



interverband für rettungswesen
interassociation de sauvetage
interassociazione di salvataggio

Leitfaden zum Aufbau und Betrieb von First Responder-Systemen

Der Interverband für Rettungswesen (IVR) ist der schweizerische Dachverband aller Organisationen, die sich mit der präklinischen Versorgung von Notfallpatienten befassen. Der IVR bezweckt die Förderung und Koordination des schweizerischen Rettungswesens.

Sprachliche Gleichbehandlung von Mann und Frau: der besseren Lesbarkeit wegen werden nur maskuline Bezeichnungen verwendet. Die femininen Analogie gelten sinngleich.

Abdruck, auch auszugsweise, nur mit Bewilligung IVR /AKOR SRK gestattet.

Der Leitfaden wurde im Auftrag des Vorstandes von der Arbeitsgruppe First Responder des Interverbandes für Rettungswesen unter der Leitung von Dr. med. Cyrill Morger erstellt.

Der Arbeitsgruppe gehörten bei der Bearbeitung an:

Dr. med. Cyrill Morger, Olten/Bern

Roman Burkart, Lugano

Claude Dubi, Aigle

Kurt Liniger, Murten

Elmar Rollwage, Zofingen

Doris Wolf, SSB Olten

Als Externe Fachpersonen leisteten wesentliche Beiträge:

Marc Elmiger, Wallisellen

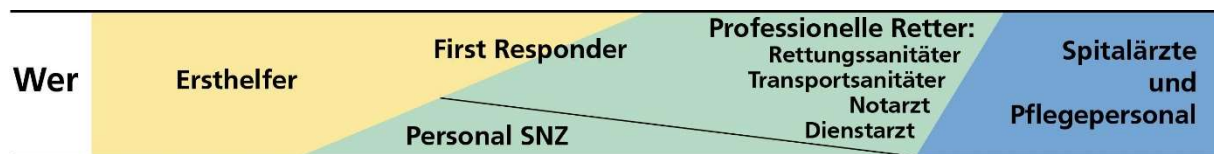
Anton Strelecek, Basel

Inhaltsverzeichnis

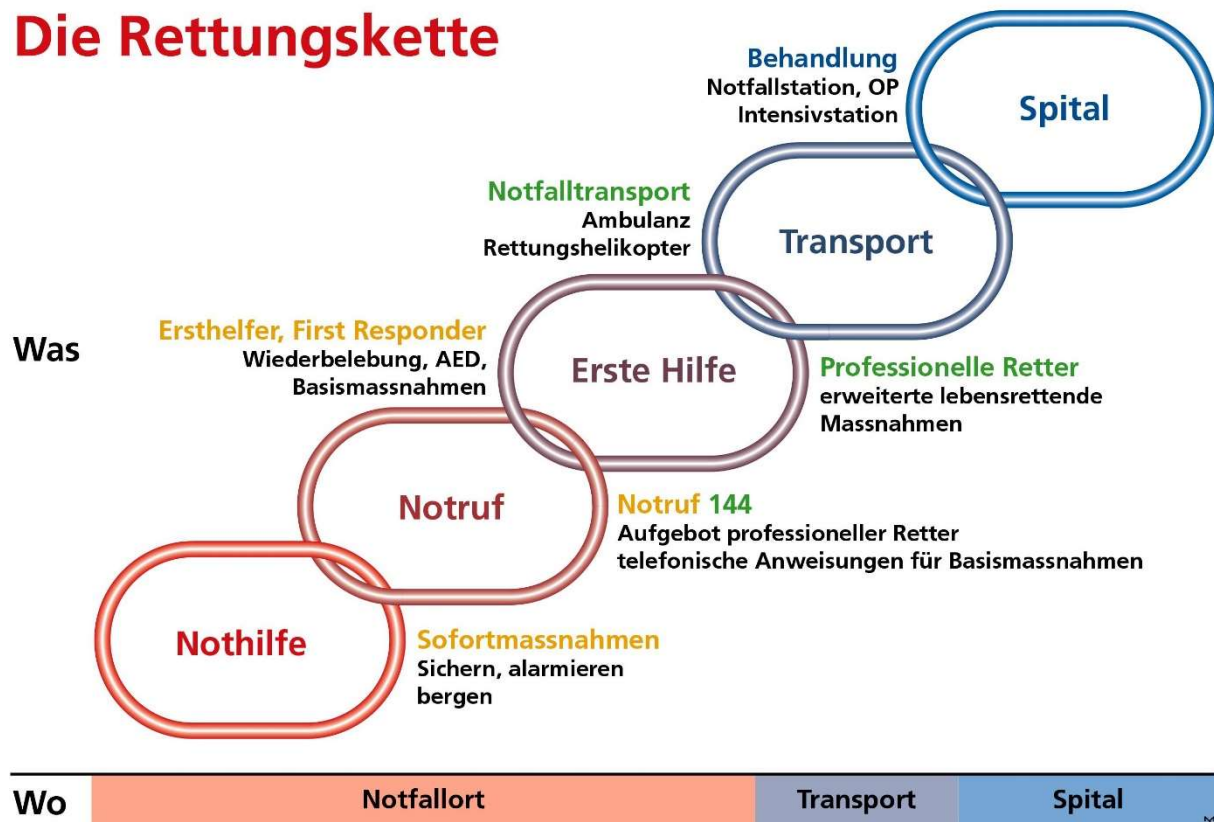
1.	Grundsätzliches	5
2.	Ausgangslage	7
3.	Vorgehen zu Beginn	9
4.	Organisation	10
5.	Rechtliche Grundlagen	11
5.1	Rechtliche Einordnung von First Respondern	11
5.2	Juristische Hinweise zur Einsatzindikation von First Respondern	12
5.3	Generelle Haftungsfragen	13
5.4	Zivil- und strafrechtliche Verantwortung	14
5.5	Juristische Aspekte beim Aufbau und Betrieb von First Responder-Systemen	15
5.5.1	Bewilligungspflicht	15
5.5.2	Ärztliche Leitung und Delegation von Kompetenzen	15
5.5.3	Schweigepflicht und Dokumentation	16
5.5.4	Versicherungsschutz der First Responder-Organisation	17
5.6	Strassenverkehrsrecht	18
5.6.1	Gesetzliche Grundlagen	18
5.6.2	Generelle Pflichten des Lenkers, allgemeingültige Verkehrsregeln	18
5.6.3	Fahrten mit Sondersignalen	18
5.6.4	Rechtsfolgen der Missachtung von Strassenverkehrsvorschriften	19
6.	Voraussetzungen und Ausbildung	20
6.1	Grundausbildung	20
6.2	Fort- und Weiterbildung	21
7.	Ausrüstung	22
7.1	Selbstschutz	22
7.1.1	Minimalausrüstung	22
7.2	Medizinisches Material	22
7.2.1	Grundausrüstung	22
7.3	Taktisches Material	24
7.4	Fahrzeuge	24
7.4.1	Blaulicht nur in Ausnahmefällen	24
8.	Alarmierung	25
8.1	Einsatzkriterien, Einsatzstichworte	25
9.	Einsatz	26
9.1	Personaleinsatz	26
9.2	Alarmierungsmodelle	26
9.3	Einsatzablauf	27
10.	Nachbearbeitung	29
10.1	Psychologische Aspekte	29
10.2	Nachbesprechung	30
10.3	Qualitätssicherung	32
10.4	Statistik	34
11.	Anhang	35
11.1	Vorlage Beispiel Einsatz Protokoll	35
11.2	Checkliste Einsatznachbesprechung - Defusing	36
11.2.1	Ein Defusing findet	36
11.2.2	3-Phasen-Gesprächstruktur	36
11.2.3	Ziele des Defusing	36
12.	Glossar	38

Einleitung

In den letzten zehn Jahren haben sich in der Schweiz und in vielen Ländern Europas First Responder zunehmend etabliert. Was als zukunftsweisende Idee einiger Pioniere begonnen hatte, ist mittlerweile vielerorts fester Bestandteil der Rettungskette. Die zu Beginn auf private Initiativen hin an einzelnen Orten aufgebauten Gruppen sind mittlerweile in zahlreichen Regionen etabliert und flächendeckend aktiv. Die beteiligten Helfer stammen aus den verschiedensten Organisationen, haben unterschiedliche Ausbildungen und Ausrüstungen. Deshalb hat der Interverband für Rettungswesen 2009 die Einsetzung einer ständigen Arbeitsgruppe First Responder beschlossen, die im Juni 2009 ihre Arbeit aufgenommen hat.



Die Rettungskette



1. Grundsätzliches

Ein First Responder (aus dem Englischen wörtlich übersetzt "Erst-Antwortender") ist ein Notfallhelfer als Ergänzung der Rettungskette. Er ist über die Sanitätsnotrufzentrale 144 alarmierbar und rückt immer parallel zum professionellen Rettungsdienst aus. **Der First Responder ist mindestens in Erster Hilfe und in Massnahmen der Notfallhilfe ausgebildet und überbrückt die Zeit, bis zum Eintreffen eines Rettungsmittels, mit qualifizierten basismedizinischen Massnahmen.** Er soll damit das therapiefreie Intervall, also die Zeit zwischen Eintreten des Notfalls und der ersten medizinischen Versorgung, verkürzen. Je schneller qualifizierte Massnahmen durchgeführt werden, desto günstiger und kürzer ist der Heilungsverlauf. Besonders dramatisch ist die Situation bei einem Herz-Kreislaufstillstand: Die Überlebenschance des Betroffenen sinkt bis zum Beginn qualifizierter Massnahmen jede Minute um 10%. Als First Responder ausgebildete Ersthelfer könnten eine Reanimation schon nach wenigen Minuten einleiten.

Entstanden sind First Responder aus der Erkenntnis, dass der organisierte Rettungsdienst manchmal zu viel Zeit bis zum Einsatzort benötigt, um schwere gesundheitliche Schäden von Notfallpatienten zu verhindern. Insbesondere weit vom zuständigen Rettungsdienst gelegene Gebiete profitieren davon. Der First Responder ist allerdings kein Ersatz-Rettungsdienst, sondern eine Ergänzung und Verstärkung der klassischen Rettungskette.

Der Begriff "Ersthelfer" dagegen bezeichnet jeden, der zufällig bei einem Notfall anwesend ist und Hilfe leistet, insbesondere Laien. Unter dem Begriff "Rapid Responder" schliesslich versteht man Angehörige professioneller Rettungsdienste, die innerhalb oder ausserhalb ihrer Tätigkeit für Ersteinsätze in der Nähe ihres Wohnortes aufgeboten werden können. Auch dieses Modell ist als Ergänzung der klassischen Rettungskette und nicht als Ersatz für den Rettungsdienst zu sehen.

First Responder-Einsätze werden freiwillig und in den meisten Regionen von Milizhelfern geleistet. Damit wird der professionelle und vom Kanton oder Privaten finanzierte Rettungsdienst von freiwilligen und in der Regel berufstätigen Milizhelfern unterstützt. Diese Tatsache macht nachvollziehbar, dass die Einsatzkapazität der Milizhelfer nicht unbeschränkt ist. Somit müssen die Einsatzindikationen und Aufgaben klar definiert sein, um eine Überbeanspruchung zu vermeiden. Aus medizinischer Sicht ist der Nutzen der First Responder beim Herz-Kreislaufstillstand am besten belegt. Ein schnelles Eingreifen innert Minuten wirkt sich positiv auf die Überlebenschancen dieser Patienten aus.



