

Bereits 1996 hatte die Plattform Rettungswesen in den «12 Thesen der FMH zum Rettungswesen in der Schweiz» gefordert, dass «die Sanitätsnotrufnummer 144 als universelle Anlaufstelle für alle medizinischen Notfallsituationen in der ganzen Schweiz flächendeckend und gebührenfrei einzurichten sei». Die Nummer 144 gewährleistet über

die Sanitätsnotruf-Zentralen die notwendige Triage und einen reibungslosen Ablauf in der Rettungskette und gewährleistet eine rasche, zielgerichtete Versorgung der Notfallpatienten.

Dr. med. Ernst Gähler, Vizepräsident der FMH, Verantwortlicher Ressort Paramedizinische Berufe

Die Sanitätsnotrufzentralen – wichtige Schaltstationen im schweizerischen Rettungswesen

Wolfgang Ummerhofer^a,
Stefan Müller^b,
Günter Bildstein^c

- a Prof. Dr. med.,
Departement Anästhesie,
Universitätsspital Basel
- b Dr. med., Chefarzt,
Schutz und Rettung Zürich
- c Günter Bildstein, MSc, MBA,
Präsident der IVR-
Kommission SNZ 144,
Rettung St. Gallen

Bereits 1996 hatte die Plattform Rettungswesen in den «12 Thesen der FMH zum Rettungswesen in der Schweiz» gefordert, dass «die Sanitätsnotrufnummer 144 als universelle Anlaufstelle für alle medizinischen Notfallsituationen in der ganzen Schweiz flächendeckend und gebührenfrei einzurichten sei». Mittlerweile koordinieren 18 Sanitätsnotrufzentralen (SNZ) ca. 450 000 Einsätze pro Jahr für 115 Rettungsdienste an rund 160 Stützpunkten; sie sind untereinander vernetzt und nehmen über die Nummer 144 direkt ca. 600 000 Notrufe entgegen – Tendenz steigend. Für den wirtschaftlichen Betrieb einer Notrufzentrale wird eine «vernünftige Dimension» in Form eines Einzugsgebietes von mind. 500 000 Einwohnern betrachtet; diese kritische Grösse wird in der Schweiz vorwiegend aus politischen Gründen nicht immer erreicht.

Die Disponenten sind meist diplomierte Rettungssanitäter mit einer SNZ-spezifischen Weiterbildung. Die medizinische Leitung einer SNZ obliegt einem Notarzt SGNOR. «Klassische» SNZ bedienen dabei ausschliesslich die Sanitätsnotruf-Nummer 144; Kombinationen von Sanitäts- und Feuerwehrzentralen (118) existieren ebenso wie die Vereinigung von Sanitäts-, Feuerwehr- und Polizei-Notruf (117) in einer einzigen Zentrale. Natürlich können derartige Zusammenschlüsse aus technischer und organisatorischer Perspektive sinnvoll sein; allerdings hat sich nicht bestätigt, dass durch solche «Integrierte Notrufzentralen» (INZ) erhebliche personelle Synergien freigesetzt werden bzw. Personal eingespart werden kann. Medizinische Notrufe müssen eben auch von medizinisch geschultem Personal triagiert werden, und bei INZ nimmt die Zahl der Anrufe entsprechend der Ausweitung der Dienstleistung erheblich zu. Wie in anderen europäischen Ländern wurde auch in der Schweiz insbesondere von der Politik die Forderung erhoben, nur noch *eine* einheitliche dreistellige Notrufnummer für alle Notlagen zu propagieren (112). Erfahrungen mit einer solchen Fusion aus Finnland haben allerdings ergeben, dass dadurch sowohl die Bearbeitungszeit der Anrufe wie auch die Gesamtzahl der Ambulanzeinsätze zunahm; positive Effekte wurden kaum registriert, und die in-

adäquate Inanspruchnahme von Rettungsmitteln nahm zu [1].

