



Umgang mit Fehlern im Rettungsdienst

Wolfgang Ummenhofer, Basel

Seit dem irritierenden Bericht des Institutes of Medicine (“To err is human”) wissen wir, dass bei hospitalisierten Patienten Fehler des betreuenden Personals zu den häufigsten 10 Todesursachen zählen[1]. Damit sind Fehler aus der bisherigen Tabuzone in unser Bewusstsein gerückt und werden zumindest zu einem Thema, über das man sprechen kann. Ehrlicherweise haben wir das ja aber auch schon vor 1999 getan - darüber gesprochen – allerdings vorzugsweise dann, wenn es die Fehler der anderen waren. Damit sind wir aber beim entscheidenden Kulturwechsel: „Fehlerkultur“ kann sich nur dort entwickeln, wo sie den Beigeschmack von individueller Unfähigkeit oder Schuld verliert, nicht zu persönlicher Verurteilung und Diskriminierung benutzt wird, sondern zur Analyse von Umständen und fatalen Reaktionen führt.

Nur punktuell sind die Versorgungsdefizite allein im rein fachlichen Kompetenzbereich der beteiligten Individuen zu suchen. Meist haben Fehler auch einen institutionellen Hintergrund, d.h. die betreffende Organisation funktioniert suboptimal. Damit ist weniger das Auftreten von Fehlern (was leider als „normal“ betrachtet werden muss), sondern eher die frühzeitige Fehler-Entdeckung und das Management von Fehlern gemeint. Das „Organisationsversagen“ im Sinne einer nicht entwickelten Fehlerkultur ist überhaupt nicht rettungsdienstspezifisch, sondern findet sich gleichermassen auf Notfall- und Intensivstationen, im Operationssaal, auf stationären Krankenhausabteilungen und in Arztpraxen. Aber die allgemeinen Kernprobleme, die dieses Organisationsversagen begünstigen, kennzeichnen eben auch die Arbeit im Rettungsdienst[2]:

- hohe (unkorrigierte) Fehlerraten
- hohe Variation in Behandlung und Outcome
- Unsicherheit in fachlicher und ethischer Kompetenz
- hierarchische Konflikte
- ständig wechselnde Teamzusammensetzung
- Personalmangel
- Kommunikationsprobleme innerhalb des Teams
- Kommunikationsprobleme mit Patienten bzw. deren Angehörigen
- Schnittstellenprobleme (z.B. Patienten-Übergabe)

Sicherheitskultur kann sich nur entwickeln, wenn Fehler identifiziert und kommuniziert werden[3]. Von Notfallstationen weiss man, dass Fehler nur in

einem geringen Umfang berichtet werden[4]. Dies scheint durchaus auch für Mitarbeiter von Rettungsdiensten zuzutreffen: in einer grossen Umfrage gab die Hälfte der Rettungssanitäter an, im gesamten vergangenen Jahr keinen einzigen (!) Fehler begangen zu haben[5].

Als ich vor einigen Jahren meinen derzeitigen Arbeitsplatz angetreten habe, hat



mich am meisten ein grosses Poster beeindruckt: „Heute noch keinen Fehler gemacht? Schade – wieder nichts gelernt“.

1. Kohn, L., J. Corrigan, and M. Donaldson, eds. *To Err is Human: Building a Safer health system*. 1999, National Academy Press: Washington, DC.
2. Ummenhofer, W. and M. Zürcher, *Crew Resource Management*, in *Notfallmedizin*, J. Scholz, et al., Editors. 2008, Georg Thieme Verlag: Stuttgart - New York. p. 634-7.
3. Barach, P. and S.D. Small, Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *Bmj*, 2000. 320(7237): p. 759-63.
4. Fordyce, J., et al., *Errors in a busy emergency department*. *Ann Emerg Med*, 2003. 42(3): p. 324-33.
5. Hobgood, C., et al., Do EMS personnel identify, report, and disclose medical errors? *Prehosp Emerg Care*, 2006. 10(1): p. 21-7.



Datenübertragung und elektronische Dokumentation

Werner Eberhard
Rettungssanitäter / Pflegefachmann Anästhesie
Kantonsspital Olten

Durch neue technische Möglichkeiten ist es heute möglich, Patientenparameter wie ein EKG zu übertragen - und das zum Teil in Echtzeit. Das Fax wird zunehmend durch Web basierte Systeme abgelöst.

Diese Systeme können zusätzlich grosse Teile der Kommunikation übernehmen. Darunter fallen beispielsweise das Leitsystem, die Navigation sowie die Kommunikation zwischen Fahrzeugbesatzung und Zielklinik per Mail.