Grundsätzlich ist es die Aufgabe des kantonal organisierten Rettungswesens, jeden Notfallpatienten rasch und kompetent zu versorgen. Eine schnelle Hilfe ist in jedem Fall wünschenswert. Es gibt jedoch keine wissenschaftlichen Daten, die ausserhalb des Herzkreislaufstillstandes eine Beeinflussung der Überlebenschancen belegen. Aufgrund dieser Tatsachen empfiehlt der Interverband für Rettungswesen, den Einsatz der First Responder auf Situationen mit möglichem Herzkreislaufstillstand zu konzentrieren. In Ausnahmefällen können diese Milizhelfer zur dringlichen personellen oder logistischen Unterstützung des Rettungsdienstes beigezogen werden.

First Responder-Einsätze sind grundsätzlich Freiwilligenarbeit und können daher unentgeltlich geleistet werden. In mehreren Nachbarländern wird dies so praktiziert. Aus Sicht des Interverbands für Rettungswesen ist eine Entschädigung für die Mitglieder einer First Responder-Gruppe gerechtfertigt. Es sollen entweder der zeitliche Aufwand im Rahmen eines Einsatzes oder die Kosten für die Ausbildung und Ausrüstung refinanziert werden.

Pro Einsatz ist eine minimale Anzahl von 2 Helfern empfohlen. Um die zeitliche Belastung für die Mitglieder einer First Responder-Gruppe gering zu halten, schlägt der Interverband für Rettungswesen eine Organisation vor, die von der Mitgliederzahl abhängt. First Responder-Gruppen mit 10 oder weniger Mitgliedern sollen nach dem Zufallsprinzip organisiert sein. Dies bedeutet: es rückt aus, wer verfügbar ist. Diese Variante bringt ein kleines Risiko mit sich, dass einmal niemand ausrücken könnte. Erfahrungen aus bisherigen Systemen zeigen, dass in kleinen Gemeinden das Einsatzaufkommen gering und dieses Risiko äusserst klein ist. Da der Rettungsdienst so oder so aufgeboden wird, ist eine zeitnahe Patientenversorgung dennoch gewährleistet. Grössere Gruppen mit mehr als 10 Helfern können einen Pikettdienst mit entsprechender Planung betreiben. Damit kann die Verfügbarkeit der First Responder sichergestellt werden.

2. Ausgangslage

Seit dem Jahr 2000 haben sich an verschiedenen Orten in der Schweiz First Responder-Systeme gebildet. Zuvor existierten solche Modelle vor allem in den USA und in einigen europäischen Ländern (z.B. Deutschland, Italien). Durch die Arbeitsgruppe des Interverbands für Rettungswesen wurden Ende 2009 alle Kantone im Hinblick auf First Responder-Systeme angefragt, um einen Überblick über die Situation zu diesem Zeitpunkt zu erhalten. Aufgrund der erhaltenen Angaben erfolgte im Januar 2010 eine schriftlich durchgeführte Umfrage mittels detailliertem Fragebogen (Rücklaufquote: 33%), die aufschlussreiche Resultate lieferte. Im Jahr 2010 bestanden in der Schweiz in 15 Kantonen insgesamt 169 Einsatzorganisationen, die sich als First Responder betätigen.

Es handelt sich um Systeme in den Kantonen Aargau, Baselland, Bern, Freiburg, Graubünden, Neuenburg, Obwalden, Solothurn, St. Gallen, Tessin, Thurgau, Uri, Waadt, Wallis, Zug und Zürich. Zwei dieser Kantone (Solothurn, Tessin) verfügen über gut ausgebaute und fast flächendeckende First Responder-Systeme, in den anderen handelt es sich um einzelne regionale Projekte. In allen übrigen Kantonen gab es nach Informationsstand des IVR am 1. Januar 2010 keine First Responder-Organisationen. Viele First Responder-Gruppen sind einer Feuerwehr angegliedert, einige wenige basieren auf Samariterorganisationen oder der Polizei. Entsprechend handelt es sich bei den beteiligten Helfern mehrheitlich um Feuerwehrleute mit einer Zusatzausbildung in BLS/AED.



First Responder im Einsatz

Die Dauer der Grundausbildung beträgt in der Regel ca. 8 Stunden. Über die Dauer der Refresher-Kurse erhielten wir oft keine genauen Angaben, sie scheinen meistens ca. 4 Stunden zu umfassen. Die meisten Helfer werden durch medizinische Fachpersonen wie Ärzte oder Rettungssanitäter ausgebildet. Alle erfassten Systeme sind in den letzten 10 Jahren entstanden und die Mehrheit steht seit 5 bis 10 Jahren im Einsatz. Die Anzahl zur Verfügung stehender Helfer beträgt bei den meisten Gruppen 10-15 Personen. Während die meisten First Responder im Zufallsprinzip aufgeboden werden ("wer verfügbar ist, rückt aus"), haben drei Systeme einen Pikettdienst organisiert.

Als Einsatzgebiet sind jeweils die Gemeinde oder mehrere, zusammengeschlossene Gemeinden vorgesehen. Die Alarmierung erfolgt bei den meisten Gruppen über eine gemeinsame Einsatzzentrale von Feuerwehr und Rettungsdienst bzw. eine integrierte Leitstelle, in welcher auch die Polizei involviert ist. Bei den Einsatzindikationen bestehen sehr grosse Unterschiede. Während einzelne Gruppen nur ausrücken, wenn der Rettungsdienst ausgelastet ist, werden andere bei allen D1-Einsätzen des Rettungsdienstes parallel mitaufgeboden. Neben diesen Extremvarianten ergibt sich eine grosse Anzahl Systeme, die bei den Stichworten "bewusstlose Person", "Herzprobleme", "Atemnot" und "leblose Person" aktiviert werden.

Fast alle First Responder gaben an, ein Einsatzprotokoll auszufüllen und die Einsätze statistisch zu erfassen. Nachbesprechungen der Einsätze scheinen ebenfalls die Regel zu sein. Für die Einsätze verwenden die meisten First Responder ein Feuerwehrfahrzeug, einige wenige rücken auch mit Privatfahrzeugen ohne Sondersignal aus. Eine Einsatzgruppe verfügt über ein spezielles First Responder-Fahrzeug.

Ein halbautomatischer Defibrillator und Beatmungsmaterial gehören zur Grundaus-rüstung und mehr als die Hälfte der erfassten Systeme setzt Sauerstoff ein. Ein Drittel der Organisationen hatte im Rahmen der First Responder-Tätigkeit bereits einmal Kontakt zu den Medien. Für das uns zur Verfügung gestellte Bildmaterial möchten wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken.

Neben zahlreichen regionalen Besonderheiten hat die Umfrage auch gezeigt, dass die Einsätze teilweise den Patienten verrechnet werden, während bei der Mehrzahl der Systeme die Gemeinden die Kosten tragen.

144
pour tous
les cas d'urgences sanitaires
für alle medizinischen Notfälle
per tutte le urgenze sanitarie

3. Vorgehen zu Beginn

Für diejenigen, die sich mit dem Aufbau eines First Responder-Systems beschäftigen, sind in diesem Kapitel einige wichtige Aspekte zusammengestellt.

Von der Idee bis zum ersten Einsatz muss mit einer Zeitdauer von ca. einem Jahr gerechnet werden. **Als erstes gilt es, Gleichgesinnte zu mobilisieren und Ideen zusammenzutragen. Von Beginn weg ist es empfehlenswert, mit den lokal oder regional bereits bestehenden notfallmedizinischen Strukturen (z.B. Rettungsdienst, Sanitätsnotrufzentrale, Dorfarzt, Samariterverein) zusammenzuarbeiten bzw. diese einzubeziehen.** Aus logistischen und rechtlichen Gründen ist es am besten, die First Responder in eine bereits bestehende Organisation (z.B. Feuerwehr) einzubinden. Damit dies möglich ist, muss neben den Verantwortlichen dieser Organisation die Gemeindeführung kontaktiert und das Vorgehen mit ihr abgesprochen werden.

Idealerweise werden auf diesem Weg auch Fragen wie Auftraggeber und Finanzierung geklärt. Um die notwendigen finanziellen Mittel zu beschaffen, sind Beiträge der Gemeinde, von Stiftungen oder Sponsoren denkbar.

Damit das Projekt bekannt wird ist es ratsam, in einer frühen Phase eine Informationsveranstaltung für die Bevölkerung durchzuführen. Ziel eines solchen Anlasses soll die Gewinnung von freiwilligen Helfern, aber auch von potentiellen Sponsoren sein. Hilfreich ist dabei die Unterstützung der lokalen Presse. Ein geplantes First Responder-Projekt soll und darf in den Medien ein Thema sein!

Sind die Kontakte zu den bestehenden lokalen Notfallorganisationen und zur Gemeinde hergestellt, genügend Helfer rekrutiert und finanzielle Startmittel vorhanden, muss ein umfassendes First Responder-Einsatzkonzept erstellt werden. Aspekte wie Organisation, Einsatzindikationen, Ausbildung und Ausrüstung müssen berücksichtigt werden. Dabei hilft dieser Leitfaden.

Je nach Region und Vernetzung der Initianten muss mit Skepsis oder Widerstand aus den Reihen der bereits vorhandenen Notfallstrukturen gerechnet werden. Politisch sind First Responder-Projekte kaum umstritten und werden in der Regel von allen Seiten unterstützt. Es ist davon auszugehen, dass kritische Stimmen nach dem erfolgreichen Start eines First Responder-Systems allmählich verstummen. Für die Zukunft eines Projektes besonders förderlich sind Berichte über einen Einsatz in der Startphase, bei dem ein Leben gerettet und die Effizienz bewiesen werden konnte.

4. Organisation

Die Organisation einer First Responder-Gruppe kann unterschiedlich gelöst werden. Es empfiehlt sich jedoch, die Helfer an eine Blaulichtorganisation anzuschliessen. Dies hat den Vorteil, dass gewisse Erfahrungen mit Einsatzsituationen bereits vorhanden sind. Weiter kann z.B. in Feuerwehren auf Fahrzeuge und vorhandenes Sanitätsmaterial zurückgegriffen werden.

Der Einsatz von First Respondern ist nur dann sinnvoll, wenn eine unmittelbare parallele Alarmierung der First Responder-Gruppe mit dem Rettungsdienst stattfindet. Hierzu ist die Anbindung der First Responder-Gruppe an eine Sanitätsnotrufzentrale 144 notwendig. Diese

übernimmt im Einsatzfall die Alarmierung. Weiter ist es sinnvoll, wenn die First Responder-Gruppen mit den lokalen Rettungsdiensten zusammenarbeiten, um sich aufeinander abzustimmen. Durch Synergien im Bereich Ausbildung und Material können Kosten eingespart und eine breitere Akzeptanz erreicht werden.

Für den Betrieb einer First Respondergruppe empfehlen wir, ein Konzept anhand des IVR-Leitfadens zu erarbeiten, welches die wichtigen Themen beinhaltet. Als besonders wichtig erachten wir:

- eine direkte Anbindung an die zuständige Sanitätsnotrufzentrale mit Möglichkeit der direkten Alarmierung
- eine Kooperation mit dem zuständigen Rettungsdienst
- eine Einbindung der First Responder in eine Organisation wie Feuerwehr, Samariterverein, SLRG usw.