Die SNZ triagieren primär alle Sanitäts-Notrufe und bieten idealerweise die geographisch nächsten adäquaten notfallmedizinischen Primärversorgungsmittel auf. Je nach Situation

- erhält der Hilfesuchende unterstützende Anweisungen, um die Zeit bis zum Eintreffen der Rettungskräfte optimal zu überbrücken.
- wird der Notfallpatient dem Dienst- resp. Notfallarzt oder einer Notfallpraxis zugewiesen.
- wird der nächste Rettungswagen mit Notarzt resp. Dienstarzt, falls indiziert, eingesetzt.
- wird bei gegebener Indikation und aus einsatztaktischen Gründen (z. B. bei langer Anfahrstrecke oder unwegsamem Gelände) der Rettungshelikopter eingesetzt, was sowohl die Bereitstellung eines Notarztes für spezifische Ereignisse (z.B. lebensbedrohliche pädiatrische Notfälle) als auch einen schnellen Transport in ein geeignetes Zielspital ermöglicht.
- werden bei Bedarf der Einsatzleiter Sanität (EL San) und der Leitende Notarzt (LNA) aufgeboten.
- funktioniert die SNZ bei Grossschadensereignissen und Katastrophen als sanitätsdienstliche Einsatzzentrale.

Die Plattform Rettungswesen der FMH entwickelt als Forum der ärztlichen Fachgesellschaften Leitlinien für eine einheitliche und verbindliche präklinische Notfallversorgung, auch bei Grossereignissen. Die FMH setzt sich dafür ein, dass die Notfallversorgung gemeinsam durch Notärzte bzw. speziell ausgebildete Hausärzte einerseits und Rettungssanitäter andererseits gewährleistet wird. Im Sommer 2010 hat die Plattform Rettungswesen ihr Thesepapier zum Rettungswesen in der Schweiz aus dem Jahr 1996 aktualisiert. (Schweizerische Ärztezeitung 33/2010, S. 1215 f. und www.fmh.ch → Services → Plattform Rettungswesen). Periodisch soll nun in der Ärztezeitung auf die einzelnen der acht Punkte des neuen Leitbilds näher eingegangen werden.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med.
Wolfgang Ummerhofer
Departement Anästhesie
Universitätsspital Basel
CH-4031 Basel

Die strukturierte und standardisierte Notrufabfrage verbessert heute, u. U. mit Hilfe computergestützter Software-Algorithmen, die Triagierung und hilft, dass für die jeweiligen Patienten das angemessene Rettungsmittel respektive die gewünschte und geeignete medizinische Versorgungsstruktur ausgelöst wird. Einen zunehmend wichtigen Raum nehmen telefonisch vermittelte Sofortmassnahmen für Angehörige oder andere Ersthelfer vital bedrohter Notfallpatienten ein, die vom Disponenten in geeigneter Form und unter Berücksichtigung der emotionalen Ausnahmesituation kommuniziert werden sollen. Die hierfür geeigneten Szenarien (z. B. Anleitung zur Herzmassage) müssen unter Begleitung des Ärztlichen Leiters der SNZ definiert, intermittierend überprüft und für das Zertifizierungsverfahren nachprüfbar hinterlegt sein. Das hört sich einfach an, braucht aber eine intensive Schulung und regelmässiges Training, damit dies unter schwierigen Bedingungen wie beispielsweise einer Reanimationssituation funktioniert und am Telefon für Laien verständlich wird und von diesen dann auch effizient umgesetzt werden kann.

Disponenten einer SNZ müssen über medizinische Basiskompetenzen verfügen. Idealerweise sind sie diplomierte Rettungssanitäter HF mit intermittierender Einsatzerfahrung im Rettungsdienst. Die meisten SNZ-Betreiber führen bisher eine interne Ausbildung vom Rettungssanitäter zum Disponenten durch; aktuell erarbeitet eine Entwicklungskommission im Auftrag der Trägerorganisationen ein nationales Curriculum für eine spezifische Disponentenausbildung. Die technischen, logistischen und psychologischen Inhalte und Aspekte der Gesprächsführung sollten modular aufgebaut sein, um auch für die Disponenten von Polizei und Feuerwehr nutzbar zu sein.