Das Grundprinzip der Sammlung, Verarbeitung und Übertragung der Daten ist bei den meisten Anbieter identisch.

Die Übertragung erfolgt entweder direkt vom Monitor aus, oder über einen PC.

Die Kommunikation zwischen Monitor und PC erfolgt mittels Bluetooth.

Alle Systeme nutzen das GSM / UMTS / oder das Polycom Netz zur Übertragung der Daten auf einen Server, wo sie dann weiterverarbeitet werden können.

Der Server bietet nun die Möglichkeit von überall her via Internet oder anderer Kanäle auf die Daten zurückzugreifen. Auch die Alarmierung der entsprechenden Dienststellen übernimmt in den meisten Fällen der Server.

Auch die Einsatzdokumentationssysteme der Anbieter besitzen einen ähnlichen Aufbau, orientieren sich aber nur sehr bedingt an den zurzeit gültigen Algorithmen. Es scheint, dass unendlich viele Daten erfasst werden können. Die grosse Auswahl macht diese Dokumentationen sehr gewöhnungsbedürftig. Die elektronische Dokumentation bedeutet daher im Moment noch einen grösseren Aufwand als die handschriftliche.

Für die Dokumentation wird ein Tablet PC oder ein Notebook verwendet. Vitaldaten werden alle via Bluetooth vom Monitor in die Dokumentation übernommen.

Für eine Evaluation ist es wichtig, die Bedürfnisse des Anwenders und des Betriebes genau zu kennen. Zudem ist der Nutzen, welcher mit einem solchen System erreicht werden soll, klar zu definieren.

Der Sinn eines solchen Systems besteht darin, den Rettungssanitäter bei Routinearbeiten zu unterstützen und den beurteilenden Ärzte eine breitere Datenbasis zur Entscheidung zu Verfügung zu stellen. Der Zielklinik können so rasch als möglich alle für die Behandlung relevanten Daten übermittelt werden, damit die Organisation optimiert werden kann.



Utstein 2008

Martin Brüesch
Universitätsspital
Zürich
martin.brueesch@usz.ch

Der Utstein Style wurde 1991 von sämtlichen grossen Reanimationsgesellschaften abgesegnet und in den wichtigen Zeitschriften publiziert. Ziel ist es, Reanimationen standardisiert zu erfassen, damit eine einheitliche Auswertung möglich ist und vergleichbare Resultate entstehen. Einerseits können damit Änderungen in den Richtlinien monitorisiert werden, andererseits kann eine Qualitätskontrolle der Reanimationen erfolgen. Der SRC wertet die Utstein Daten der Schweiz aus, um die Qualität der Reanimation in der Schweiz im Vergleich zum Ausland zu erfassen. Für die IVR-Anerkennung von Rettungsdiensten ist die Erfassung von Reanimationen mittels Utstein Style Pflicht. Die Einsendung an den SRC ist fakultativ.

Der Datenbestand des SRC umfasst 4'492 Reanimationen. 1'699 Datensätze beziehen sich auf durch Laien beobachtete, vermutlich cardial bedingte und durch Profis reanimierte Fälle und können damit in die Auswertung einbezogen werden. Die Resultate sind ernüchternd und die entsprechenden Daten leider auch sehr lückenhaft.

Die Probleme mit der Utstein Erfassung in der Schweiz beruhen auf dem Datenschutz, der Datenqualität, der Datenquantität, und dem Datenmanagement. Trotz Einschränkungen in der Dateninterpretation müssen die Erfolge als sehr bescheiden bewertet werden. Insbesondere bestehen klare Defizite gegenüber dem Ausland. Diese Defizite könnten z.B. mit der Förderung von First Responder Systemen aufgeholt werden. Die Erfolge der aktuellen Laienausbildung scheinen jedoch in keinem Verhältnis zum Aufwand zu stehen.



Inhaltsangabe

Vortrag ITLS Switzerland

Pablo Caceres

In diesem Referat sollen verschiedenen Fragestellungen im Bezug auf vorhandenen Kurskonzepte zur Diskussion anregen.

Welchen Stellenwert haben Traumakonzepte wie zum Beispiel PHTLS, ITLS und ATLS in der heutigen Zeit der präklinischen und klinischen Versorgung traumatisierter Patienten. Wir vermitteln Behandlungs-, Untersuchungs- und Versorgungskonzepte - BLS vs. ALS. Ist dies Zeitgemäss oder müssen wir in unserem Vorgehen und Handeln umdenken?

Weiter werden im Referat die Erkenntnisse von Papadopoulos et al. , M. Liberman et al. und Häusler et al. genauer betrachten. Ein Schwerpunkt liegt im Versuch die präklinische Traumaversorgung der Schweiz zu analysieren und aufzeigen wie hoch die Mortalität nach schweren Traumata ist.