Da die First Responder in der Regel auf eine oder mehrere Gemeinden beschränkte Einsatzgebiete haben, erfolgt die Finanzierung über die Gemeinden. Alternativ können Stiftungen angefragt oder Sponsoren gesucht werden.



First Reponder Mümliswil – Ramiswil SO

5. Rechtliche Grundlagen

5.1 Rechtliche Einordnung der First Responder

Bei der rechtlichen Einordnung, bzw. bei der rechtlichen Beurteilung des Handelns der First Responder stellen sich aus juristischer Sicht 2 Fragen: Was ist und was macht ein First Responder. Juristisch geht es also um die Stellung und Kompetenzen eines First Responders, insbesondere zur Klärung der Verantwortlichkeit in einem Schadenfall.

Ein Blick in die einschlägigen Rechtsnormen lässt Verwirrung zurück: Die rechtlichen Grundlagen (sofern überhaupt vorhanden), sind sehr heterogen, der Begriff des First Responders ist rechtlich schwer fassbar. Es finden sich diverse Definitionen und Einsatzindikationen. Der Bund gibt keine Rahmenbedingungen vor, die Kantone überlassen die konkreten Regelungen meist den Gemeinden oder äussern sich kaum zur Tätigkeit der First Responder. Nur ganz vereinzelt existieren konkrete und detaillierte Regelungen.

Je nach konkreter Situation, insbesondere dem konkreten Ausbildungsstand der First Responder, kann der First Responder juristisch gesehen als Ersthelfer (als Laie mit entsprechender Ausbildung) oder als medizinisches Hilfspersonal (mit einer spe-zifischen Ausbildung) qualifiziert werden. Während die Einordnung als Ersthelfer kaum rechtliche Probleme bietet, wird es bei der Qualifikation als medizinisches Hilfspersonal komplexer. Siehe dazu Kapitel 5.5.2, Ärztliche Leitung und Delegation von Kompetenzen.

Hinsichtlich der Trägerschaft von First Responder-Systemen kann festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Trägerschaften öffentlich-rechtlich strukturiert sind (z.B. Feuerwehren und Polizeikorps), private Strukturen sind grundsätzlich auch möglich (z.B. Samaritervereine), aber in der Praxis seltener anzutreffen. Als Faustregel gilt:

- Öffentlich-rechtlicher First-Responder Dienst: Das Rechtsverhältnis richtet sich nach öffentlichem Recht. Ergänzend kann das Privatrecht herangezogen werden.
- Privater First-Responder Dienst: Das Rechtsverhältnis richtet sich nach Privatrecht, insbesondere nach dem Obligationenrecht (Vertrag, Auftrag).

5.2 Juristische Hinweise zur Einsatzindikation von First Respondern

Die Bundesverfassung garantiert jedem Menschen weitgehende Freiheits- und Persönlichkeitsrechte. An oberster Stelle steht das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die meisten medizinischen Massnahmen an Patienten, auch die Durchführung von CPR und der Einsatz von AED's stellen juristisch gesehen eine Körperverletzung dar. Grundsätzlich sind diese Handlungen nicht erlaubt, es sei denn, der Patient willigt ein. Dazu müsste der Patient gemäss der geltenden Rechtsprechung über die Risiken der medizinischen Handlung aufgeklärt werden. Bei den meisten First Responder Einsätzen (Herz-Kreislaufstillstand, bewusstlose Person) ist dies nicht möglich, hier nimmt man aber die mutmassliche Einwilligung des Patienten an. Solange also der Patient nicht bei Bewusstsein ist, bestehen wenig rechtliche Fallstricke.



Ist der Patient bei Bewusstsein, so gilt aber grundsätzlich sein Wille und eben die Aufklärungspflicht, was rechtlich gesehen aufgrund der nicht umfassenden Ausbildung problematisch werden kann.

Generell gilt: Je weiter der medizinische Rahmen gesteckt wird, desto mehr potentielle Fehlerquellen tun sich auf. Konzentriert sich der Einsatz der First Responder auf BLS-Massnahmen (inkl. AED-Einsatz), so stehen aus rechtlicher Sicht kaum Probleme im Raum. Ein reanimationspflichtiger Patient kann juristisch gesehen praktisch nicht zusätzlich geschädigt werden (klinischer Tod). Nehmen die Indikationsspanne und somit auch die potentiellen Handlungen am Patienten zu, steigt auch das rechtliche Risiko, für ein Fehlverhalten belangt zu werden. Aus rechtlicher Sicht sind die Indikationen für First Responder Einsätze darum eng zu fassen.

5.3 Generelle Haftungsfragen

Aus rechtlicher Sicht interessiert zunächst, ob überhaupt eine Pflicht zur Hilfeleistung besteht. Je nach Blickwinkel wird dies unterschiedlich beantwortet:

- Aus zivilrechtlicher Sicht besteht keine Hilfeleistungspflicht. Es kann also niemand finanziell zur Rechenschaft gezogen werden, wenn man nichts unternimmt. Wenn aber eine Handlung begonnen wurde, dann schuldet der Helfer ein sorgfältiges Zu-Ende-Führen der Hilfeleistung nach bestem Wissen und Gewissen.
- Strafrechtlich gesehen besteht nur eine Pflicht zur Hilfeleistung an lebensbedrohlich verletzte oder erkrankte Menschen, die Hilfeleistung muss dem Helfenden zudem zumutbar sein.
- Als Teilnehmer im Strassenverkehr wiederum ist jedermann gestützt auf das Strassenverkehrsgesetz bei Unfällen zur Hilfeleistung verpflichtet, unabhängig von der Schwere der Verletzungen.

Ein fehlerhaftes Verhalten des First Responders kann nun grundsätzlich haftpflichtrechtliche (finanzielle) und strafrechtliche Sanktionen nach sich ziehen. Bei beiden wird immer geprüft werden müssen, ob das Verhalten des First Responders objektiv und subjektiv (also unter Berücksichtigung der Ausbildung des First Responders und der konkreten Situation) falsch war. Die oft gehörte Aussage, dass „Laien“ nicht haften, ist juristisch nicht korrekt, nur der rechtliche Massstab ist anders. Die Gerichte werden bei der Beurteilung der subjektiven Seite bei der Qualifikation des First Responders als Ersthelfer (Laie) in der Regel einen milden Haftungsmassstab anlegen (wohl beschränkt auf grobe Fahrlässigkeit), bei der Qualifikation als medizinisches Hilfspersonal wird er strenger sein (Haftung grundsätzlich für jede Art von Verschulden, auch leichte Fahrlässigkeit). In der Praxis kommt es sehr auf die Qualifikation des First Responders als Ersthelfer oder als medizinische Hilfsperson an, dies ist bereits beim Aufbau eines First Responder-Systems zu berücksichtigen (siehe Kapitel 5.5.)

Bei Beschränkung der Massnahmen auf CPR und AED-Einsatz sind rechtliche Konsequenzen praktisch ausgeschlossen: Ohne diese Massnahmen stirbt der Patient, eine fehlerhafte Massnahme kann juristisch gemäss geltendem Schweizer Recht nicht verfolgt werden.

5.4 Zivil- und strafrechtliche Verantwortung

Damit es zu einer zivilrechtlichen (haftungsrechtlichen) Verantwortung des First Responders kommen könnte, müsste der geschädigte Patient (oder seine Angehörigen) dem First Responder neben einem finanziellen Schaden eine Widerrechtlichkeit der Handlung und einen Kausalzusammenhang zwischen der Handlung und dem eingetretenen Schaden nachweisen. Erfahrungsgemäss ist dies sehr schwierig. Wegen einer zivilrechtlichen Verantwortlichkeit muss sich der First Responder aus rechtlicher Sicht heute kaum Sorgen machen. Da er in der Regel in einem öffentlich-rechtlichen Verhältnis tätig ist, kommt er in den Schutz der ausschliesslichen Staatshaftung, d.h. ein potentiell geschädigter Patient kann seine haftungsrechtlichen Ansprüche nur gegenüber dem Staat geltend machen, der ihn auch entschädigen würde. Allerdings könnte der Staat im Innenverhältnis auf den schädigenden First Responder Rückgriff nehmen, dies dürfte jedoch nur bei grobem Verschulden des First Responders zum Erfolg führen.

Bei einem privatrechtlich organisierten First Responder-System ist neben der Haftung des Trägers grundsätzlich auch eine persönliche Haftung des First Responders möglich. Hier ist genau zu prüfen, ob eine Haftpflichtversicherung besteht (siehe unten Kapitel 5.5) und wer bzw. was damit gedeckt ist. Zu beachten ist, dass beispielsweise der privat an einen Unfall hinzukommende First Responder in der Regel nicht durch die Haftpflichtversicherung des Trägers gedeckt ist und für seine Handlungen alleine die Verantwortung zu übernehmen hat. Er muss hier also eine eigene Risikoabschätzung vornehmen, darf aber dabei berücksichtigen, dass er zivilrechtlich gesehen nichts zu befürchten hat, wenn er nicht hilft (siehe oben 5.3) und zudem im Schadenfall milde beurteilt würde. Hier schafft auch eine persönliche Privathaftpflicht-Police Abhilfe, die bereits für geringe Beträge abgeschlossen werden kann und sehr zu empfehlen ist.

Die strafrechtliche Verantwortung trifft im Gegensatz zur haftungsrechtlichen in erster Linie den First Responder persönlich. Es werden ihm aber relativ weitgehende Rechtfertigungs- und Schuldreduktionsgründe zugestanden, so dass auch hier nur selten mit einer Verurteilung gerechnet werden muss. In besonderen Konstellationen, besonders bei First Responder-Systemen mit einer ärztlichen Leitung und erweiterten Massnahmen, könnte aber auch eine strafrechtliche Verantwortung der (medizinischen) Vorgesetzten resultieren, z.B. wegen einer fehlerhaften Ausbildung, Delegation oder Überwachung der First Responder.

5.5 Juristische Aspekte beim Aufbau und Betrieb von First Responder-Systemen

Für den Aufbau und Betrieb einer First Responder-Gruppe müssen zur rechtlichen Absicherung die beiden eingangs gestellten Fragen (Stellung und Kompetenzen der First Responder) beantwortet werden können. Um hier nicht strukturelle Fehler einzubauen, empfiehlt sich der Beizug von juristisch geschulten Fachleuten. Im Sinne einer Checkliste sind hier die wichtigsten zu klärenden Punkte aufgeführt.

5.5.1 Bewilligungspflicht

Als erster Schritt muss geklärt werden, ob Aufbau und Betrieb einer First Responder-Gruppe eventuell einer Bewilligungspflicht unterliegen. Diese kann z.B. in einer kantonalen oder kommunalen gesetzlichen Grundlage, ev. sogar in einer aufgabenspezifischen Regelung (z.B. für Feuerwehren) festgehalten sein. Dabei ist auf die sehr unterschiedlichen Anforderungen zu achten, die beispielsweise im Bereich Ausbildung und Ausrüstung und in der Verfügbarkeit (Vorhaltekapazität) bestehen. Von Bedeutung ist hier auch, dass nicht alle Organisationen eine Bewilligung zum Führen von Fahrzeugen mit Sondersignalanlagen erhalten.