Auch die Vermittlung von dringenden Arztbesuchen ausserhalb der Praxiszeiten wird zum Teil durch Notrufzentralen übernommen. Häufiger werden hierfür jedoch eigene Callcenter wie «Ärztefon» oder «Medphone» oder «MNZ» eingesetzt. Wichtig ist die klare Trennung von lebensbedrohlichen Notfällen mit der notwendigen Inanspruchnahme des Rettungsdienstes von der Arztvermittlung ausserhalb der Praxiszeiten. Die hierfür notwendige Kommunikation ist auf unterschiedlichen Ebenen nicht immer ganz trivial; es kommt sowohl zu Fehleinsätzen eines Rettungswagens für Patienten, die sich eigentlich nur den Hausbesuch eines Notfallarztes wünschen (Übertriagierung), als auch, glücklicherweise seltener, zu längeren Wartezeiten schwer kranker Patienten, die eine invasive Versorgung vor Ort und notfallmässige Spitaleinweisung benötigen (Untertriagierung).

Neben der zunehmenden technischen Aufrüstung der Notrufzentralen muss vermehrt auf Aus-

und Weiterbildung der Disponenten und ihrer Partnerorganisationen geachtet werden. Kommunikation, «Crew Resource» und «Task Management», Vorausschau auf mögliche Entwicklungsperspektiven, Risikoabwägung und Auswahl von Optionen werden immer wichtiger. Dies umso mehr, weil bei ausserordentlichen Ereignissen die SNZ zur entscheidenden Drehscheibe für die Alarmierung der rettungsdienstlichen Kaderpersonen und zusätzlicher Einsatzkräfte wird. Sie macht als sanitätsdienstliches Kommandozentrum die strukturierte medizinische Schadensbekämpfung der Einsatzleitung vor Ort erst möglich. Damit die Effizienz erhöht wird, müssen vorhandene SNZ zu grösseren Einheiten zusammengelegt werden, die sich eher an geographischen als zwangsläufig an kantonalen Begrenzungen orientieren sollten.

Kernsätze

- Für eine sinnvolle, effiziente Organisation medizinischer Notfälle braucht es überregionale Sanitätsnotrufzentralen mit einer kritischen Mindestgrösse.
- Die einheitliche gebührenfreie Notfallnummer (SNZ 144) ist verwirklicht – eine gemeinsame ereignisunabhängige Notfallnummer 112 (Polizei, Feuerwehr, Sanität) bietet keine Vorteile.
- Neben Triagierung und Einsatzlenkung der Rettungskräfte sind vermehrt telefonische Handlungsanweisungen für Angehörige von Notfallpatienten / Ersthelfer erforderlich.
- Die strukturierte Aus- und Weiterbildung von Disponenten wird aktuell definiert und soll national geregelt werden.
- Die Schnittstelle zwischen SNZ 144 und Telefonzentralen der Ärzteorganisationen für den ambulanten Notfall-/Dienstarzt-Bereitschaftsdienst muss definiert und sachdienlich organisiert werden. Personelle und logistische Synergien sind möglich.
- Erfahrungsgemäss wird mehr Wert auf technische als auf personelle «Investitionen» gelegt. Das Kommunikations- und Führungspotential aller SNZ-Verantwortlichen, vom «call-taker» über den Disponenten bis hin zum rettungsdienstlichen und ärztlichen Leiter muss vermehrt geschult werden.
- Diese Ausbildung ist von besonderer Bedeutung zur Vorbereitung auf Führungsaufgaben in besonderen und ausserordentlichen Lagen.

Wir bedanken uns bei Heinz Zimmermann für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

- 1 Määttä T, et al. Fusion of dispatching centres into one entity: effects on performance. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2010;54:689–95.