



Ein Ereignis, fünf Perspektiven - Eine Einsatzbesprechung der anderen Art

Burkart Roman, Dipl. Pflegeexperte SSFS/SRK, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Fondazione Ticino Cuore, Präsident der BLS-Faculty des SRC

Hilfiker Ernst, Chefredaktor Star of Life, Vereinigung Rettungssanitäter Schweiz, Stäfa

Peter Christian, Dr. iur., Gründungspartner HEP & Partner, Autor Jusletter, Informationssicherheit- u. Datenschutzbeauftragter, Schweizer Paraplegiker-Stiftung, Bern

Regener Helge, Dipl. Rettungssanitäter, Master of Medical Education, Geschäftsführer, Schweizer Institut für Rettungsmedizin SIRMED, Nottwil

Rollwage Elmar, Dipl. Rettungssanitäter, Dipl. IPS- und Anästhesiepfleger, Ressortleiter Rettungsdienst Spitalregion Ob- u. Nidwalden, Langenthal

Das Thema wird als Podiumsdiskussion live entwickelt, weshalb hier noch keine Statements gedruckt werden können.

Platz für eigene Notizen:

Eigene Grenzen erkennen

Oehen Anja, Dipl. Pflegefachfrau NDS Notfallpflege, Bereichsleiterin Erste Hilfe, Schweizer Institut für Rettungsmedizin SIRMED, Nottwil

Firstresponder (FR) helfen die Überlebenschancen zu steigern und stellen einen wichtigen Partner des Rettungsdienstes in der präklinischen Erstversorgung dar.

Die Patientensicherheit hat dabei oberste Priorität! Im Einsatz gilt es jederzeit abzuwägen, welche Massnahmen angezeigt sind, um dem Patienten zu nutzen, und welche Interventionen den Schaden vergrössern können und damit zu unterlassen sind. Schaden kann resultieren, wenn eine gewählte Massnahme falsch ist oder fehlerhaft durchgeführt wird. Es kann aber auch bei korrekter Durchführung richtig gewählter Massnahmen zu Zwischenfällen und unerwünschten Ereignissen kommen. Dabei beeinflusst eine möglicherweise geringe Eintrittswahrscheinlichkeit das Schadensausmass nicht. Persönliche Fähigkeiten, Kompetenzen aber auch die eigenen Grenzen zu kennen soll FR davor bewahren, Patienten Schaden zuzufügen.

"Schuster bleib bei deinen Leisten" sagte schon der Maler Apelles, als ihn ein Schuster darauf hinwies, dass dieser die Schuhe nicht korrekt gemalt hatte....

Firstresponder - Neues aus dem Kanton Bern

Baumgartner Beat, Dipl. Rettungssanitäter, Dipl. Pflegefachmann NDS Anästhesiepflege, Leiter Rettungsdienst, STS AG, Spiez, Präsident Verein firstresponder.be

Versicherungen

In der Anfangsphase des Firstresponder-Wesens im Kanton Bern waren die Firstresponder über die Trägerschaften der Rettungsdienste versichert. Nach der Vereinsgründung firstresponder.be strebten wir eine Vereinheitlichung der Versicherungen an. Über einen Versicherungs-Broker, der auch für Spitäler im Kanton Bern Mandate hat, liessen wir die besten Versicherungsoptionen suchen. Folgende Versicherungen für den Kanton Bern werden neu durch den Verein firstresponder.be finanziert:

Unfall-Versicherung: Die First- und Rapidresponder sind während eines Einsatzes für den Verein firstresponder.be in Ergänzung zu den obligatorischen Unfallversicherungen versichert.

Haftpflicht-Versicherung: Es ist über den Verein firstresponder.be eine Haftpflicht-Versicherung abgeschlossen, welche die Tätigkeit der First- sowie Rapidresponder im Rahmen der allgemeinen Versicherungsbedingungen während des Einsatzes schützt.

Dienstfahrtenkasko-Versicherung: Es ist eine Vollkasko-Versicherung für die Fahrten im Auftrag des Vereins mit dem privaten Personenwagen der First- und Rapidresponder abgeschlossen.

Sachversicherung für AED-Geräte: Viele Besitzer von AED-Geräten haben Bedenken, ihre Geräte öffentlich zugänglich zu montieren, weil sie «gestohlen oder beschädigt» werden könnten. Über die Sachversicherung des Vereins firstresponder.be können AED-Geräte gegen Beschädigung, Zerstörung und einfachen Diebstahl versichert werden.

Die jährlichen Prämien für diese drei Versicherungen betragen rund CHF 6'500. Die vertraglichen Selbstbehalte werden in der Regel durch den Verein firstresponder.be getragen. Der Verein behält sich jedoch das Recht vor, jeden Einzelfall zu prüfen.

Karte mit Standorten der AED-Geräte auf dem Geoportal des Kantons Bern

Das Geoportal ist die offizielle Publikationsplattform für Geoinformationen der bernischen Kantonsverwaltung. Auf der Plattform findet man beispielsweise Karten zum archäologischen Inventar, zu bewilligten Erdwärmesonden, gewerblich nutzbaren Rafting Zonen und neu auch eine Karte der öffentlich und der zeitweise verfügbaren AED-Geräten. Dank pragmatischer und wohlwollender Unterstützung des Amtes konnte in enger Zusammenarbeit mit dem Verein firstresponder.be die Karte realisiert werden.