5.5.2 Ärztliche Leitung und Delegation von Kompetenzen

Weiter muss geklärt werden, ob und in welchem Umfang aufgrund der eventuell vorhandenen gesetzlichen Grundlagen eine ärztliche Leitung notwendig ist. Eine ärztliche Leitung zur Betreuung und Unterstützung ist grundsätzlich zu begrüssen und zu empfehlen, Im Idealfall in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst. Selbst wenn keine gesetzliche Grundlage dazu vorhanden ist, kann sich eine Organisation dazu entschliessen, „freiwillig“ eine ärztliche Leitung zu benennen. Ist keine ärztliche Leitung und sind nur einfache Massnahmen vorgesehen, dann ist die Organisation relativ frei in der Ausgestaltung der medizinischen Massnahmen, es braucht dann z.B. keine spezielle Regelung des Einsatzes von AED, da grundsätzlich jeder Ersthelfer einen AED bedienen darf, auch ohne vorgängige Schulung.

Falls regelmässig weitere Indikationen vorgesehen und eine ärztliche Leitung vorgeschrieben ist oder eine solche auf freiwilliger Basis installiert wird, sind in einem nächsten Schritt die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung aller beteiligten Rollen zu klären (Pflichtenhefte).

Grundsätzlich könnten dann die First Responder wie medizinisches Hilfspersonal qualifiziert werden, mit folgenden Konsequenzen:

- First Responder müssen medizinisch beaufsichtigt sein, d.h. es braucht eine ärztliche Leitung, die sich persönlich über den Ausbildungsstand der eingesetzten First Responder zu informieren hat und gegebenenfalls Ausbildungsmassnahmen einleitet und durchführt.
- Die First Responder unterliegen einer Weisungsgebundenheit für die medizinischen Massnahmen, diese dürfen nicht ohne entsprechende Ausbildung angewendet werden (z.B. Einsatz von AED und Sauerstoffgabe)
- Es gelten dieselben Grundregeln wie für andere medizinische Hilfspersonen (siehe unten „Schweigepflicht und medizinische Dokumentation“)

Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf klar formulierte medizinische Kompetenzen zu legen. Die ärztliche Leitung kann Aufgaben an die First Responder delegieren, muss sich dann aber auch vergewissern, dass die delegierten Massnahmen korrekt ausgebildet, erlernt und durchgeführt werden. Wie weit diese Delegation gehen soll, muss von Organisation zu Organisation einzeln bestimmt werden. Aus rechtlicher Sicht empfiehlt sich, klare und einfache Algorithmen / Guidelines zu verwenden und eng einzugrenzen (z.B. CPR, Einsatz von AED und Sauerstoffgabe im Reanimationsfall). Aus rechtlicher Sicht ist davon abzuraten, medizinische Massnahmen regelmässig unter Berufung auf die Notsituation durchzuführen: Entweder ist eine Massnahme erlernt und delegiert und kann dann ohne weiteres angewendet werden, oder eben nicht. Sobald man von Algorithmen / Guidelines abweicht, müssten aus rechtlicher Sicht fundierte medizinische Grundlagen für die spätere Begründung der Abweichung vom anerkannten Standard gegeben sein. Dies dürfte jedoch bei den allermeisten First Respondern wegen der beschränkten Ausbildungskapazität nicht der Fall sein.

5.5.3 Schweigepflicht und Dokumentation

Wird der First Responder als medizinisches Hilfspersonal angesehen (was wie schon gezeigt auf die konkrete gesetzliche Grundlage ankommt), dann ist die Sachlage klar: Die First Responder unterliegen einer gesetzlichen (und auch strafrechtlich geschützten) Schweigepflicht. Dritten gegenüber (auch Kollegen im selben First Responder-Dienst!) darf grundsätzlich nur mit Einwilligung des Patienten Auskunft gegeben werden, davon ausgenommen sind nachbehandelnde Medizinalpersonen (z.B. das am Einsatzort eintreffende Rettungsdienstpersonal). Auch wenn der First Responder als Ersthelfer angesehen werden sollte, so empfiehlt sich aus rechtlicher Sicht, die Schweigepflicht durch die Organisation festzuschreiben.

Zudem muss eine Dokumentation über den Einsatz angelegt werden, die mindestens über die Personalien des Patienten, die konkrete Situation, über die Zeitverhältnisse, über den Gesundheitszustand des Patienten und die durchgeführten Massnahmen sowie über die eingesetzten Mittel und handelnden Personen Auskunft gibt. Selbstverständlichkeiten (z.B. über den konkreten Druckpunkt bei der CPR) müssen nicht dokumentiert werden, aussergewöhnliches (z.B. fehlende Beatmungsmöglichkeit) aber immer. Das Einsatzprotokoll ist unmittelbar nach dem Einsatzen zu verfassen, die Unterlagen sind in der Regel während 10 Jahren aufzubewahren. Dem Patienten ist zudem jederzeit die Einsicht in die über ihn vorhandenen Unterlagen zu gewähren.

Die juristische Bedeutung der Dokumentation ist nicht zu unterschätzen: Sollte eine mangelhafte oder fehlende Dokumentation im Falle einer vermuteten Fehlbehandlung zu Beweisschwierigkeiten führen, so kann im Extremfall die Beweislast umgekehrt werden. Gegebenenfalls kann dadurch eine Haftung entstehen, selbst wenn ein eigentliches Fehlverhalten gar nicht bewiesen werden kann. Nachträgliche Änderungen am Protokoll sind zwar erlaubt, müssen jedoch kenntlich gemacht werden, um sich nicht dem Vorwurf einer Urkundenfälschung auszusetzen.

5.5.4 Versicherungsschutz der First Responder-Organisation

Insbesondere bei privatrechtlich strukturierten Organisationen ist unbedingt zu prüfen, ob ein Versicherungsschutz besteht. Bei öffentlich-rechtlichen Institutionen wie z.B. Feuerwehren und Polizeikorps ist ein solcher Schutz zwar anzunehmen, es ist aber nötig, den genauen Umfang im Einzelfall zu klären und zu dokumentieren, auch im Bereich der Motorfahrzeughaftpflicht (wenn überhaupt Fahrzeuge eingesetzt werden). Aus rechtlicher Sicht ist es empfehlenswert, neu aufzubauende First Responder unter das rechtliche „Dach“ von bereits bestehenden Organisationen (Feuerwehr, Samariterverein) zu unterstellen, die in der Regel bereits über eine Versicherungsdeckung verfügen.

5.6 Strassenverkehrsrecht

5.6.1 Gesetzliche Grundlagen

Eine Vielzahl von Normen regelt das Verhalten im Strassenverkehr. Grundlegend sind das Strassenverkehrsgesetz (SVG) und die Verkehrsregelverordnung (VRV). Eine Weisung des Eidgenössischen Departementes für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation (UVEK) konkretisiert die gesetzlichen Grundlagen und enthält als Anhang ein Merkblatt, das einfach und verständlich geschrieben zusammenfasst, wie sich die Lenker auf einer dringlichen Einsatzfahrt zu verhalten haben. Es kann im Internet auf den Seiten des ASTRA abgerufen werden (bei Problemen kann auch die Geschäftsstelle des IVR kontaktiert werden).

Es ist vorgeschrieben und es muss aus juristischer Sicht dringend empfohlen werden, dieses Merkblatt als Pflichtlektüre jedem First Responder abzugeben und visieren zu lassen.

5.6.2 Generelle Pflichten des Lenkers, allgemeingültige Verkehrsregeln

Die Grundregel von Art. 26 SVG besagt, dass sich jedermann im Verkehr so verhalten muss, dass er andere in der ordnungsgemässen Benützung der Strasse weder behindert noch gefährdet. Dabei ist besondere Vorsicht geboten gegenüber Kindern, Gebrechlichen und alten Leuten oder wenn Anzeichen dafür bestehen, dass sich ein Strassenbenützer nicht richtig verhalten wird. Zudem muss ein Fahrzeugführer nach Art. 31 Abs. 1 SVG und Art. 2 und 3 VRV sein Fahrzeug ständig so beherrschen können, dass er seinen Vorsichtspflichten nachkommen kann. Die Geschwindigkeit muss nach Art. 32 SVG und Art. 4 VRV stets den Umständen angepasst werden. Auch für den Fahrer eines Fahrzeuges mit Sondersignal gilt also, dass er jederzeit vor einem Hindernis anhalten können muss und nur so schnell fahren darf, wie es z.B. Sichtweite (Regen, Nebel, Sonnenstand) und Strassenverhältnisse (Regen, Schnee) zulassen.

5.6.3 Fahrten mit Sondersignalen

Art. 16 Abs. 3 VRV besagt, dass Blaulicht und Wechselklanghorn nur gebraucht werden dürfen, solange die Fahrt dringlich ist und die Verkehrsregeln nicht eingehalten werden können. Dabei ist massgebend, dass bei einem Einsatz Rechtsgüter (Leben, Gesundheit) gefährdet sein müssen, bei denen selbst kleine Zeitverluste eine erhebliche Vergrösserung des Schadens bewirken können. Juristisch gesehen dürfen Blaulicht und Wechselklanghorn dann verwendet werden, wenn es auf einen möglichst raschen Einsatz ankommt, um Menschenleben zu retten. Dies ist mit ein Grund, warum die Indikationen für First Responder-Einsätze mit Sondersignal eng gefasst sein sollten.

Der Gesetzgeber nimmt in Kauf, dass im Interesse von Leben und Gesundheit eines Menschen gewisse Verkehrsregelverletzungen begangen werden. Juristisch gesprochen nimmt man hier eine Abwägung der betroffenen Rechtsgüter vor, wobei das Rechtsgut Leben bzw. Gesundheit höher zu werten ist als das Rechtsgut Sicherheit im Strassenverkehr. Die Grenze der Toleranz ist aber dort erreicht, wo durch die Fahrweise andere Verkehrsteilnehmer und somit wiederum die Rechtsgüter Leben und Gesundheit von Menschen gefährdet oder verletzt werden.

Nach Art. 16 Abs. 1 VRV sind nur Fahrzeuge mit Sondersignal (nur Blaulicht und Wechselklanghorn zusammen!) vortrittsberechtigt, die Lenker dürfen von den Verkehrsregeln abweichen. Auch auf einer dringlichen Dienstfahrt sind aber gewisse Vorschriften zu befolgen. So besagt Art. 100 Abs. 4 SVG, dass die Lenker nur unter Wahrung der gebotenen Sorgfalt von den Verkehrsregeln und Geschwindigkeitsvorschriften abweichen dürfen. Diese Sorgfalt bemisst sich nach den oben genannten allgemeingültigen Verkehrsregeln, die auch bei Fahrten mit Sondersignal uneingeschränkt gelten. Zu beachten ist, dass ein mit einem Privatfahrzeug (ohne Sondersignalanlage) zum Einsatzort oder Feuerwehrdepot fahrender First Responder nie Vortrittsrechte in Anspruch nehmen kann und sich in jedem Fall an die Verkehrsregeln zu halten hat. Weiter muss die dringliche Einsatzfahrt von der disponierenden Zentrale angeordnet sein, ein eigenmächtiger Entscheid der First Responder ist nicht gestattet.