Abstract: Beatmungsmonitoring im Rettungsdienst Yvo Breitenmoser

Intubation und Beatmung im Rettungsdienst stellen besondere Anforderungen und sind mit potentiellen Gefahren behaftet. Trotz Witterungseinflüssen, Lärm, Stress und oft ungünstigen Platzverhältnissen sind an die Sicherheit der therapeutischen Massnahmen dieselben Anforderungen zu stellen wie in der Klinik. Die Kapnometrie/-grafie hat in diesem Zusammenhang einen besonderen Stellenwert. Sie ermöglicht eine objektive und verlässliche Kontrolle der Tubuslage, hilft Hypo- und Hyperventilation zu vermeiden und gibt in der Hand von erfahrenem Personal Hinweise über Kreislaufsituation und mögliche pulmonale Pathologien oder Komplikationen. Regelmässiges Training der direkten Laryngoskopie, Auskultation nach Intubation und die infrarotspektroskopische Messung des endtidalen CO₂ erhöhen die Sicherheit der künstlichen Beatmung in der Rettungsmedizin. Dank Miniaturisierung und technischem Fortschritt sind die heutigen Kapnometrieeräte für den präklinischen Alltag bestens geeignet und müssen bei intubierten Patienten sowohl bei Primäreinsätzen als auch Interhospitaltransfers zum Standardmonitoring gehören.



Abstract zur Präsentation „Unterwegs zu den Reanimationsguidelines 2010“ Urs Klemmer

Die heute in den meisten Ländern gültigen Guidelines zur Reanimation werden von der ILCOR erarbeitet. Diese Organisation, ihre Mitglieder, ihre Entwicklung sowie der Prozess der Erarbeitung der Guidelines werden kurz vorgestellt.

Bis zur Herausgabe der Guidelines 2005 konnten verschiedene offene Fragen nicht genügend geklärt werden. Im Hinblick auf die Ende 2010 erscheinenden neuen Guidelines wurden daher bereits Forschungsschwerpunkte und Fragestellungen definiert, die gegenwärtig von Experten bearbeitet werden. Ausgewählte Fragestellungen zur Reanimation werden erläutert.

Der SRC unterstützt alle Anstrengungen, die Reanimationsausbildung insbesondere auch im Laienbereich schweizweit zu vereinheitlichen. Wir sind überzeugt, dass nur so die Qualität der Hilfeleistung gesteigert werden kann. Innerhalb eines 5Jahreszyklus sollten nur unumgängliche Änderungen vorgenommen werden. Fragwürdige, häufige Richtlinienänderungen führen zu Verwirrung und gefährden das Ziel der einheitlichen Ausbildung. Neue Lernansätze in der Reanimationsausbildung sind zu prüfen und zu erproben. Die Entwicklung von Guidelines ist kein Tummelfeld für Profilierungsversuche. Das oberste Ziel muss weiterhin sein, die Überlebensquote von Patienten im Kreislaufstillstand zu erhöhen.



Abstract Beatmungshilfen

Helge Junge. Chur

Den Standardtechniken (Maskenbeatmung und Intubation) ist gemeinsam, dass sie einen hohen Ausbildungs- und Trainingsbedarf haben. Abhängig von der Qualifikation der Helfer sind möglicherweise andere, leichter erlernbare Techniken von Vorteil. Hier sind in verschiedenen Leitlinien Larynxmaske (LM), Kombitubus und Larynxtubus (LT) als Alternativen aufgeführt und empfohlen.

Supraglottische Atemwegshilfen reduzieren die Gefahr der Magenbeatmung gegenüber der klassischen Maskenbeatmung. Im Vergleich zur trachealen Intubation (weiterhin Goldstandard) sind die Techniken leichter erlernbar und einfacher durchzuführen. Alle supraglottischen Atemwegshilfen werden „blind“, also ohne Laryngoskop eingeführt.

Sie sind auch bei Halswirbelsäulenverletzung ohne überstrecken des Kopfes anwendbar.

Der Kombitubus spielt inzwischen nur noch eine untergeordnete Rolle.

Larynxmasken sind in unterschiedlichen Ausführungen, Formen und Materialien auf dem Markt. Neben der klassischen LM, haben sich die ProSeal LM und die Fastrach LM auf dem Markt etabliert. Mit der ProSeal ist es möglich über einen separaten Kanal den Magen zu entlasten, die Fastrach bietet die Möglichkeit blind einen speziellen Endotracheltubus zu platzieren.

Die Erfolgsrate der Platzierung korreliert mit dem Grad der Ausbildung des Anwenders. Ein kompletter Aspirationsschutz besteht nicht.