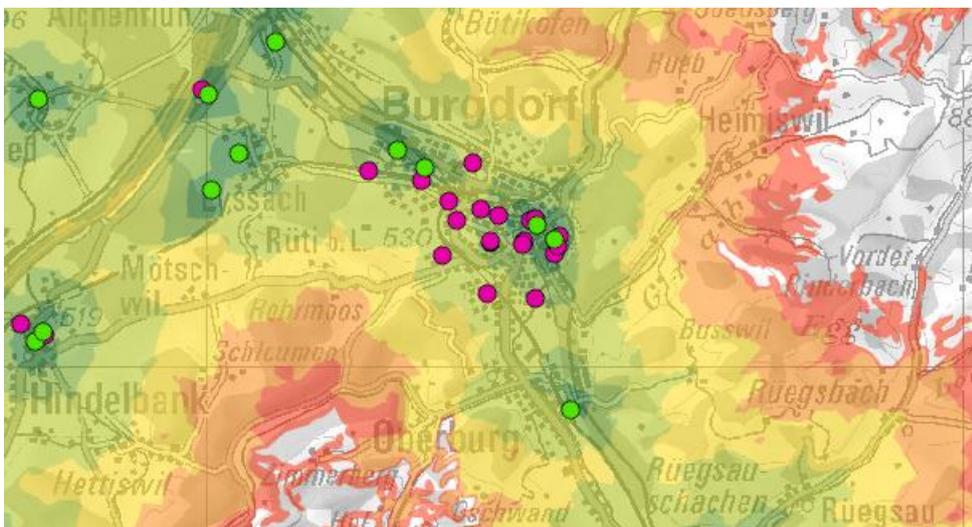


Abbildung: www.be.ch/geoportal

Alle Daten werden vom Verein firstresponder.be über die Applikationssoftware momentum erfasst und mittels Schnittstelle dem Amt für Geoinformatik zugestellt.

Auf der Karte sind die im Kanton Bern gemeldeten AED-Standorte und deren Zugänglichkeit ersichtlich. Ausserdem wird auf der Karte der Perimeter dargestellt, welcher mit dem jeweiligen AED-Gerät innert nützlicher Frist erreicht werden kann: Dunkelgrün bis 500 Meter, gelb bis 3000 Meter, rot bis 5000 Meter. Auf der gleichen Karte kann auch die Bevölkerungsdichte eingeblendet werden.

Der Verein verspricht sich von der Karte, dass Gebiete mit mangelhafter AED-Abdeckung eruiert werden können. In Zusammenarbeit mit Gemeinden, Firmen und AED-Anbietern sollen diese «blinden Flecken» mit neuen öffentlich zugänglichen Geräten abgedeckt werden.

Die Karte und die Versicherungslösung für AED-Geräte geben dem Verein die Möglichkeit, seinem Ziel einer «lückenlosen AED-Geräte-Abdeckung im ganzen Kanton Bern» rasch näher zu kommen.

Unterstützung von Firstrespondern durch die Schweizer Berghilfe

Jaquet Raphael, Projektleiter, Schweizer Berghilfe, Adliswil

In peripheren Gebieten dauert die Anfahrtszeit des Rettungsdienstes zum Einsatzort länger als im Schweizer Mittel. First Responder überbrücken die lange Dauer, bis Rettungssanitäter eintreffen mit lebensrettenden Massnahmen. Gerade bei Herz-Kreislauf-Stillständen eine entscheidende Hilfe. Damit leisten diese ehrenamtlichen Ersthelfer einen wichtigen Beitrag an die Notfallversorgung in den Bergen. Die Berghilfe unterstützt First-Responder-Gruppierungen, die in den Berggebieten aktiv sind.

Neue Fördermassnahme für Kleinanschaffungen

Die Berghilfe schafft in Zusammenarbeit mit dem Interverband für Rettungswesen IVR und dem Schweizerischen Samariterbund SSB ein Angebot, das allen First-Responder-Gruppen im Berggebiet ermöglicht, eine limitierte Anzahl Notfallausrüstungen vergünstigt zu beziehen. Die Berghilfe bezahlt First-Responder-Gruppen 50% der Kosten von Defibrillatoren und Notfallrucksäcken.

Auf shop.samariter.ch/first-responder können Bestellungen getätigt werden.

Bewährte projektbasierte Förderung

Bereits seit Jahren fördert die Berghilfe Projekte der ehrenamtlichen Notfallversorgung. So konnten bereits First-Responder-Gruppen im Albulatal, der Region Sense Süd sowie dem Oberwallis unterstützt werden. Auslöser dieser Projekte war mehrheitlich die Entstehung eines komplett neuen First-Responder-Systems, was jeweils eine grosse finanzielle Herausforderung darstellt. Die Projektträger haben der Berghilfe ein Unterstützungsgesuch zugestellt, welches von ehrenamtlichen Experten der Berghilfe umfassend geprüft und anschliessend bewilligt wurde. Die Beiträge wurden an die Kosten für die Notfallausrüstungen und die für First Responder notwendigen Weiterbildungen geleistet.

Auf www.berghilfe.ch können Unterstützungsgesuche eingereicht werden.

Zur Berghilfe

Die Schweizer Berghilfe ist eine ausschliesslich durch Spenden finanzierte Stiftung mit dem Ziel, die Existenzgrundlagen und Lebensbedingungen der Schweizer Bergbevölkerung zu verbessern. Die Unterstützung der Schweizer Berghilfe geht neben dem Bereich der Gesundheit an Projekte aus den Bereichen Landwirtschaft, Tourismus, Gewerbe, Wald und Holz, Energie, Bildung und Nothilfe.

Einsatz einer Software in der Betriebsanität

Güntert Katia, Leiterin Betriebsanität, Georg Fischer Schaffhausen, Apleona HSG

Auf dem Markt gibt es unzählige Softwarelösungen für Ärzte, Therapeuten, Apotheken und Kliniken. Leider sind diese meist sehr kostspielig, zu umfassend und entsprechen nicht den Bedürfnissen einer Software für Betriebsanität.

Aber welche Anforderungen muss eine Software in der Betriebsanität erfüllen?

- Gewährleistung des Datenschutzes hinsichtlich Patientendaten
- Passwortgeschütztes Programm
- Aufnehmen von Daten in den Patientenstamm
- Dokumentation über den Fall bezüglich Art (Krankheit/Unfall, Medikamentenabgabe, Transport, Arbeitsausfall etc.)
- Erstellung von Statistiken, Art des Falles Krankheit/ Unfall/ Nichtbetriebsunfall/ Arbeitsunfälle nach Abteilungen und Verletzung /Medikamentenabgabe (zum Beispiel nach Kostenstelle)
- Schnelles Erstellen von Überweisungsformulare für weiter behandelnde Institutionen
- Abgabe von Messdaten wie Blutdruckwerte, Blutzucker etc.

Da wir auf dem Markt nichts Entsprechendes gefunden haben, programmierten wir zusammen mit Heusser Software Schaffhausen eine eigene Sanitäts-Software. Diese Software wurde stets angepasst und auf die Bedürfnisse einer Betriebsanität ausgelegt.