Die Weisung des UVEK konkretisiert, was auf einer dringlichen Einsatzfahrt besonders zu beachten ist. So muss z.B. Blaulicht und Wechselklanghorn frühzeitig eingeschaltet werden, damit die übrigen Verkehrsteilnehmer rechtzeitig gewarnt werden und genügend Zeit haben, dem vortrittsberechtigten Fahrzeug Platz zu machen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einzelne Strassenbenützer die besonderen Warnsignale nicht oder zu spät wahrnehmen oder unzweckmässig reagieren können. Kurz: Auf einer dringlichen Einsatzfahrt muss man für die anderen Verkehrsteilnehmer mitdenken.

Bei der Einfahrt in eine Kreuzung muss so langsam gefahren werden, damit noch rechtzeitig angehalten werden kann, falls andere Verkehrsteilnehmer die besonderen Warnsignale übersehen oder nicht beachten. Auf einen Sicherheitshalt soll nach Möglichkeit verzichtet werden, um keine Zweifel über die Beanspruchung des Vortrittsrechts aufkommen zu lassen. Das Tempo darf erst wieder beschleunigt werden, wenn sich der Fahrzeugführer vergewissert hat, dass er die Verzweigung gefahrlos passieren kann.

5.6.4 Rechtsfolgen der Missachtung von Strassenverkehrsvorschriften

Kommt es zu einem Unfall und kann dem Lenker ein Verstoss gegen die oben genannten allgemeinen Grundsätze nachgewiesen werden, wird eine Verurteilung wegen Nichtanpassens der Geschwindigkeit und / oder Nichtbeherrschen des Fahrzeuges erfolgen. Je nach Schwere der Übertretung wird das Verhalten des Lenkers als leichte, mittelschwere oder schwere Widerhandlung gegen das SVG qualifiziert. Eine schwere Widerhandlung hat einen mindestens dreimonatigen Führerausweisentzug zur Folge. Das Bundesgericht legt heute einen relativ strengen Massstab an die Autofahrer: So hat es z.B. entschieden, dass ein Unfall wegen Aquaplanings bei rund 90 – 100 km/h als grobe Verkehrsregelverletzung zu werten ist.

Zusätzlich zu einem Führerausweisentzug können noch andere Sanktionen auf einen fehlbaren Lenker zukommen. Neben einer Bestrafung wegen grober oder leichter Verletzung von Verkehrsregeln (in der Regel Busse, bei Wiederholung ev. sogar Haft) kann auch eine Verurteilung wegen Nötigung (z.B. durch zu dichtes Auffahren), im Fall eines Personenschadens auch eine Strafe (Busse oder Gefängnis) wegen fahrlässiger leichter oder schwerer Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung resultieren.



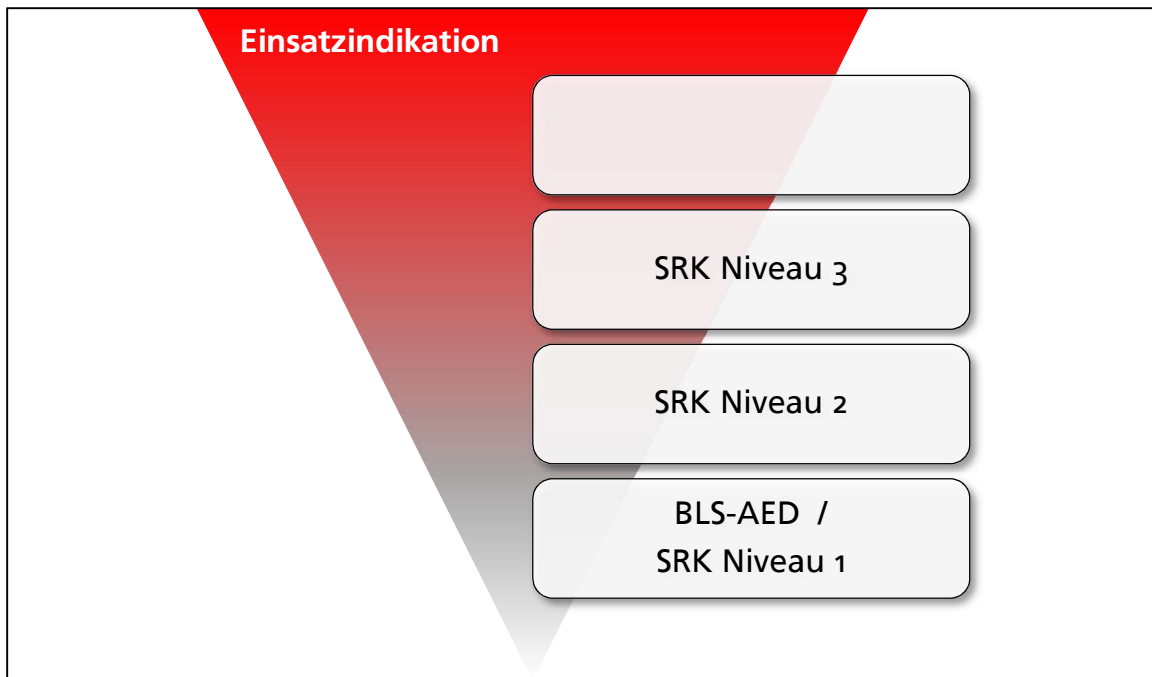
6. Voraussetzungen und Ausbildung

Die entsprechenden Fachkompetenzen sind für jede Tätigkeit im medizinischen Rettungswesen unerlässlich. Dies gilt auch für First Responder. Der Erwerb der entsprechenden Kompetenzen, auch in der „Laienrettung“, muss aus dem Nachweis dieser Qualifikation hervorgehen. Weiter ist eine kontinuierliche Fortbildung zur Erweiterung, Vertiefung und Erneuerung der Kompetenzen nötig. Letztlich sollte die ärztliche Leitung der First Responder Gruppe die nötigen Fachkompetenzen / Qualifikationen und die damit verbundenen Grund- und Weiterbildungen definieren. Je umfassender die Einsatzkriterien gestellt werden, desto höher und professioneller muss auch die Ausbildung des First Responder sein, da auch die angeforderten Fachkompetenzen ansteigen. Grundsätzlich gilt die Regel, je mehr Ausbildung und Vorbereitung auf die Einsätze, desto besser.

6.1 Grundausbildung

Der IVR weist darauf hin, dass zurzeit der Nutzen eines First Responder Systems nur in Bezug auf den Herz-Kreislaufstillstand wissenschaftlich erwiesen ist. Die medizinische Grundausbildung soll sich daher primär an der Reanimation orientieren, damit die Berechtigung zur Frühdefibrillation gegeben ist, falls dies in den Regelungen der zuständigen kantonalen Gesundheitsbehörde nicht anders definiert ist. Als minimale Ausbildung werden die vom Swiss Resuscitation Council anerkannten BLS-AED Komplett Kurse angesehen, die den Erwerb der nötigen Fachkompetenzen für die Ersthelferanimation dokumentieren. Empfehlenswert ist eine Ausbildung auf Stufe „Niveau 1“ gemäss SRK Ausbildungssystematik, damit auch in unerwarteten lebensbedrohenden Zuständen mit vorhandenen Herz-Kreislauf-Funktionen ausreichende Kompetenzen vorhanden sind. Die internationalen Richtlinien 2010 zur Reanimation legen bei der Indikation für einen Alarm mit dem Stichwort „Herz-Kreislaufstillstand“ den Schwerpunkt auf die Bewusstlosigkeit des Patienten. Daher kann es vorkommen, dass die Sanitätsnotrufzentrale 144 eine Notsituation überschätzt (falsch positiv) und der First Responder mit einer klinischen Situation konfrontiert ist, die über die Einsatzindikation „Herz-Kreislaufstillstand“ hinausgeht.

Sollten die Einsatzkriterien für First Responder planmässig über die Reanimation hinaus, zum Beispiel auf Herz-Kreislauf oder weitere Notfälle, ausgeweitet werden, bedürfte es einer angepassten und gezielten Grundausbildung auf Stufe „Niveau 2 oder 3“ gemäss SRK Ausbildungssystematik.



6.2 Fort- und Weiterbildung

Die konstante Gültigkeit der Ausbildungszertifikate sowie die ständige Anpassung an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Festigung und Erweiterung des Wissens sind unumgänglich. Sogenannte „Auffrischungs-Kurse“ müssen also gewährleistet und in den vorgeschriebenen Zeitintervallen besucht werden. Der Betreiber der First Responder Gruppe muss diesbezüglich über eine Übersicht verfügen und damit sicherstellen, dass jederzeit die gültigen Zertifikate vorgewiesen werden können. Der IVR empfiehlt, pro Jahr 1-2 Übungsszenarien zu organisieren, idealerweise in Zusammenarbeit mit den Partnern der Rettungskette (Sanität bzw. örtlicher Rettungsdienst, Feuerwehr oder Polizei). Die Schwerpunkte sollten stets praxisorientiert sein.

7. Ausrüstung

First Responder-Systeme sollen zur Ausübung ihrer Tätigkeit über eine definierte Mindestausrüstung verfügen. Wir empfehlen die unten aufgeführte Minimalausrüstung inklusive Selbstschutz. Je nach Ausbildungsstand und je nach den finanziellen Möglichkeiten der First Responder-Organisation, kann das medizinische Material noch ergänzt werden.

Bevor auf das zur Versorgung der Patienten notwendige medizinische Material eingegangen wird, sollte zuerst die Selbstschutzausrüstung der First Responder bedacht und benötigtes Material in passenden Grössen und ausreichender Zahl beschafft werden. Die Oberbekleidung sollte neben dem Witterungsschutz auch entsprechende Sichtbarkeit (Warnwirkung durch Leuchtfarben und Reflexstreifen) und Erkennbarkeit der Funktion gewährleisten. Wir empfehlen gutes Schuhwerk, das Tragen von Handschuhen und das Verwenden von Händedesinfektionsmittel, auch nach jedem Einsatz.

7.1 Selbstschutz

7.1.1 Minimalausrüstung

- Leuchtweste (gemäss Norm EN 471) oder eventuell Schutzkleidung (gemäss Norm EN 340) mit Kennzeichnung „First Responder“ (oder Funktionsbezeichnung)
- Geschlossene, knöchelhohe Schuhe
- Witterungsschutz
- Ev. Namensschild
- Handschuhe (Schutzbrille empfehlenswert)
- Händedesinfektionsmittel

Gesundheitsschutz

- Tetanus-Impfschutz
- Hepatitis B-Impfschutz

7.2 Medizinisches Material

7.2.1 Grundausrüstung

Einsatztasche/Rucksack mit:

- AED (FDA geprüfetes Gerät, welches den aktuellen Guidelines entspricht)
- Einwegrasierer
- Beatmungsmaske (Taschenmaske)
- Kleiderschere
- Kleines Verbandset
- Trockenes Tuch
- Rettungsdecke (gold-silber Folie) oder Woldecke



Grundausrüstung

Einige First Responder-Gruppen verwenden, je nach Ausbildung und Einsatzspektrum, weiteres und sehr umfangreiches Material (entspricht NICHT den Empfehlungen des IVR):

- Beatmungsbeutel mit entsprechenden Masken
- Sauerstoff-Flasche (2l) mit regulierbarem Druckminderer inkl. Masken und Brillen und eventuell Schlauch für Beatmungsbeutel mit O₂-Reservoir
- Absaugpumpe
- Halskragen
- Blutdruckmessgerät und Stethoskop
- Rettungsbrett oder Schaufeltrage inkl. Fixationsgurten
- Infusionsmaterial
- Medikamente mit Spritzen und Kanülen
- Pulsoxymeter (Sauerstoff-Sättigungsmessgerät mit Finger-Clip)



Sehr umfangreiche Ausrüstung

7.3 Taktisches Material

Ergänzend zum medizinischen Material sollte an folgende Ausrüstung gedacht werden:

- Einsatzprotokolle
- Schreibmappe
- Taschenlampe
- Mobiltelefon
- Telefonlisten (ortsspezifisch)
- Ortspläne und Karten je nach Einsatzbereich

7.4 Fahrzeuge

Den wenigsten First Respondern stehen spezielle Einsatzfahrzeuge zur Verfügung. Häufig wird auf Einsatzfahrzeuge der Dachorganisation (z.B. Feuerwehr) zurückgegriffen. Bei sehr kurzen Einsatzdistanzen kann auch auf Fahrzeuge mit Sondersignal verzichtet werden. Gerade in ländlichen Regionen rücken First Responder mit dem Privatfahrzeug aus. Dabei sind jedoch die Besonderheiten in Kapitel 5.6 zu beachten.