Die LM hat gegenüber dem LT einen höheren Trainings- und Schulungsbedarf.

Der LT ist in 2 Varianten erhältlich. In der Standardausführung ist ein einlumiger Tubus der am unteren Ende verschlossen ist. Der LTS ermöglicht über einen separaten Kanal die Magenentlastung. Beide Cuffs werden über eine gemeinsame Zuleitung gleichzeitig mit der entsprechenden Menge Luft geblockt. Durch die gute Dichtigkeit ergibt sich mit dem LT ein geringeres Aspirationsrisiko als mit der LM.

Eine Studie an Phantomen wurde von unerfahrenen Anwendern die Handhabung des LT als sehr einfach beschrieben, gegenüber der Intubation war der LT gleichschnell angewendet.

Eine gross angelegte Studie hat die Inzidenz von Regurgitationen ($\text{pH} < 4$) bei 6 verschiedenen supraglottischen Atemwegshilfen verglichen. Dabei wurde kein signifikanter Unterschied in den einzelnen Gruppen gefunden.

Weitere Untersuchungen an Manikins zeigen eine Reduktion der No-flow-time bei der Reanimation durch den Einsatz des LT.



Während der Reanimation sollen die Massnahmen für die Sicherung des Atemwegs für max. 30 s unterbrochen werden. In der Mehrzahl der Fälle konnte dies durch die Anwendung des LT gewährleistet werden. Eine Dislokation durch Thoraxkompressionen des LT ist selten.

Fazit:

Supraglottische Beatmungshilfen sind eine gute Alternative zur Sicherung des Atemwegs

Die Techniken sind durch wenig trainiertes Personal sicher durchführbar, je einfacher das Instrument (LT), desto sicherer ist die Anwendung

Sie verringern die Now-flow-time bei der Reanimation

Insbesondere wird der LT für die präklinische Versorgung empfohlen



Rettungsdienst als berufliche Sackgasse? (Elmar Rollwage, VRS Vorstand)

Benötigen wir alternative Karrieren zum Rettungsdienst?

In Gesprächen mit Kollegen höre ich öfters eine gewisse Unzufriedenheit bezüglich ihrer Arbeitssituation heraus. Was diese auslösten kann und welche Möglichkeiten wir zur Verbesserung haben, soll mit dem Referat näher betrachtet werden.

Zum einen ist der Beruf des Dipl. Rettungssanitäters/In bisher ein Nischenberuf. Die Akzeptanz des Dipl. Rettungssanitäters unter den anderen nichtärztlichen Berufen im Gesundheitswesen ist sehr unterschiedlich. Dies zeigt sich in der momentanen Durchlässigkeit in andere Gesundheitsberufe. Der Dipl. Rettungssanitäter ist sehr auf die notfallmedizinische Versorgung in der Präklinik spezialisiert, was einen Einsatz in anderen notfallmedizinischen Einrichtungen häufig verhindert. Ein weiteres Problem ist, dass „mangels Qualifikation“ der Dipl. Rettungssanitäter/In meistens nur innerhalb des Rettungswesens Veränderungsmöglichkeiten offen stehen.

Warum gibt es eine gewisse Fluktuation weg vom Rettungsdienst?

Neben den generationsspezifischen Entwicklungen (vgl. „Generation at Work“, Zemke und „when Generation collide“, L.Lancaster) ist für alle Menschen die persönliche Erfüllung und Selbstverwirklichung, der nach Maslow beschriebene Bedürfnis-Pyramide, ein möglicher Grund für die Suche nach Veränderungen.

Für den Beruf des Dipl. Rettungssanitäters bedeutet dies, dass die soziale Stellung im Beruf und der Gesellschaft für ihn häufig einen Mangelzustand darstellen. Es gibt nur bedingt interne Aufstiegschancen und die Durchlässigkeit in andere Berufe ist noch nicht ausreichend geregelt. Ein weiterer Punkt möglicher Unzufriedenheit ist die uneinheitliche Regelung der medizinischen Kompetenzen. Auch finanzielle Aspekte spielen eine sehr grosse Rolle und so wird gemessen an den eigenen Bedürfnissen und im Vergleich mit anderen „Rettungsberufen“ die finanzielle Entlohnung nicht selten bemängelt.

Fragen Sie sich: Macht mir die Arbeit Spass?

Diese Frage sollte sich jeder Mitarbeiter im Rettungsdienst unbedingt stellen.

Nicht der Patient wählt uns aus, sondern wir haben uns entschieden den Beruf auszuüben. Dann aber bitte auch mit vollem Einsatz!