Alle die oben genannten Punkte, welche die Anforderungen beschreiben wurden in dieser Software umgesetzt. Die Software welche wir Sanibase 4.0 benannten ist nun über die Heusser Software Schaffhausen käuflich erhältlich.

Wir sind überzeugt, dass diese Software auch für andere Betriebsanitäten von grossem Nutzen ist. Das Programm kann individuell für Kunden angepasst werden. Zur Grundausstattung gehören 3 zu definierende Statistikauswertungen sowie die Möglichkeit der Einbindung eines Firmenlogos.

Zusammenarbeit Polizei und Betriebsanität

Suter Stefan, Wm mbV, Ausbildungsleiter Kriminalpolizei, Luzern Polizei

Aufgaben der Polizei

Zu den Aufgaben der Polizei gehört unter anderem die Erfüllung der Aufgaben der Strafverfolgung. Mit Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Betriebsanität heisst dies, dass bei Arbeitsunfällen mit Personenschaden die Ursache und ein allfällig strafrechtliches Verhalten geklärt werden muss. Bestehen Zweifel an der Schuldfrage empfiehlt sich ein frühzeitiger Beizug der Polizei. Die Polizei kann so unverzüglich die Ermittlungen aufnehmen, sowie Beweise und Spuren sichern. Bei Unfällen mit Personenschaden im Strassenverkehr ist die Orientierung der Polizei gesetzliche Pflicht.

Rechtliche Situation

Am Symposium 2018 wurde durch Herr lic. iur. Marc Elmiger ein Referat zum Thema Patientenverfügung und Schweigepflicht gehalten. Ich verweise für die nachfolgenden Ausführungen zusätzlich auf dieses Referat. Für die Zusammenarbeit zwischen Polizei & Betriebsanität ist das Thema Schweigepflicht von zentraler Bedeutung. Die Polizei benötigt vielfach von den involvierten Personen Auskünfte. Es empfiehlt sich, vor Übernahme einer Aufgabe als Betriebsanitäter, die rechtliche Situation mit seinem Vorgesetzten abzuklären. So kann sichergestellt werden, dass im



Ereignisfall bekannt ist, ob Infos weitergegeben werden dürfen oder ob man der Schweigepflicht untersteht. Wenn sich ein Betriebsanitäter im Ereignisfall trotzdem nicht sicher ist ob er Infos weitergeben kann, darf er jederzeit die Auskunft verweigern und sich zuerst rechtlich absichern.

Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen der Polizei und der Betriebsanität kommt im Normalfall bei Arbeitsunfällen zum Zug.

Die Polizei will den Sachverhalt ermitteln. Aus diesem Grund sichert die Polizei Beweise, Spuren und macht Situationsfotos. Weiter werden Personen befragt und weitere Ermittlungen unternommen um den Sachverhalt zu klären. Die Polizei möchte, dass keine Situationsveränderungen vorgenommen werden und hat grosses Interesse am Spurenschutz.

Die Betriebsanität will Erste Hilfe leisten, den Patienten versorgen und falls nötig, zusammen mit dem Rettungsdienst und weiteren Partnern, den Patienten transportfähig machen.

Jeder Betriebsanitäter kann sich voll auf seine Kernaufgaben konzentrieren.

Eigensicherung und Gefahrenabwehr haben Vorrang. Die Lebensrettung kommt immer vor der Strafverfolgung und dem Spurenschutz.

Oberstes Ziel muss sein, dass der Patient überlebt oder möglichst wenig körperliche Schäden davonträgt. Wenn ein Patient umgelagert wird oder die angetroffene Situation verändert werden muss, dann darf dies der Betriebsanitäter machen.

Wenn trotzdem auf die Anliegen der Polizei Rücksicht genommen werden kann, dann ist dies gut.

Wenn es nicht möglich ist, dann hat dies keine Konsequenzen für den Betriebsanitäter. Die Polizei arbeitet in solchen Fällen mit der Ausgangslage, welche sie vor Ort antrifft.

Was gehört in eine Betriebsapotheke?

Meyerholz Rieke, Sales Manager Industry, IVF HARTMANN AG, Neuhausen am Rheinfall

Würden wir eine Umfrage unter 100 Betriebsanitätern machen, was sie für einen sinnvollen Inhalt einer Betriebsapotheke, eines Verbandkoffers oder eines Sanitätsraumes halten, könnten wir mit etwa 100 sehr unterschiedlichen Listen rechnen. Unstrittig wird dabei in wohl über 95% der Fälle ein AED als «must have» benannt werden... aber dann wird bereits auf Position 2 die Schere weit auseinander gehen! Ist es die Beatmungshilfe oder das Tourniquet, die Augenspülflasche oder die vielleicht doch erst die Schutzhandschuhe? Gehört ein Spineboard in den Sanitätsraum? Und was ist mit Aspirin?

In diesem Vortrag werden beide Extreme vorgestellt: Die minimalistische Ausstattung, die auch der Soldat bei sich führen würde, bis zum sportmedizinischen Volls Sortiment, um im besten Fall das Weiterarbeiten auch noch mit instabilem Knochen zu ermöglichen. Der Vortrag wird beleuchten, dass es kein Richtig und kein Falsch gibt, sondern der verantwortungsbewusste Betriebsanitäter individuell für die Gefahrenlage in seinem Betrieb das Sortiment festlegen muss. Impulse für die Festlegung dieses Sortimentes werden durch moderne Notfallsets «Traumaset» und einfache Beatmungshilfen aus Sicht der Betriebsanitätsgruppe der IVF HARTMANN AG und der Betreiberin der BETRIEBSAPOTHEKE.CH gegeben.

In der Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz (ArG) hat der Bundesrat bereits 1993 den Artikel 36 zum Thema Erste Hilfe formuliert:

«Entsprechend den Betriebsgefahren, der Grösse und der örtlichen Lage des Betriebs müssen die erforderlichen Mittel für die Erste Hilfe stets verfügbar und erreichbar sein.

Nötigenfalls müssen auch eingerichtete Sanitätsräume und professionell ausgebildetes Personal –



sogenannte Betriebsanitäter – zur Verfügung stehen.»