7.4.1 Blaulicht nur in Ausnahmefällen

Wie erwähnt können zusammen mit Blaulichtorganisationen (z.B. Feuerwehr) mit Sondersignal ausgerüstete Fahrzeuge eingesetzt werden.

Dabei gilt es folgendes zu beachten:

- Im Bezug auf die Verwendung des Sondersignals sind die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben und Weisungen genau zu befolgen (Kap. 5.6). Die Erlaubnis zum Fahren mit Sondersignal kann nur durch die Zentrale 144 erteilt werden.
- Der Fahrer dieser Fahrzeuge sollte über eine entsprechende Schulung und Einweisung verfügen. Regelmässiges Fahren und Üben ist unabdingbar.
- Das haftungsrechtliche Risiko ist entsprechend zu versichern.
- Die Kosten für Schulung, Unterhalt, Betrieb und Versicherung für solche Fahrzeuge sind sehr hoch.
- Ein mit Sondersignal ausgerüstetes Fahrzeug ist keine Voraussetzung für den Betrieb eines First Responder-Systems.



Einsatzfahrzeug der Feuerwehr Zofingen

8. Alarmierung

Die Alarmierung soll immer durch den Sanitätsnotruf 144 und muss zwingend parallel zum Aufgebot des Rettungsdienstes erfolgen. Eine Alarmierung der Ambulanz und der First Responder über unterschiedliche Leitstellen hat immer Zeitverluste zur Folge und sollte daher vermieden werden.

Die Alarmierung kann über einen SMS-Alarm oder Pager-Ruf erfolgen. Pager sind aufgrund des dichten Sendernetzes der Firma Swissphone Wireless einer SMS-Alarmierung vorzuziehen, da die Netzabdeckung höher ist und hier mit redundanten Sendern gearbeitet wird. Das Pager-Netz ist autonom von zeitlicher Überlastung der Mobilfunknetze (SMS-Versand an Sylvester, Street Parade etc.) und damit haben solche Ereignisse keinen Einfluss auf die Erreichbarkeit der First Responder.



Disponent Sanität Notruf Zentrale 144

In den meisten Alarmzentralen ist es zudem möglich, ein Einsatzfax z.B. ins Feuerwehrmagazin zu senden. Auf diese Weise können zusätzlich für den Einsatz relevante Informationen übermittelt werden.

Die Auswahl der Alarmierungsmittel sollte unbedingt an die technischen Möglichkeiten der Sanitätsnotrufzentralen angepasst werden und muss auf die Software des Einsatzleitsystems abgestimmt sein. Daher ist zwingend bereits in der Planung der Kontakt zur Sanitätsnotrufzentrale 144 zu suchen.

8.1 Einsatzkriterien, Einsatzstichworte

Ein Vorteil der First Responder Einsätze mit Auswirkung auf die Überlebenschance der Betroffenen konnte wissenschaftlich nur beim Herz-Kreislaufstillstand gezeigt werden. Einerseits sollen mit der Auswahl der Einsatzstichwörter möglichst alle Patienten mit Herz-Kreislaufstillstand erfasst werden, andererseits muss die Anzahl der Fehleinsätze in einem Milizsystem so gering wie möglich gehalten werden. Aus den Erfahrungen im Kanton Solothurn und im Pilotprojekt Zofingen wurden folgende Einsatzstichworte für den First-Responder Einsatz definiert:

- Leblose Person bzw. vermuteter Herz-Kreislaufstillstand
- Bewusstlosigkeit
- Optionales Stichwort: Schwerer Herznotfall (Brustschmerzen, Atemnot)

Zusätzliche Einsatzstichworte für andere Situationen können mit der zuständigen Sanitätsnotrufzentrale abgesprochen werden. Ein Aufgebot zu anderen, z.B. traumatologischen Notfällen erfordert eine deutlich umfangreichere Ausbildung und Ausrüstung.

9. Einsatz

9.1 Personaleinsatz

Nachfolgend sollen am Beispiel einer Feuerwehr First Responder-Gruppe Personalplanung und mögliche Dienstmodelle exemplarisch gezeigt werden.

Unabhängig von der Anzahl der zu erwartenden Einsätze und der Einsatzregion, müssen genügend Helfer eingeteilt werden, um einen First Responder-Dienst an 365 Tagen während 24 h anbieten zu können. Bei der Alarmierung von Helfern im Milizsystem muss mit einer ca. 50%igen Verfügbarkeit gerechnet werden. In ländlichen Gebieten kann jedoch die Verfügbarkeit von Helfern tagsüber auch unter der obigen Annahme liegen. Die tatsächliche Helferanzahl richtet sich somit nach folgenden Kriterien:

- Helferverfügbarkeit tagsüber vs. nachts
- Gewünschte Abdeckung und Einsatzbereitschaft 365 Tage/24h vs. Zufallsprinzip basierend auf reiner Freiwilligkeit und ohne Pikettregelung.

Im Normalfall reichen für einen Einsatz zwei bis drei First-Responder aus. D.h. eine Alarmgruppe von 5 Helfern garantiert bei einer 50% Verfügbarkeit ca. 2 einsatzbereite Helfer.

9.2 Alarmierungsmodelle

Die Organisationsart zur Abdeckung der First Responder-Einsätze ist von der tatsächlichen Grösse der Gruppe abhängig.

Es gibt verschiedene Alarmierungsmodelle

1. Es werden immer alle Helfer alarmiert
2. Es wird nur ein Teil der Gruppe alarmiert, die sich z.B. wochenweise oder monatlich abwechselt.

Zu 1.) ergeben sich folgende Vor- und Nachteile:

Werden immer alle Mitglieder alarmiert, ist der Vorteil, dass vermutlich immer genügend Helfer für einen Einsatz verfügbar sind. Wenn jedoch immer die gleichen Helfer als Ersteintreffende zum Einsatz kommen, wird dies auf Dauer durch Motivationsverlust zu einer Abnahme der Gesamthelferzahl innerhalb der Gruppe führen. Dies ist insbesondere in grossen Gruppen zu beachten.

Zu 2.) ergeben sich folgende Vor- und Nachteile:

Es kann je nach Tageszeit eher Engpässe in der Verfügbarkeit geben. Die Gruppenzusammensetzung ist etwas schwieriger (Ausbildung, Fahrer, Tagesverfügbarkeit etc.). Jeder hat in seinem Dienst ähnlich grosse Chancen, zum Einsatz zu kommen, was die Routine und Einsatzerfahrung erhöhen kann.

9.3 Einsatzablauf

Im Folgenden werden drei fiktive Einsatzbeispiele aus verschiedenem First Responder-Systemen erklärt:

1. Beispiel: Herznotfall bei einem 45 jährigen männlichen Patienten in der Gemeinde Kestenholz (SO).

Die Sanitätsnotrufzentrale 144 in Solothurn nimmt den Anruf entgegen und alarmiert den Rettungswagen des 7 km entfernten Stützpunktes Niederbipp sowie die First Responder-Gruppe der Feuerwehr Kestenholz.

Nach der Alarmierung rücken die First Responder in das Feuerwehr Magazin Kestenholz ein. Im Feuerwehr Magazin rücken die ersten zwei eintreffenden Helfer mit einem Feuerwehrfahrzeug zum Notfallort aus. Nachrückende Helfer halten sich für die weitere Unterstützung im Magazin bereit.

Wenige Minuten später treffen die zwei First Responder mit Ihrem Fahrzeug und der medizinischen Ausrüstung (Notfalltasche und Defibrillator) beim Patienten ein.

Nach einer ersten Einschätzung des Patientenzustandes wird der Sanitätsnotrufzentrale und dem Feuerwehrmagazin eine Rückmeldung gegeben.

Der Patient wird gelagert und wird betreut. 6 Minuten später wird der Patient dem Rettungsdienst Niederbipp übergeben. Die Massnahmen des Rettungsdienstes werden von den First Respondern unterstützt. Das verbrauchte Material wird gleich vor Ort mit Hilfe des Rettungsdienstes retabliert und im Anschluss an den Einsatz findet eine kurze Einsatznachbesprechung statt.

2. Beispiel: Herznotfall bei einem 45 jährigen männlichen Patienten in der Gemeinde Lungern (OW).

Die Sanitätsnotrufzentrale Luzern bietet die Ambulanz von Sarnen und parallel die First Responder-Gruppe Lungern auf. Nach einem Konferenzgespräch innerhalb der First Responder wird entschieden, werden Notfallrucksack und den Defibrillator an einem zentral zugänglichen Standort holt (Safe mit Codeschloss).

Die First Responder machen sich ohne Einsatzfahrzeug mit ihrem Privatfahrzeug oder Velo zum Einsatzort innerhalb Lungerns auf den Weg. Nach rund 3-5 Minuten treffen die ersten First Responder beim Patienten ein.

Die eintreffenden Helfer organisieren sich vor Ort, wer welche Aufgabe übernimmt. Nach 20 Minuten wird der Patient dem Rettungsdienst Obwalden übergeben. Die Massnahmen des Rettungsdienstes werden weiter von den First Respondern unterstützt. Im Anschluss an den Einsatz findet eine kurze Einsatznachbesprechung statt und das verbrauchte Material wird retabliert.



First Responder Kestenholz SO



First Responder Lungern OW

3. Beispiel: Herznotfall bei einem 45jährigen männlichen Patienten in Lugano (TI).

Die Notrufzentrale 144 nimmt den Notruf entgegen und alarmiert eine einsatzfreie Ambulanz, welche sich rund 10km vom Einsatzort entfernt befindet. Parallel zur Ambulanz wird das First Responder-System aktiviert. Via 144 werden alle Einsatzfahrzeuge (z.B. Polizei) via SMS-Alarmierung über den Herznotfall mit genauer Ortsangabe informiert. Alle Equipen, die sich in der Nähe befinden, melden sich bei ihrer Einsatzleitstelle und dort wird entschieden, wer den Einsatz übernimmt.

Rund 5 Minuten nach dem Notrufeingang ist eine Polizeipatrouille vor Ort und übernimmt die Versorgung des Patienten. Nach weiteren 4 Minuten trifft die Ambulanz beim Patienten ein. Die Versorgung des Patienten wird durch die First Responder der Polizei unterstützt. Innerhalb der nächsten 24 Stunden nimmt ein Mitarbeiter vom Rettungsdienst Kontakt mit den First Respondern auf und informiert sich über die Einsatzverarbeitung bei den Helfern.