Macht Ihnen die Arbeit Spass? Was interessiert mich vielleicht in meinem Berufsumfeld oder wohin kann ich mich entwickeln? Es gibt immer Wege wohin Sie sich verändern können. Nutzen Sie Möglichkeiten für eine berufliche Auszeit, z.B. für ein Auslandspraktikum oder eine grössere Reise. Dies sind durchweg Pluspunkte für eine Tätigkeit im Rettungswesen. Vielleicht können Sie so Ihre Sprachkompetenz weiterentwickeln. Haben Sie schon mal über eine Teilzeitstelle nachgedacht? Eine Rückkehr in den Rettungsdienst z.B. nach einem Studium oder einer Ausbildung ist besser möglich als in anderen Berufszweigen.

In den USA z.B. nimmt der Anteil an Akademikern im Rettungsdienst stetig zu. D.h. die Zahl der postgradualen Studienabsolventen im Rettungswesen.

Jeder Schritt zurück in die Schule oder in ein Studium beweist innere Stärke. Es kann beobachtet werden, dass das Angebot der postgradualen Studiengänge in der Schweiz



stetig zunimmt. Viele Angebote werden als online Studiengang angeboten. Dies ist besonders für diejenigen geeignet, die unabhängig vom Klassenzimmer lernen wollen. Der Rettungsdienst bietet Interessierten häufig die idealen Voraussetzung für ein Nachdiplomstudium. Aber Vorsicht! Gerade diese online Studiengänge benötigen innere Willensstärke und die Bereitschaft zum selbständigen Lernen.



Simulation in mobilen Trainingsszenarien

Helge Regener
Schweizer Institut für Rettungsmedizin, SIRMED, Nottwil
helge.regener@sirmed.ch
www.sirmed.ch

Ursachen für Fehler im Gesundheitswesen lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen zuordnen. So können Fehler in Organisation und Planung ebenso auftreten, wie bei Gerätschaften und Materialien. Auf einer anderen Ebene stehen Teamprozesse, Kommunikation, sowie Entscheidungsfindung und Verantwortungsübernahme, die sogenannten „Soft-Skills“.

Der Rettungsdienst ist ein komplexes soziotechnisches System. So sehr er von Technik dominiert wird, so wichtig bleiben doch die Menschen, die in diesem System mit komplexen Abläufen Mensch und Technik integrieren.

Je nach Definition von „Simulation“ lassen sich deren Ursprünge in der Medizin auf den Beginn der 1960er Jahre zurückführen. Nach und nach wurden seit den 1980er Jahren Simulatoren technisch ausgereifter, zuverlässiger und einfacher in der Handhabung. Der Simulator ist zwar das technische Kernstück der Simulation, aber er ist immer nur das Medium im Dienst der Pädagogik.

Es ist ein schlagender Vorteil, dass mit der Simulation die Diskrepanz zwischen Training und Realität reduziert, und damit der Theorie-Praxistransfer unterstützt wird. Simulation ermöglicht damit ein für Patienten ungefährliches Training und leistet einen Beitrag zu Fehlermanagement und Sicherheitskultur. Fehler, die im Training gemacht, erkannt und analysiert werden, müssen in der realen Welt nicht mehr passieren.

Simulation im engeren Sinne richtet sich meist an interdisziplinäre Teams. Sie eignet sich dabei für die Ausbildung ebenso, wie für die kontinuierliche Fortbildung. Dreh- und Angelpunkt der Simulation sind dabei angemessene Lernziele, die den Trainingsbedarf der Teilnehmer in den Mittelpunkt der Simulation rücken. Ein spezielles Augenmerk muss der Szenariengestaltung gelten, bei der Themensetzung, Komplexität und Rahmenbedingungen den definierten Lernzielen entsprechen müssen.

Im Unterschied zu vielen klinischen Szenarien werden im Rettungsdienst fast alle Notfallsituationen mobil bewältigt, da es eine rettungsdienstliche Aufgabe ist, Patienten geeigneter klinischer Versorgung zuzuführen. Ziel der Simulation in mobilen Szenarien ist es, realistische Teams in realistischer Infrastruktur und realistischen Szenarien auf realistische Aufgaben und Abläufe hin zu trainieren. Auf diese Art ermöglichen mobile Simulationen Trainings kompletter mehrstufiger Versorgungsabläufe und eignen sich speziell für Schnittstellentrainings.

Analyse und Debriefing sind bedeutende Teile der Simulation. Anhand vordefinierter Kriterien, reflektieren die Teilnehmer lernzielbezogen - und fokussiert auf Optimierungspotentiale - die eigene Arbeit. Oberstes Ziel ist dabei die Verbesserung der Patientenversorgung.