Jedes Unternehmen sollte deshalb entsprechende Erste-Hilfe-Massnahmen und Vorkehrungen zu treffen. Das nötige Know-how und eine gut ausgerüstete Betriebsapotheke sind dabei entscheidend. Aber, aus was besteht denn eine gut ausgerüstete Betriebsapotheke? Welches Handwerkzeug sollte der Betriebsanitäter haben, auf welches sollten die Mitarbeiter jederzeit zugreifen können? Was bedeutet «nötigenfalls» in der Praxis?

Patientenbeurteilung (Workshop)

Reusser Karin, Dipl. Rettungssanitäterin HF, Rettungsdienst STS AG, Thun

Mit dem Eintreffen am Einsatzort beginnt sofort nach der Sichtung und Beurteilung des Einsatzortes (Scene Assessment) die Patientenbeurteilung.

Es darf von folgenden Bedingungen ausgegangen werden:

Zeit und Ort sind nicht planbar. Das Zusammentreffen von Firstrespondern und Patient kann in unzähligen Situationen geschehen.

Beteiligte sind sich fremd. Bei der Evaluation von Notfallereignissen müssen zum Teil äusserst intime Fragen gestellt werden. Der Firstresponder muss sich bewusst sein, dass er damit Zugang zu höchst sensiblen Bereichen des Patienten erhält.

Zeitdruck. Je nach Notfallsituation liegt eine mehr oder weniger ausgeprägte zeitliche Brisanz vor.

Zwischen dem Firstresponder und dem Patienten muss innert kürzester Zeit eine Vertrauensbasis aufgebaut werden. Sie nimmt wesentlichen Einfluss auf die Kommunikation, den Auskunftswillen und auf das Gefühl in guten Händen zu sein.

Dabei ist es Aufgabe des Firstresponders eine Kommunikation zu initiieren und zu steuern. Weiter ist es notwendig, eine kommunikative Ebene zu schaffen, auf der sich die Beteiligten verständigen können. Die Gesprächsleitung kann als Instrument betrachtet werden, um von Personen mit unterschiedlich ausgeprägter Kommunikationsbereitschaft die notwendigen Informationen zu erhalten. Das aktive Zuhören dient dazu, Verständnis und Sympathie zu fördern und ein Klima zu schaffen, in dem vom Gegenüber viele und genaue Informationen gewonnen werden.

Eine strukturierte Kommunikation verhilft dem Firstresponder zu einer raschen und zielgerichteten Beurteilung von Notfallpatienten.

Der **Primary Survey** (die sog. Erstuntersuchung) dient der Erkennung und Behandlung lebensbedrohlicher Zustände und enthält zwei Kernelemente:

- Der General Impression ergibt sich bei der Annäherung an die Patientin. Der Firstresponder erhält durch die Sinneswahrnehmungen Sehen und Hören erste Informationen zum Zustand des Patienten.
- Das ABCDE ist in Bezug auf die Patientenbeurteilung mittlerweile breit etabliert. Es folgt dem General Impression und beinhaltet Untersuchungen und Behandlungen.

A:	Airway	Atemwege frei? HWS Fixation bei Trauma
B:	Breathing	Atmung suffizient ? Frequenz, Zyanose..
C:	Circulation	Puls, Hautkolorit, Blutungszeichen..
D:	Disability	Bewusstsein prüfen (GCS), Pupillen, Blutzucker..
E:	Exposure	Hypothermie vermeiden, vor Witterung schützen..



Die einzelnen Buchstaben werden schrittweise abgearbeitet. Erst nachdem ein (ABCDE-) Problem behoben ist, geht es weiter zum Nächsten. Die Erkenntnisse, welche aus den Untersuchungen im Primary Survey resultieren bestimmen auch die Versorgungsstrategie.

Gerade bei schwer beeinträchtigten Notfallpatienten können sich unverhofft Probleme einstellen. Um diese Veränderungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln, empfiehlt sich ein engmaschiges Reassessment, bei dem die Punkte des ABCDE erneut nacheinander abgefragt werden.

Der **Secondary Survey** (oder auch Zweituntersuchung) schliesst sich an den Primary Survey an. Die Untersuchungen zielen auf nicht unmittelbar lebensbedrohliche Beeinträchtigungen bei Notfallpatienten ab oder sollen mithelfen den Kontext einer Notfallsituation darzustellen. Inhaltlich geht es um eine körperliche Untersuchung, die Anamneseerhebung, die Bestimmung der Vitalparameter und den Einbezug apparativer Diagnosemittel.

EKG für Einsteiger (Workshop)

Lesen lernen...

Oehen Anja, Dipl. Pflegefachfrau HF, NDS Notfallpflege, Bereichsleiterin Erste Hilfe, Schweizer Institut für Rettungsmedizin SIRMED, Nottwil

Das Elektrokardiogramm (abgekürzt EKG) ist die Registrierung der Summe der elektrischen Aktivitäten aller Herzmuskelfasern. Elektrokardiogramm wird am geeignetsten mit Herzstromkurve übersetzt.

Jeder Pumpfunktion des Herzens geht eine elektrische Erregung voraus, die im Normalfall vom Sinusknoten ausgeht und über das Erregungsleitungssystem zu den Muskelzellen läuft. Die elektrische Aktivität des Herzens kann von der Haut mit Elektroden und einer empfindlichen Verstärkereinrichtung aufgezeichnet werden. Es resultiert ein immer wiederkehrendes ziemlich gleichförmiges Bild der elektrischen Herzaktion. Zu beachten ist, dass das Oberflächen-EKG nur die elektrische Aktivität des Herzmuskels anzeigt, nicht jedoch die tatsächliche Auswurfleistung widerspiegelt.

Das bedeutet, dass ein EKG niemals isoliert, sondern nur in Zusammenhang mit der klinischen Situation des Patienten beurteilt werden darf. Daraus ergibt sich die grundlegende Forderung in diesem Zusammenhang: Versorge den Patienten - und nicht das EKG!

Im Herzmuskel mit seiner grossen Zahl Herzmuskelfasern entsteht bei jeder Herzaktion eine Vielzahl elektrischer Potentiale. Eine normale Funktion erzeugt dabei die EKG-Kurve.