Im Tessin kommen neben der Polizei auch Gruppen der Feuerwehr und des Grenzwachtkorps zum Einsatz.

10. Nachbearbeitung

10.1 Psychologische Aspekte

First Responder-Einsätze können belastend sein, vor allem wenn:

- ein persönlicher Bezug zum Betroffenen besteht
- die Reanimation erfolglos war (Schuldgefühle)
- Angehörige bei der Reanimation dabei waren

Da die Einsätze von First Respondern in der Regel in einem persönlichen Bezugsgebiet (Wohnort, Arbeitsplatz) stattfinden, ist das Auftreten einer oben erwähnten Situation durchaus möglich. Solche Situationen können auch für Profihelfer belastend sein.

Psychologische Nothilfe umfasst alle Massnahmen, welche geeignet sind, die psychische Gesundheit von Betroffenen und von Einsatzkräften während und unmittelbar nach traumatisierenden Ereignissen zu erhalten oder wieder herzustellen. Die psychologische Nothilfe umfasst psychosoziale Nothilfe und notfallpsychologische Fachhilfe.

Die psychosoziale Nothilfe umfasst die von Care Givern und Peers angebotenen Hilfestellungen bei oder unmittelbar nach potenziell traumatisierenden Ereignissen. Sie beinhaltet emotionale, praktische und materielle Hilfe. Die psychosoziale Nothilfe wird durch gezielte notfallpsychologische Massnahmen ergänzt.

Notfallpsychologische Fachhilfe: In notfallpsychologischer Hilfe ausgebildete Fachpersonen begleiten und unterstützen Betroffene und deren Umfeld unmittelbar nach einem potenziell aussergewöhnlich traumatisierenden Ereignis. Diese Fachhilfe will bei traumatisierten Personen Ressourcen aktivieren, um dadurch das seelische und soziale Wohlbefinden wieder herstellen und Folgeschäden vermeiden zu helfen.

Primärprävention hat zum Ziel, durch vorbeugende Massnahmen das Entstehen von psychischen Störungen zu verhindern. Zeitlich ist die Primärprävention vor einem Ereignis angesiedelt.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden folgende Massnahmen getroffen:

- Sensibilisierung der Kader von Einsatzkräften und Risikobetrieben
- Information und Vorbereitung von Einsatzkräften und gefährdeten Berufsgruppen auf potenziell traumatisierende Ereignisse und deren möglichen Folgen
- Schulung in Stressreduktionstechniken von gefährdeten Personen
- Ausbildung von Peers, Care Givern und Fachpersonen mit notfallpsychologischer Zusatzqualifikation
- Einsatzplanungen und -vorbereitungen
- Bekanntgabe von Verhaltensanweisungen an die Bevölkerung

Sekundärprävention hat zum Ziel, auftretende psychische Störungen möglichst frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Massnahmen deren Ausbildung einzudämmen. Zeitlich umfasst die Sekundärprävention die Zeitspanne ab Ereigniseintritt bis ca. einen Monat danach. Um dieses Ziel zu erreichen, werden folgende Massnahmen getroffen:

- Briefing der Einsatzkräfte
- Einsatzbegleitung durch Peers
- Betreuung der Betroffenen durch Care Giver
- Identifizierung des Betreuungsaufwandes durch Fachpersonen mit notfallpsychologischer Zusatzausbildung
- Strukturierende Gespräche wie Demobilisation, Defusing und wenn nötig psychologisches Debriefing der Einsatzkräfte
- Information über weitergehende Hilfsangebote

Tertiärprävention hat zum Ziel, mögliche Folgeschäden einer psychischen Störung für die Betroffenen, deren Angehörige sowie für die Gesellschaft möglichst gering zu halten. Sie beinhaltet vor allem Therapie, Rehabilitations- und Resozialisationsmassnahmen und dient der Rezidivprophylaxe (Rückfallprophylaxe). Zeitlich beginnt die Tertiärprävention ca. einen Monat nach dem Ereignis.

10.2 Nachbesprechung

Nicht nur der Vorbereitung und der Durchführung von Einsätzen der First Responder kommt eine Bedeutung zu, auch die Nachbearbeitung der Einsätze sollte eine entsprechende Beachtung finden.

Wir empfehlen, nach jedem Einsatz im Team eine Nachbesprechung durchzuführen. Wenn möglich sollte dies zusammen mit dem Rettungsdienst erfolgen. Falls dies nicht möglich ist, sollten mindestens die am Einsatz beteiligten First Responder eine strukturierte Einsatznachbesprechung durchführen. Dies kann in der Regel sehr rasch erfolgen und bedeutet keinen sehr grossen Aufwand.

Mögliche Inhalte der Nachbesprechung können exemplarisch folgende sein:

- Alarmierung; funktionierte die Alarmierung reibungslos?
- Ausrücken und Anfahrt; gab es beim Ausrücken oder auf der Fahrt zum Einsatzort besondere Vorkommnisse?
- Auffinden der Einsatzstelle und Situation vor Ort; war die Meldung klar oder gab es vor Ort eine Gefährdung, die primär nicht erkannt wurde?
- Zustand des Patienten und erste Massnahmen; empfanden alle Beteiligten die Erstbeurteilung und die Erste-Hilfe-Massnahmen korrekt?
- Übergabe an den Rettungsdienst; lief die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst reibungslos?
- Einsatzende und Retablierung; gab es Probleme?
- Gab es für Alle oder Einzelne belastende Situationen, die einer vertieften Aufarbeitung bedürfen?

Die Nachbesprechung ist möglicherweise auch ein erster Schritt zur Qualitätssicherung, da immer wiederkehrende Probleme erkannt werden können und eine Anpassung der Prozesse daraus resultieren kann.

Einsatznachbesprechungen sollten gezielt und der Situation entsprechend durchgeführt werden. Es werden drei verschiedenen Stufen unterschieden:

- SAFER
- Einsatznachbesprechung
- Einsatzaufarbeitung

Solche Massnahmen der psychologischen Nothilfe sollten auf eigenen Wunsch von Betroffenen durchgeführt werden und wenn klare Merkmale zu erkennen sind/Abläufe vorliegen, die in den Einsatzrichtlinien des Nationalen Netzwerks Psychologische Nothilfe festgehalten sind.

Wann dies der Fall ist, hängt davon ab

- wie der Ausbildungsstand der First Responder zum Thema Belastungen ist
- wie der Betreuungsablauf organisiert wird
- wie der zeitliche Verlauf der Reaktionen ist

Mit einem guten Ausbildungskonzept kann präventiv sehr viel erreicht werden. First Responder sollten aufgrund der Belastung dann nicht mehr eingesetzt werden, falls der Helfer dies wünscht oder wenn ein Einsatzleiter die Verantwortung nicht mehr übernehmen kann.

Bei schweren Symptomen sollte die sofortige Überweisung an einen Profi erfolgen. Es gilt aber folgende Punkte zu beachten:

Der Helfer muss damit einverstanden sein und er sollte vom Hausarzt überwiesen werden (Krankenkasse). Es soll geklärt werden, ob und wie die Familie und der Arbeitgeber des Betroffenen betreut oder informiert werden müssen. Im Anhang befindet sich eine Information für Betroffene und Angehörige, herausgegeben vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und der Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen.

10.3 Qualitätssicherung

Das Ziel eines First Responder-Systems ist es, vor allem mit Hilfe von Ersthelfern, bei definierten Einsatzstichworten bis zum Eintreffen des professionellen Rettungsdienstes die bestmögliche organisierte Form der Erstversorgung zu gewährleisten und Hilfeleistung nicht dem Zufall zu überlassen. Die Organisation hat somit die Pflicht, sicherzustellen, dass das System auf dieses Ziel hin etabliert wird, die Prozesse kontrolliert und allenfalls korrigiert werden.

Die in der Qualitätssicherung üblichen Optimierungskreisläufe (z.B. „Plan-Do-Check-Act“ – Deming Zyklus) helfen in der Überprüfung von Prozessen und deren eventuellen Neuanpassung (Prozessqualität). Es geht darum, ein System kontinuierlich zu dokumentieren und im Sinne der Effizienz (Wirksamkeit, mit den vorhandenen Mitteln das Beste erreichen) und Effektivität (=das vorgesehene Ziel erreichen) zu optimieren.

Qualitätssicherung ist unerlässlich bei folgenden Punkten:

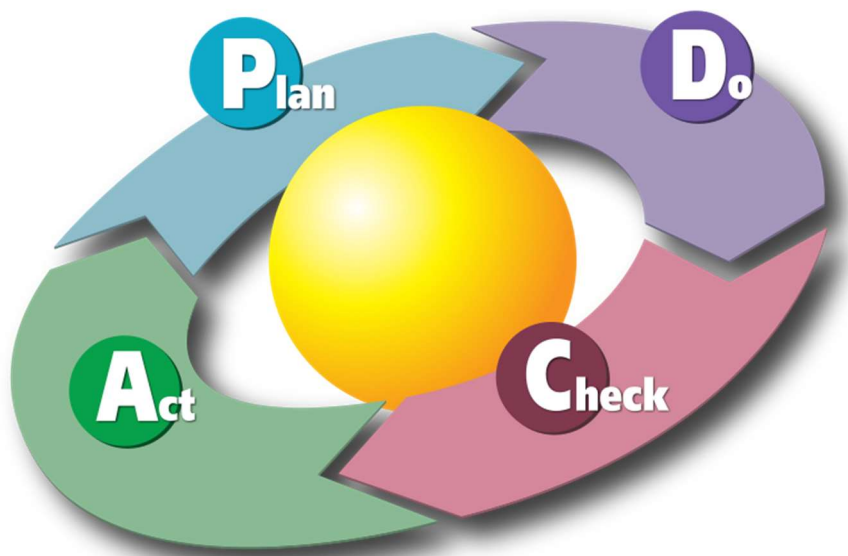
- Ausbildung der First Responder
- Material
- Einsatzabwicklung
- Nachbetreuung der First Responder

Für die notwendige Ausbildung und die erforderlichen Kompetenzen der First Responder ist durch die Organisation ein unmissverständliches Mindestprofil zu formulieren. Empfehlenswert ist es, zentral eine Übersicht oder kleine Datenbank (z.B. in Excel) über die absolvierten Aus- und Fortbildungen zu führen.

Das eingesetzte Material muss auf die entsprechenden Normen und auf die Kompetenzen der First Responder abgestimmt sein und muss gemäss Herstellerangaben und ggf. gemäss Vorschriften der zuständigen Behörden (z.B. Kantonales Gesundheitsdepartement) fachgerecht gelagert, periodisch gewartet und regelmässig kontrolliert, resp. wieder aufgerüstet werden.

Algorithmen haben sich in der Notfallmedizin etabliert und tragen zu einer strukturierten Einsatzabwicklung durch First Responder-Systeme und zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität bei. Wir empfehlen daher, die Verwendung von Flussdiagrammen (Bsp.: BLS-AED-Algorithmus) zur standardisierten und verständlichen Vorgehensweise aller definierten Abläufe. Der Einsatz muss ausreichend dokumentiert werden und sollte mittels einheitlichen Protokolls in all seinen Phasen nachvollziehbar sein. Dies dient auch der Übergabe an den Rettungsdienst und zur späteren Verarbeitung der Daten. Der Interverband für Rettungswesen stellt einen Prototyp eines Einsatzprotokolls gratis in Form einer PDF-Datei als Muster zur Verfügung (siehe Anhang).