MAS – Karriere nur im Ausland möglich (Günther Bildstein St.Gallen)

In diesem Referat werden die wesentlichen Begriffe, Grundlagen und Voraussetzungen bezüglich akademischer Lehrgänge erläutert. Anhand eines exemplarischen Masterlehrgangs wird ein mögliches Studium beschrieben.

Als Grundlage dient die Bolognakonferenz von 1999, bei welcher 29 europäische Bildungsminister (von der CH mitunterzeichnet), einen einheitlichen Hochschulraum bis 2010 mit der Anerkennung der Studienabschlüsse „Bachelor“ und „Master“ beschlossen. Die Vergleichbarkeit wird mit den „ECTS Points“ (European Credit Transfer and Accumulation System) erreicht, wobei ein Studienjahr 60 ETCS entspricht. Ein Bachelor-Studium ist die erste Stufe akademischer Ausbildungen und umfasst 180 bis 240 ETCS, ein Master-Studium als zweite Stufe zwischen 60 und 120 ETCS. Masterstudien können ausbildend oder weiterbildend und mittels E-Learning erfolgen.

Der MAS (Master of Advanced Studies) ist eine akademische Weiterbildung und löst den Nachdiplomstudiengang (NDS) ab. Für Wirtschaftsabschlüsse gibt es den Executive Master of Business Administration (EMBA).

Der Master of Science (MSc) in der Fachrichtung „Rettungsdienstmanagement“ ist ein berufsbegleitender Universitätslehrgang an der Donauuniversität Krems (Österreich). Er dauert fünf Semester (120 ETCS) und ermöglicht einen Aufbau zum MBA. Es wird spezialisiertes, anwenderorientiertes Wissen im Bereich des Rettungswesens vermittelt. Zulassungsvoraussetzung ist entweder ein international anerkannter akademischer Abschluss oder entsprechende Berufserfahrung mit Gleichwertigkeit. In den sieben Ausbildungsblöcken vor Ort und entsprechendem Eigenstudium wird Fachwissen betreffend Qualitätssicherung, Rechtsgrundlagen, Einsatzleitung, Management, Betriebswirtschaft und Rettungsdienstsystemen erworben, sowie Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens und persönliche Ressourcenförderung vermittelt. Durch die internationalen Studienteilnehmer gibt es einen horizonsweiternden Austausch von Erfahrung und ein über die Grenzen funktionierendes Netzwerk. Mit dem Abschluss kann die berufliche Qualifikation gesteigert werden, es erfolgt eine persönliche Wissenserweiterung und es wird im Rahmen der Masterarbeit ein Beitrag zur wissenschaftlichen Entwicklung in rettungsdienstspezifischen Themen erreicht.

Weiterführende Quellen:

Bolognakonferenz:

http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc48_en.htm

Situation in der Schweiz:

<http://www.bbt.admin.ch/themen/hochschulen> (Bundesamt für Bildung und Technologie)

<http://www.kfh.ch> (Rektorenkonferenz der FH der Schweiz)

Donauuniversität Krems, Österreich

<http://www.donau-uni.ac.at/de/index.php>

<http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/rettungsdienst/>

Allgemeine Informationen:

<http://www.postgraduate.ch>

<http://de.wikipedia.org/wiki/Master>

<http://www.hobsons.ch>

<http://www.embe.unisg.ch>



Fortbildung und Kompetenzmanagement im Rettungsdienst via eLearning (Mathias Dushl, Mollis)

eLearning – ein Begriff der oftmals, ganz selbstverständlich verwendet und meistens in direkte Verbindung mit Lernen über das Internet gebracht wird.

Aber was ist eigentlich eLearning?

Wenn man sich nicht der verschiedenen, rein wissenschaftlichen Definitionen bedient und stattdessen die Kernelemente des Wortes als Grundlage nimmt, kann man eLearning, wie folgt beschreiben:

„eLearning (electronic learning) ist eine Schulungsart – die via Computer absolviert wird.“

Hier steht „Computer“ im weitesten Sinne für alle elektronischen Geräte aus dem Bereich der Informationstechnologie. Beispiele für electronic devices, über die derzeit eLearning stattfindet sind PCs, Smartphones, iPods, etc.

Ist eLearning im Rettungsdienst etwas Neues?

Diese Frage kann man ganz klar mit „nein“ beantworten.

Seit Ende der 90er Jahre erlebt eLearning durch die Verbreitung des Internets einen starken Aufschwung und auch die Angebote für Rettungsdienstpersonal nehmen kontinuierlich zu.

US amerikanische Rettungsdienstmitarbeiter absolvieren nach Angaben des CECBEMS jährlich rund 2 Mio. Fortbildungsstunden via eLearning.