Das EKG wird am Monitor dargestellt, oder auf Millimeterpapier aufgezeichnet. Dabei beträgt die Schreibgeschwindigkeit im Rettungsdienst meist 25 mm/s und die Amplitude meist 10 mm/mV. Ein Millimeter (ein kleines Kästchen auf dem Papier) entspricht also nach der Seite 0,04 s und in der Höhe 0,1 mV. Mit dem EKG wird zumeist eine eckige Eichzacke (1 mV) zur Skalierung geschrieben.

Die verschiedenen Wellen und Zacken des EKG beschreiben die Erregung in unterschiedlichen Teilen des Herzens. Die Begriffe P-Welle, QRS-Komplex und T-Welle sind international gebräuchlich.

Wie man ein EKG liest:

Es gibt verschiedene Systematiken zur EKG-Beurteilung. Das wichtigste Grundelement ist dabei, dass man eine „Herzstromkurve“ liest, wie einen Schrifttext, also gleichsam Wort für Wort und Zeile für Zeile.

Es ist dabei von Vorteil, wenn man ein immer gleiches Prinzip verfolgt. Das folgende hat sich in der Praxis gut bewährt.

Checkliste EKG- Schnellinterpretation

1. Frequenz?
 - normal
 - langsam
 - schnell
2. Rhythmus?
 - völlig regelmässig
 - regelm. Grundrhythmus, vereinzelte ES
 - Pausen
 - völlig unregelmässig
3. QRS-Komplex?
 - schlank
 - breit
4. Vorhofaktionen?
 - P-Welle (nicht) vorhanden
 - Form der P-Wellen?
5. Vorhof-Kammer-Relation
 - Verhältnis 1:1
 - Verhältnis 1:1, verlängerte Überleitungszeit
 - P-Welle vor jedem QRS-Komplex
 - QRS-Komplex nach jeder P-Welle
 - PQ-Zeit

Mit der gezielten Beantwortung dieser Fragen hat man alle Informationen zur Beurteilung der meisten Rhythmusstörungen zusammen.

Einsatznachbesprechung (Workshop)

Reichlin Asarela, Dipl. Rettungsanwältin HF, Rettungsdienst Zug

Die Einsatznachbesprechung ist ein wichtiges Instrument, um aus Erlebtem zu lernen und um traumatische Erlebnisse zu verarbeiten. Dabei können zunächst technische Aspekte eines Einsatzes thematisiert werden, beispielsweise: "Was ist warum gut oder weniger gut gelaufen?" oder "Was können wir nächstes Mal verbessern?". Anschliessend wird es vermutlich einigen Teilnehmenden einfacher fallen, über emotionale Aspekte und eigene Gefühle zu sprechen. Dabei ist ein vertrauensvolles Klima eine wichtige Voraussetzung. Es versteht sich von selbst, dass es nicht immer einfach ist, eine solche Gesprächsatmosphäre herstellen zu können.

Die Teilnahme an einer Einsatznachbesprechung kann innerhalb der Gruppe das Zusammengehörigkeitsgefühl stärken, den Austausch untereinander fördern und soziale Ressourcen aktivieren. Erfahrungen, Gedanken und Gefühle können von jedem Teilnehmenden in die Gruppe eingebracht werden. Dadurch erkennt der Einzelne im Optimalfall, dass es seinen Kameraden ebenso geht wie ihm und er nicht allein mit möglichen Ängsten, Sorgen oder Wut ist. Eine solche Nachbesprechung kann dazu beitragen, den Einsatz aus einer anderen Perspektive zu sehen und



offene Fragen zu klären. Ebenfalls können durch die Aussagen von Kollegen Zusammenhänge nachvollzogen und Abläufe rekonstruiert und werden.

Eine wichtige Voraussetzung für eine gute Einsatznachbesprechung ist eine kompetente Gesprächsführung durch eine erfahrene Person. Ziel der Besprechung ist das Wiedererlangen der Funktionsfähigkeit jedes einzelnen Teammitgliedes. Falls dies nicht erreicht werden kann, muss abgeschätzt werden ob und welche weiteren Massnahmen notwendig sind. Dies könnte zum Beispiel bedeuten, dass es nochmals eine Besprechung geben soll oder, dass der Beteiligte professionelle Hilfe erhält.

Die Wiederbelebung von Kindern (Workshop)

Müller Meike, Dipl. Pflegefachfrau Expertin Intensivpflege Kinder, Kantonsspital Aarau

Elmar Rollwage

Dipl. Rettungssanitäter, Ressortleiter Rettungsdienst Spitalregion Oberaargau, Chef Firstrespondergruppe Stützpunktfeuerwehr Zofingen

Wir wollen es an dieser Stelle einfach machen. Auch wenn die landläufige Feststellung stimmt, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind, gilt im Kreislaufstillstand doch, dass die Erkennung des Stillstandes und die lebensrettenden Massnahmen die gleichen sind.

Das bedeutet, dass ein reaktionsloses Kind ohne oder ohne normale Atmung mit Herzmassage und Beatmung im Verhältnis 30:2 versorgt wird. Im Unterschied zum Erwachsenen werden die Massnahmen natürlich weniger kräftig ausgeführt. Die Tiefe der Herzmassage beträgt ein Drittel des Brustdurchmessers.

Die Beatmung hat bei der Wiederbelebung von Kindern einen höheren Stellenwert, als beim Erwachsenen und soll wenn möglich immer durchgeführt werden.

Wenn verfügbar, sollten bei der Wiederbelebung von Kindern möglichst spezielle Kinderelektroden eingesetzt werden. Sind solche nicht vorhanden, wird mit normalen Elektroden gearbeitet.

Infusionen/ Injektionen

Weber Sarah, Dipl. Pflegefachfrau HF, NDS Notfallpflege, Erwachsenenbildnerin, Luzerner Kantonsspital, Luzern

Gretener Rebekka, Dipl. Pflegefachfrau HF, NDS Intensivpflege, Erwachsenenbildnerin, Schweizer Institut für Rettungsmedizin, Nottwil

In vielen Notfallsituationen muss eine Infusion gelegt werden. „Infusion“ wird als Einfliessenlassen von Flüssigkeiten in den Körper bezeichnet. Im Rettungsdienst werden sterile Lösungen zur Volumentherapie, zum Offenhalten eines venösen Zugangs oder zum Applizieren von Medikamenten verwendet. Der Arbeitsvorgang kann durch gute Teamarbeit beschleunigt werden. Als Standardinfusionslösung werden Kristalloide wie z.B. NaCl 0.9% oder Ringerlactat verwendet. Andere Infusionslösungen werden nur in Ausnahmen und bei genauer Indikation eingesetzt.