First Responder können im Rahmen ihrer Aufgabe belastenden Situationen ausgesetzt sein. Sie sind bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes in einer sehr aufwändigen, komplexen und emotionalen Situation meist auf sich allein gestellt. Daher müssen in einem First Responder-System klare Prozesse zur Nachbesprechung oder Nachbetreuung der First Responder vorhanden sein, die es gewährleisten, dass jederzeit kompetente Ansprechpartner mobilisiert werden können. Dies muss im Sinne eines „technischen Debriefing“ (Einsatzdiskussion) oder zur frühen Identifikation potentieller psychischer Belastungen möglich sein (siehe Abschnitt Nachbesprechung).



Qualitäts-Zyklus nach Deming

10.4 Statistik

First Responder-Systeme werden meistens für die Notfälle mobilisiert, bei denen ohne schnellstmögliche Hilfe die Tendenz einer vorschreitenden Verschlechterung besteht (z.B. First-Hour-Quintett-Notfälle¹).

Damit die Verbesserung im Rettungsablauf durch First Responder-Systeme zusätzlich zum professionellen Rettungsdienst bestätigt werden kann, ist es notwendig, ein Minimum an Daten zu erheben und zu analysieren (Ergebnisqualität). Wir empfehlen, die zu erhebenden Daten gemeinsam mit den lokal involvierten Instanzen (Rettungsdienste, Sanitätsnotrufzentrale 144, Behörden,...) vorab genau zu definieren.

Der Datensatz sollte mindestens beinhalten:

- Zeitlicher Ablauf
- Angewandte Massnahmen
- Falls vorhanden klinische Daten (z.B. Datenspeicherung im AED)

Um Verbesserungspotential durch Benchmarking (Vergleich der Ergebnisse) mit anderen Regionen oder Systemen anonym zu ermöglichen, ist es sehr sinnvoll, die Daten standardisiert zu erfassen und in ein Register einfliessen zu lassen (z.B. Reanimationsregister nach Utstein-Style). Dies kann durch eigenständige Dateneingabe erfolgen oder dadurch, dass die Daten den zuständigen Instanzen (Rettungsdienste, Sanitätsnotrufzentralen 144, ...) zur Verfügung gestellt werden.

¹ Kreislaufstillstand, Brustschmerzen, Schlaganfall, Atemnot und schwere Verletzung

11. Anhang

11.1 Vorlage Beispiel Einsatz Protokoll

EINSATZPROTOKOLL

Patientendaten

Name _____ Vorname _____

Adresse, PLZ / Ort _____

Geschlecht m w Geburtsdatum _____

Angehörige _____

Rettungstechnische Daten

Einsatzdatum _____ Alarm _____

Meldung Brustschmerz
 Atemnot
 Bewusstlosigkeit
 leblose Person Eintreffen vor Ort _____

Einsatzort Wohnort Patient Eintreffen RD _____

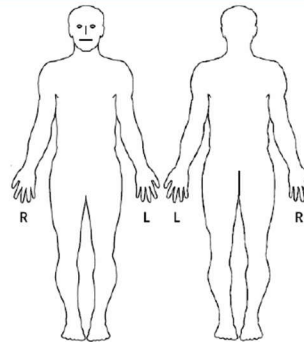
Team _____ Einsatzende vor Ort _____

Einsatzende Magazin _____

Notfallgeschehen / Anamnese

Befund

Bewusstsein	Atmung	Kreislauf	Allgemeinzustand	Verletzungen
<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> getäubt <input type="checkbox"/> bewusstlos	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Zyanose <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Atemgeräusche <input type="checkbox"/> keine Atmung <input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Tachykardie <input type="checkbox"/> Bradykardie <input type="checkbox"/> Schock <input type="checkbox"/> kein Kreislauf	<input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> kaltschweißig <input type="checkbox"/> alkoholisiert <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen <input type="checkbox"/> allerg. Reaktionen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Blutung <input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> Schmerz



Lokalisation

Pupillen

rechts	links	Vitalparameter zu Beginn		Puls	Schmerz 0-10
<input type="checkbox"/> ☉ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ⊙ <input type="checkbox"/> ⊖ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ☉ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ⊙ <input type="checkbox"/> ⊖ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Blutdruck _____ / _____	O ₂ -Sättigung _____	_____ <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmässig	_____
		Atemfrequenz _____	GCS _____		

Massnahmen

Atmung	Kreislauf	Versorgung	Lagerung
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Freimachen der Atemwege <input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Blutstillung <input type="checkbox"/> Venöser Zugang <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage <input type="checkbox"/> Defibrillation (AED)	<input type="checkbox"/> HWS-Immobilisation <input type="checkbox"/> Schienung <input type="checkbox"/> Kühlung <input type="checkbox"/> Wundversorgung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I/min _____	Anzahl _____		

Anderes

Verlauf

Zeit	_____	_____	_____	_____	_____
Blutdruck syst.	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
Blutdruck diast.					
Puls	/min	/min	/min	/min	/min
Atemfrequenz	/min	/min	/min	/min	/min
O ₂ -Sättigung	%	%	%	%	%
GCS					
Pupillen	re ○ li ○	re ○ li ○	re ○ li ○	re ○ li ○	re ○ li ○
Lichtreaktion +/-					
Schmerz 0-10					

Ergebnis

Übergabe an _____

Transportziel _____

Zeit Übergabe	Zustand bei Übergabe	Reanimation
_____	<input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert	<input type="checkbox"/> primär erfolgreich <input type="checkbox"/> primär erfolglos <input type="checkbox"/> Tod

Bemerkungen

11.2 Checkliste Einsatznachbesprechung - Defusing

11.2.1 Ein Defusing findet

- nach belastenden Ereignissen
- mit möglichst allen betroffenen Helfern
- durch Peer und eventuell Fachpersonen statt
- und dauert ca. 20 bis 40 Minuten.

11.2.2 3-Phasen-Gesprächstruktur

- Einführung
 - Vorstellen
 - Ablauf
 - Ziel
 - Vertraulichkeit
- Austausch
 - Tatsachen
 - Gedanken
 - Reaktionen
 - Auswirkungen
- Information
 - Verlauf einer akuten Belastungsreaktion
 - Möglichkeiten zur Stressbewältigung
 - Abschätzen, ob ein Debriefing nötig ist
 - Respekt, Wertschätzung und Dank

11.2.3 Ziele des Defusing

- Verminderung der Intensität von Reaktionen
- „Normalisierung“ der Erfahrung
- Wiederherstellung des sozialen Netzwerkes der Gruppe
- Abschätzung, ob Einzelgespräche notwendig sind
- Angleichen von Informationen über das Ereignis
- Informationen zur Stressreaktion und –bearbeitung
- Ausdruck der Wertschätzung

Checkliste Frühwarnzeichen der psychischen Überbelastung
Folgende Indizien weisen auf eine erhöhte Belastung hin:

- anhaltende Schlaflosigkeit oder Alpträume
- äussere und innere Unruhe
- anhaltend wiederkehrende Bilder, Geräusche, Gerüche usw.
- psychischer Schockzustand
- Bewusstseinsstörungen oder Erinnerungslücken
- Ängste oder Vermeidungshaltungen
- Antriebs- und Interessensverlust
- Realitätsverlust

12. Glossar

AED Automated External Defibrillator / Defibrillation	Das Gerät beinhaltet eine Rhythmusanalyse- und ein Schockabgabesystem mit elektronischer Sprachführung. Der Anwender muss nach Freigabe der Schockauslösung einen Knopf betätigen (Unterschied zu voll-automatischen externen Defibrillatoren)
BLS Basis lebensrettende Sofortmassnahmen	Lebensrettende Sofortmassnahmen, die von jedermann vorgenommen werden können. Nichtinvasives, notfallmässiges Beurteilen und Behandeln von Patienten mit respiratorischen, kardiovaskulären und zerebrovaskulären Erkrankungen. Beinhaltet auch AED-Einsatz und Alarmierung
CPR Cardiopulmonary Resuscitation	Im weiteren Sinne: Herz-Lungen Wiederbelebung (Oberbegriff für alle Massnahmen der Reanimation), wird deshalb auch als Synonym für BLS gebraucht; im engeren Sinne: Beatmung und Thoraxkompression
Einsatzprotokoll	Formular für die standardisierte Erfassung der Daten des Einsatzes der First Responder
Erste Hilfe Erweiterte lebensrettende Massnahmen	Massnahmen zur Erstversorgung eines Notfallpatienten Notfallmassnahmen und Handlungen – zusätzlich zu den lebensrettenden Sofortmassnahmen (durch Ärzte und andere professionelle Helfer)
First Responder	Ein Notfallhelfer, der über die Sanitätsnotrufzentrale 144 alarmierbar ist, parallel zum professionellen Rettungsdienst ausrückt und mindestens in Erster Hilfe und in Massnahmen der Notfallhilfe ausgebildet ist. Er überbrückt die Zeit bis zum Eintreffen eines Rettungsmittels mit qualifizierten basismedizinischen Massnahmen.
Notfallpatient	Ein Notfallpatient ist ein unmittelbar vom Tod oder einer schweren gesundheitlichen Schädigung bedrohter Verletzter oder Kranker
Nothelfer	Person, die in einem Nothilfekurs zum Leisten der Nothilfe ausgebildet ist (SRK Niveau 1)
Nothilfe	Sichern, Notruf, Bergen und lebensrettende Sofortmassnahmen
Notrufnummer	Gesamtschweizerisch verwendete dreistellige Telefonnummer zur Auslösung einer Hilfeleistung
Notrufzentrale	Übermittlungszentrale, die mit besonders ausgebildetem Personal ständig besetzt ist. (z.B. Polizei, Feuerwehr, Sanität)
Patient	Person, die medizinischer Hilfe und Betreuung bedarf
Qualitätssicherung	Gesamtheit der Massnahmen zur Verbesserung, Erhaltung und Kontrolle der Qualität der Leistungen (Personal, Sachmittel, Strukturen, Verfahren etc.)
Rapid Responder	Angehörige professioneller Rettungsdienste, die innerhalb bzw. ausserhalb ihrer Tätigkeit für Ersteinsätze in der Nähe ihres Wohnortes aufgeboden werden können

Reanimation	Notfallmedizinische Massnahmen zur Wiederherstellung und/oder Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen
Rettungskette	Bildhafte Beschreibung für die aufeinanderfolgenden Phasen der Rettung
SAFER	Stabilisieren, Anerkennen, Fördern, Ermutigen, Rückgewinnung
Sanitätsnotruf (144)	Gesamtschweizerisch verwendete dreistellige Notrufnummer zur Alarmierung des medizinischen Rettungsdienstes
Sanitätsnotrufzentrale	Notrufzentrale für die Entgegennahme medizinischer Notrufe (144)
Utstein Style	Einheitliche Datenerfassung bei Reanimation

|

nterverband für Rettungswesen IVR – IAS
 Bernastrasse 8
 Postfach
 3000 Bern 7
 Telefon 031 / 320 11 44
 E-Mail: info@ivr.ch
 Internet: www.ivr-ias.ch www.144.ch

