand Yersin. *Das Konzept der dualen Führung des Sanitätsdienstes*. Informationsschrift über den Koordinierten Sanitätsdienst 4/06 «Sanitätsdienstliche Führung», Seiten 8 - 11