Eine Injektion ist das Einbringen eines gelösten Arzneistoffes in den Organismus. Im Rettungsdienst erfolgen fast ausschliesslich intravenöse (i.v.) Injektionen. Weitere gebräuchliche Applikationsarten



sind die intramuskuläre (i.m.) Injektion, die subkutane (s.c.) Injektion und die intraossäre (i.o.) Injektion. Bei der Injektion gelangt die injizierte Lösung unter Umgehung des Verdauungssystems in den Organismus (parenteral).

Die Medikamente sind in verschiedenen Formen in unterschiedlichen Ampullen enthalten. Es gibt Glas- und Plastikampullen die gebrauchsfertige Injektionslösungen enthalten. Teilweise müssen diese mit einer Grundlösung verdünnt und anschliessend appliziert werden. Zudem werden Ampullen mit Trockensubstanzen verwendet. In der Ampulle ist das Arzneimittel als steriles Trockenpulver enthalten, welches mit der angegebenen Menge Lösungsmittel aufgelöst werden muss.

Stechampullen sind kleine Glasfläschchen mit einem Volumen von 10, 20 oder 50 ml Inhalt. Sie enthalten entweder gebrauchsfertige Lösungen oder Trockensubstanzen.

Im Rettungsdienst erhält ein Grossteil der Patienten einen venösen Zugang. Im Unterschied zu Punktionen im Spital sind die Durchführungsbedingungen in der Präklinik oftmals alles andere als optimal. Dadurch erhöht sich das grundsätzliche Risiko einer Nadelstichverletzung gegenüber anderen Arbeitsbereichen im Gesundheitswesen vermutlich erheblich. Wie das Risiko einer Nadelstichverletzung und somit eine mögliche Ansteckung von Infektionskrankheiten minimiert werden kann, wird im Workshop aufgezeigt.

Alarmierungssystem Momentum

Liechti Beat, Dipl. Rettungssanitäter HF, Einsatzdisponent, Sanitätsnotrufzentrale 144 Bern

Für die Alarmierung von Firstrespondern wird im Kanton Bern und im Kanton Tessin das Alarmierungssystem Momentum (<http://momentum.dos-group.com/de>) der Firma DOS SA (www.dos-group.com) eingesetzt. Ebenfalls der Kanton Fribourg setzt das System seit 2017 ein. Weitere Kantone bekunden grosses Interesse an der Alarmierungssoftware. Einleitend zum Workshop wird ein fiktiver Einsatz eröffnet um zu verstehen wie das System funktioniert. Ziel des Workshops ist ein Austausch und Finden von Möglichkeiten zum Einsatz von Momentum als gesamtschweizerisches System – weg mit den Kantonsgrenzen!

Betreuung von Angehörigen bei der Reanimation

Gisler Simona, Dipl. Rettungssanitäterin HF, Erwachsenenbildnerin, Leitung FR-Gruppe, Stützpunktfeuerwehr Stein am Rhein

Einsatzmeldung „Herz-Kreislaufstillstand, männlich 65, Bahnhofstrasse 243, Nottwil“. Was erwartet uns am Einsatzort? Was ist unser Auftrag? Möglicherweise sind Angehörige, bzw. die Familie vor Ort. Was heisst das für unseren Einsatz?

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften stellt dazu fest, dass auch wenn der Patient im Zentrum der Reanimationsbemühungen steht, die nächsten Angehörigen ebenso betroffen sind. Angehörige, die während der Reanimation anwesend sind oder die nach erfolgloser Reanimation vom Verstorbenen Abschied nehmen wollen, sollen angemessen unterstützt werden. Die Berücksichtigung des kulturellen und religiösen Hintergrundes von Patient und Familie ist in dieser Situation besonders wichtig.



Schwere Blutungen stillen

Schwarz Joe, Dipl. Rettungsanitäter HF, NDS Anästhesiepflege, Erwachsenenbildner, SIRMED, Nottwil

Nyenhuis Olivier, Dipl. Rettungsanitäter HF, Erwachsenenbildner, Bereichsleiter, Interverband für Rettungswesen IVR, Bern

Ein grosser Teil tödlicher Traumata geht zu Lasten schwerer Blutungen. Im Falle innerer Blutungen hilft i.d.R. nur die operative klinische Versorgung. Lediglich bei so genannten „Open-Book“-Beckenfrakturen besteht eine gewisse Interventionsmöglichkeit mit dem Einsatz von Beckenschlingen.

Bei Blutungen nach aussen gilt das Eskalationsschema:

1. Manuelle Kompression
2. Kompressionsverband
3. Tourniquets

Tourniquets werden an Extremitäten so körperfern wie möglich, aber rund 5 cm oberhalb der Verletzung angelegt, bei grossflächigen, zerfetzten Wundarealen jedoch körpernah. Das Tourniquet wird so fest angezogen, dass die Blutung steht. Eine Stauung mit Blutungsverstärkung muss unbedingt vermieden werden. Die korrekte Anlage kann starke Schmerzen verursachen und in unglücklichen Situationen Gewebs- und Nervenschäden verursachen. Nutzen und Schaden müssen daher abgewogen werden.

So einfach sie sind, so sind gleichwohl auch mit Tourniquets Fehlanwendungen möglich. Eine grosse israelische Studie kommt zu der Erkenntnis, dass rund die Hälfte aller Anwendungen nicht indiziert war, und amerikanische Daten aus Afghanistan zeigen, dass die Anlage häufig zu wenig fest erfolgt.

Kontamination/Dekontamination

Friderich Kurt, Ausbildner FA, Chemikant, Leiter Chemiewehrschule Zofingen, Bilfinger Industrial Services Schweiz AG

Es muss niemand vor Chemieunfällen Angst haben! Respekt vor dieser Situation ist aber angemessen, denn es handelt sich i.d.R. nicht um Alltagsereignisse, weshalb oft die Praxis fehlt. Der Grundsatz «unter Beachtung der eigenen Sicherheit» oder der «Selbstschutz» ist allen präsent.