Im nicht englischsprachigen Europa ist Fortbildung für Rettungsdienstmitarbeiter via eLearning noch relativ unbekannt.

eLearning bringt sowohl für den Rettungsdienstbetrieb, als auch für den Rettungsdienstmitarbeiter viele Vorteile mit sich. Als Beispiele sind hier die Reduzierung von Kosten im Bereich der Fortbildung, mehr zeitliche/örtliche Flexibilität für den Lernenden und auch die Schaffung von mehr Zeitressourcen für praktisches Training (Simulation) genannt.

eLearning kann praktisches Training nie ersetzen – aber sinnvoll z.B. durch die Auslagerung der theoretischen Vorbereitung unterstützen!

Sicherlich darf man die Risiken bei der Einführung von eLearning im Betrieb nicht unterschätzen. Diese sind in der Regel aber durch entsprechende Konzepte, Systeme und v.a. durch gute Technologiepartner beherrschbar.

Abschliessend kann man sagen, dass sich eLearning sehr gut zur Vermittlung und zur Überprüfung von theoretischem Wissen eignet, wodurch auch z.B. die Arbeit bei der Vermittlung, regelmässigen Überprüfung und Dokumentation von Kompetenzen (z.B. Medikamentenanwendung) stark vereinfacht wird.



Entwicklungsmöglichkeiten in der Schweiz Gabriella Guex

Abstract

Die Ausbildung zum dipl. Rettungssanitäter HF / zur dipl. Rettungssanitäterin HF ist in der Schweiz auf einem hohen Niveau positioniert.

Ein Vergleich mit den abschliessend erworbenen Kompetenzen von HF- oder FH-Absolventen zeigt, dass sich die Übergänge nicht immer scharf abgrenzen lassen.

Anschlusslehrgänge, Nachdiplomstudiengänge oder auch sonst weiterführende Ausbildungen in Bereich „Rettungssanität“ werden jedoch noch sehr wenig angeboten.

Der Blick auf im Ausland angebotene Masterlehrgänge ist nicht immer arbeitsmarktorientiert.

Da die klassischen Weiterbildungen (NDS) für Pflegefachleute (Intensiv-, Anästhesie- und Notfallpflege) bisher den Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter verwehrt blieben, wurde teilweise zu Recht der Beruf als Sackgasse bezeichnet.

Durch die Überarbeitung der Mindestvorschriften, insbesondere die geplante Überführung der Nachdiplomstudiengänge in anerkannte Höhere Fachprüfungen öffnet jedoch wieder zusätzliche Perspektiven für dipl. Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter bestehende Angebote wahrnehmen zu können. Ebenfalls besteht dadurch die Möglichkeit, arbeitsmarktgerechte, auch interdisziplinäre, neue Höhere Fachprüfungen zu konzipieren.

Weiterführende Quellen:

<http://www.bbt.admin.ch/themen/hoehere/00160/index.html?lang=de>

http://www.odasante.ch/de/01_aktuell/pdf/zir-B-Vorstand-HFP-NDS-25.2.2009.pdf

http://www.odasante.ch/de/01_aktuell/pdf/15.Newsletter_2.3.2009_d.pdf



Transportsanitäter : Aktuelle Vision

Jason Levet

Seit dem Beginn der Professionalisierung der Rettungssanitäter bis Heute, wurden immer wieder verschiedene Ideen ausprobiert, um die ideale Zusammensetzung eines Einsatzteams zu erreichen. Das sich ein Dipl. Rettungssanitäter (RS) in einem Rettungswagen befinden soll ist eine Offensichtlichkeit, aber wer sollte sein Partner sein? Vom Fahrer mit BLS Ausbildung bis hin zu einem zweiten Dipl. RS gab es eine zahlreiche Auswahl: Polizist, Transporthelfer, Pflegefachmann ohne Spezialisierung, usw. Am Ende der 90er Jahren kam der Technicien Ambulancier (Transportsanitäter) auf die Bühne. Wäre dieser das fehlende Glied welches endlich eine vernünftige Vervollständigung eines RD-Teams erlaubt?

Fast 10 Jahren sind vergangen seit dem Auftauchen des Berufs, respektive der Ausbildung der Transportsanitäter (TS) in der Romandie bis hin zu seiner nationalen Reglementierung durch einem Fachausweis des BBT. Diese Anerkennung ist seit einem Jahr offiziell erworben und die erste Berufsprüfung fand in November 2008 in der Deutschschweiz statt. Das Forum Berufsbildung in Rettungswesen ist das einzig verantwortliche Organ für die Durchführung der Berufsprüfung sowie der Abgabe des Fachabschluss-Titels „Transportsanitäter“.