Einen Standardablauf, ein immer geltender «Algorithmus» gibt es bei Chemie-Ereignissen nicht. An einen Phasenplan und ein mögliches Ablaufschema halten wir uns aber. Die entsprechende Situation bestimmt Ablauf und Vorgehen. Deshalb ist es wichtig die Schadenlage genau, exakt und konsequent zu beurteilen. Wir dürfen den Fokus nicht nur auf den Patienten legen. Wir müssen die Umgebung, das Wetter, die Temperatur, das Geländegefälle, den Aggregatzustand des Stoffes und vieles mehr erfassen, beurteilen, einen Entscheid treffen und dann handeln. Ein Entscheid kann sein, "ich warte". Die Frage ist: auf was? Habe ich etwas unternommen wenn ich warte, damit sich die Situation verändert? In welcher Zeitspanne erwarte ich eine Veränderung? Verschlechtert sich die Situation habe ich, indem ich ev. mit der Ambulanz bereits zu nahe am Ereignis stehe bereits eine falsche Entscheidung getroffen?



Tipp 1: eine Beurteilung der Situation «von aussen nach innen» ist die Lösung. Das bedeutet bereits auf der Anfahrt kann ich wichtige Beobachtungen feststellen und erhalte damit Sicherheit für mein Handeln und meine Massnahmen.

Tipp 2: Sich selber nicht kontaminieren bedeutet auch wieder die Situation richtig beurteilen können. Die grösste Gefahr sich zu kontaminieren ist meistens die Bequemlichkeit und die Routine. Handelt es sich um ein Individual- oder ein Grossereignis? Sind die Patienten *nur verletzt* oder *verletzt und kontaminiert* oder sogar *unverletzt* oder *unverletzt kontaminiert*?

Tipp 3: Die Kontamination muss, grundsätzlich immer auf dem Schadenplatz bleiben. Eine Verschleppung in die Ambulanz oder ins Spital ist zu vermeiden. (Kantonale Ausnahmen bei Massenanfall)

Tipp 4: eine vorhandene vollständige, mehrschichtige Ausrüstung eines Rettungsanitäters (nicht die bequemste) schützt relativ gut.

Tipp 5: die Beachtung der 3A Regel (Abstand - Abschirmung - Aufenthaltszeit) kann immer angewandt werden.

Die Vitalfunktionen haben immer Priorität. Dabei ist die Kontaminationsverschleppung die grösste Gefahr. Eine Abdeckung der Umgebung oder von nicht kontaminierten Körperteilen des Patienten mit Foliendecken ist eine Möglichkeit.

Wir unterscheiden immer danach, ob der Rettungsdienst oder die Feuerwehr als erste Organisation am Ereignis ist. Sind die Partner aufgeboten? Was können sie? Was erwarten wir von Ihnen? Wissen sie auch was wir von Ihnen erwarten?

Was ist der Unterschied der Dekontamination an der Gefahrenzone und in der Transportvorbereitung, wo die «Feindekontamination» gemacht wird?

Was machen wir mit kontaminiertem Einsatzmaterial? Wo haben wir den Rettungsrucksack abgestellt? Ist es sauber? Habe ich *alles* Material in die Gefahrenzone mitgenommen oder nur das *was ich dort brauche* und auch dann dort liegenlassen könnte? Welches Material nehme ich aus der Gefahrenzone mit? Wenn ja wie, um eine Verschleppung zu verhindern?

Erfolgreiche Reanimation

Fux Manuela, Alarmchefin FR Unterbäch und **Locher Chantal**, Samariterlehrerin und FR-Leiterin Unterbäch **Zuber Wendelin**, Rettungsanitäter HF, First Chef Oberwallis

Seit 2007 werden die First Responder (FR) Unterbäch durch die Notrufzentrale 144 der Kantonalen Walliser Rettungsorganisation für Einsätze aufgeboten. Unterbäch zählt 400 Einwohner, liegt auf 1230m.ü.M und ist etwa 20 Autominuten vom nächstgelegenen Arzt/Spital entfernt. Das kleine touristische Bergdorf verfügt ausserdem über 2000 Fremdenbetten.

Die Gruppe besteht ausschliesslich aus ortsansässigen Laienhelfern, die neben ihrer Samaritertätigkeit eine zusätzliche spezifische Ausbildung zum FR durchlaufen. Die FR Gruppe zählt heute 6 Aktivmitglieder, und rückt im Jahr 12-15 mal zu Notfällen aus. Dazu gehören nicht nur Herznotfälle. Seit unserer Gründung waren wir schon viermal bei einem Kreislaufstillstand im Einsatz. Davon war leider nur der letzte hier beschriebene Fall erfolgreich.

Herr W., 53jährig, hatte schon am Nachmittag beim Arbeiten in seinem Maiensäss Schmerzen in der Brust und als diese um 16 Uhr nicht aufhörten, wollte ihn seine Frau ins Spital fahren. Nach etwa 20 min Autofahrt erreichten sie den Dorfplatz. Als sie dort einem Bekannten sahen, hielten sie schliesslich