Die Kandidaten für die Berufsprüfung müssen:

- einen Abschluss auf Sekundar-Stufe II besitzen
- über die Berechtigung zum Führen von Ambulanzfahrzeugen verfügen
- einen vom Forum BbRw anerkannten strukturierten Lehrgang zur TS erfolgreich absolviert haben oder die notwendigen Kompetenzen auf andere Weise erworben haben
- eine mindestens zweijährige Berufserfahrung nachweisen können, davon ein Jahr in einem Rettungsdienst

Trotz der gelegten und getesteten Grundstrukturen, erwarten uns doch noch weitere Aufgaben. Einige sind generell, wie die Verbreitung des Berufsprofils oder die Integration der Prüfungskandidaten in einen TS Lehrgang (so dass sie die Zulassungsbedingungen zur Abschlussprüfung erfüllen). Andere sind mehr Sprachregion bedingte Bedürfnisse: eventuelle Anerkennung des alten „Technicien Ambulancier“ Titels in der Westschweiz, eine Zusatzausbildung der Transporthelfer für die Deutschschweizer und eine Identifizierung der Ausbildungsbedürfnisse für die Tessiner freiwilligen Helfer.

Der Transportsanitäter ist ein Gesundheitsberuf der seinen Platz in einem Rettungsdienst sowie in der Rettungskette hat. Seine Gegenwart ist erkennbar da er als Minimal-Besatzungsmitglied in der Zusammensetzung eines RD-Teams auftaucht, welche in den Richtlinien zur Anerkennung von Rettungsdiensten des IVR festgehalten sind.

Weitere Quellen:

Forum Berufsbildung in Rettungswesen:

www.forum-bb-rw.ch

Interverband für Rettungswesen :

www.144.ch



PTBS und komorbide Beschwerden bei Rettungssanitätern

Zusammenfassung

Fragestellung: Die Punktprävalenz (Anzahl Krankheitsfälle zu einem bestimmten Zeitpunkt) der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und komorbide Beschwerden wurden bei Rettungssanitätern ($N = 1363$) der deutschsprachigen Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein untersucht.

Methode: Die PTBS-Punktprävalenz wurde mit der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) und komorbide Beschwerden mit der Symptom-Check-List (SCL-90-R) erhoben. 668 Probanden (49%) nahmen an der Fragebogenstudie teil.

Ergebnisse:

- PTBS: 4,3% / partielle PTBS-Syndrome: 9,6%
- PTBS-Symptome bei mehr als $\frac{1}{4}$ der Probanden: 26,4% litten unter Intrusionen, 23,4% unter Vermeidungsverhalten, 29,9% unter erhöhtem Arousal
- 34,5% nannten Kindernotfälle als schlimmstes Trauma
- Komorbide Beschwerden: Die PTBS-Gruppe wies signifikant höhere Depressions- und Somatisierungswerte auf als die Nicht-PTBS-Gruppe (sogar die Nicht-PTBS-Gruppe zeigte signifikant höhere Werte auf beiden Skalen als eine deutsche bevölkerungsrepräsentative Stichprobe).
- keine Schulung: 3-faches Risiko, sich schlecht vorbereitet zu fühlen
- sich subjektiv schlecht vorbereitet fühlen: 8-faches PTBS-Risiko
- private psychologische Beratungen wurden gegenüber Angeboten am Arbeitsplatz bevorzugt
- keine Geschlechtsunterschiede bezüglich PTBS und Schweregrad der PTBS-Symptome

Schlussfolgerungen: Die PTBS ist bei dieser Berufsgruppe eine häufige Erkrankung, die mehr Beachtung verdient. Präventive und frühzeitig psychotherapeutische Massnahmen sind angezeigt.

Empfehlungen für die Praxis:

- gute Vorbereitung auf den Umgang mit traumatischen Erfahrungen (Aus- und Weiterbildung)
- Rettungssanitäter sollten die Symptome der PTBS kennen, ernst nehmen und frühzeitig professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.
- wenn nötig, die Inanspruchnahme psychologischer Beratungen am Arbeitsplatz enttabuisieren
- Psychologisches Debriefing sollte nur durchgeführt werden, wenn:
 - ... freiwillig
 - ... Zeitpunkt durch Klienten bestimmt



- - ... von Fachperson durchgeführt
 - ... eine weitere Betreuung gewährleistet werden kann
- besser: sofern 1-4 Monate nach dem traumatischen Erlebnis PTBS-Symptome vorliegen: kognitiv-verhaltenstherapeutische Kurzintervention.

Häller, P., Michael, T. & Balmer Koechlin, K. (eingereicht). PTBS und komorbide Beschwerden bei Rettungssanitätern.