an. Dieser schätze die Situation sofort richtig ein und alarmierte die Notrufzentrale 144. Er lotste die Beiden zum Parkhaus, um dort nahe beim Heli Landeplatz zu sein und auf Hilfe zu warten. An diesem heissen Donnerstagnachmittag, den 16.8.2018, läutete um 16:26 das Telefon unserer Alarmchefin und die Notrufzentrale 144 meldete einen Herzinfarkt beim örtlichen Parkhaus. Sie kontaktierte umgehend eine FR Zweithelferin und bat um Mithilfe. Da beide bereits im Auto unterwegs waren, wurde verabredet, dass eine FR Helferin das Einsatzmaterial holt und die zweite FR und ihr Begleiter direkt zum Ereignisplatz fahren. Um 16.28, also zwei Minuten später, trafen alle gleichzeitig dort ein. Dass dies ein besonderer Fall werden würde, ahnte zu diesem Zeitpunkt noch niemand. Die FR stiessen in der Privatgarage auf den Patienten, der gerade aus dem Auto stieg. Er war totenbleich, schweissgebadet und klagte über Brustschmerzen, Atemnot und Übelkeit. Noch bevor man ihn hinsetzen konnte, kollabierte er. Nach einem etwa 20 Sekunden dauernden Krampfanfall brachte man ihn in eine stabile Seitenlage, das Pulsoxymeter zeigte zu diesem Zeitpunkt noch Normwerte an. Von weitem hörte man schon den Helikopter im Anflug. Ein dritter Helfer (ehemaliger FR) sperrte inzwischen die Strasse ab. Die eine FR Helferin düste los, um beim Einweisen des Heli behilflich zu sein, die zweite Helferin blieb beim Patienten und übernahm dessen Betreuung. Urplötzlich verschlechterten sich die Sauerstoffsättigungs-Werte dramatisch, also drehte die betreuende FR den Patienten auf den Rücken und verabreichte ihm 10 Liter Sauerstoff pro Minute via Maske. Als dann auch noch eine abnorme Schnappatmung einsetzte und das Pulsoxy keinen Puls mehr anzeigte, wurde trotz Anzeichen von Spontanreaktionen sofort mit Thoraxkompressionen begonnen.

Kurz darauf traf das Profiteam der Air Zermatt ein. Der dritte Helfer übernahm die Betreuung der Ehegattin des Patienten, welche von der dramatischen Situation mit vielen Eindrücken völlig überrollt worden war. Die beiden FR Helferinnen wechselten sich mit den Thoraxkompressionen ab. Unter Anleitung des Air Zermatt Notarztes hatten in Folge beide FR noch alle Hände voll zu tun. Der Zustand des Patienten gestaltete sich wie eine Achterbahnfahrt. Ein harter anstrengender Kampf ums Überleben begann. Die Atmung setzte immer wieder ein und dann wieder aus, Infusionen, Medikamente, Pads kleben, Schockabgabe, dann wieder assistierte Beatmung, wieder Thoraxkompressionen, wieder Schockabgabe, Intubation, Beatmen mit Beutel, transportfähig machen. In der Garage war es eng und heiss und von der Strasse her konnten Passanten trotz improvisiertem Sichtschutz das Geschehen nur allzu genau beobachten.

Die Teamarbeit am Unfallplatz unter Anleitung der Air Zermatt Profis (Notarzt SGNOR, Rettungssanitäter HF) funktionierte konzentriert, speditiv, sehr ruhig, respektvoll. Dieses positive Miteinander, gepaart mit oft geübten Handgriffen und die geglückte Kommunikation aller Beteiligten untereinander hat mit Sicherheit wesentlich zum Erfolg dieser Reanimation beigetragen.

Ein solcher Erfolg lässt einmal mehr sämtliche Anstrengungen in Vergessenheit geraten und ist der schönste Lohn, den man als freiwilliger Laienhelfer bekommen darf.

Herr W. wurde im Inselspital notfallmässig eine Koronarangiographie gemacht. Dabei wurde das Herzkranzgefäss mit einem Stent wieder geöffnet. Es wurde ein hoher akuter Verschluss der rechten Herzkranzarterie festgestellt. Nach einer mehrtägigen intensiven Therapie im Inselspital Bern wurde Hr. W. dann ins Stadtspital Triemli nach Zürich mit der Ambulanz verlegt. Nach 4-wöchigem Reha Programm in Bad Zurzach ist er seit November 2018 wieder voll arbeitsfähig. ☺
Er bedankte sich von Herzen noch während seiner Reha telefonisch bei jedem einzelnen Helfer für seinen zweiten Geburtstag.

Mythen in der Reanimation

Regener Helge, Dipl. Rettungssanitäter, Master of Medical Education, Geschäftsführer, Schweizer Institut für Rettungsmedizin SIRMED, Nottwil

Mitunter fällt es schwerer, Altes zu vergessen, als Neues zu lernen. Problematischerweise ist die Notfallmedizin voll von Alt- und Falschaussagen, die sich zum Teil beharrlich in den Köpfen der Helfer festsetzen und von dort mitunter den Weg in die Patientenversorgung finden.

Das Referat befasst sich mit ein paar der klassischen Mythen im Bereich Reanimation

- Thoraxkompressionen erfolgt von links
- Selbstdefibrillationen töten
- Pulse bei Säuglingen werden links getastet
- Bei Kindern kommt es zu sekundärem Ertrinken
- Bei der CPR wird nicht mehr beatmet
- Bei der Reanimation kann man viel kaputt machen
- Bei der Reanimation kann man viel kaputt machen

Die Kernaussagen des Referats lauten:

- "Trau, schau wem!"
- Ändere nie Dein Handeln aufgrund nicht validierter "News".
- Prüfe fachliche Aussagen anhand der Originalquelle.
- Schneide alte Zöpfe ab!

Schweizer Institut für Rettungsmedizin (SIRMED)

Das Schweizer Institut für Rettungsmedizin ist eine gemeinnützige AG und wird zu je 50% von der Schweizer Paraplegiker-Stiftung SPS und der Schweizerischen Rettungsflugwacht Rega getragen.

SIRMED folgt der Vision, dass in der Schweiz jedem Menschen in einer Notfallsituation am Ereignisort, auf dem Transport und im Spital die bestmögliche Akutversorgung zuteilwird.

Die Kernkompetenz der SIRMED liegt darin, Menschen zur bestmöglichen Versorgung von Notfallpatienten zu befähigen. SIRMED führt rettungs- und notfallmedizinische Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Profis und Laien auf hohem Qualitätsniveau durch und beteiligt sich aktiv an der Ausgestaltung der Rettungs- und Notfallmedizin, sowie der rettungsdienstlichen Bildung in der Schweiz.

Seit der Gründung nahmen über 80'000 Personen an Bildungsangeboten der SIRMED teil.

Swiss Resuscitation Council (SRC)

Der SRC ist eine unabhängige, nach anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden arbeitende Organisation. Dessen ordentliche Mitglieder sind die meisten medizinischen Fachgesellschaften der Schweiz.

Der Zweck des SRC ist:

- Die Qualität der Cardiopulmonalen Reanimation (CPR) zu verbessern und damit mehr Leben zu retten
- Die Prinzipien der Rettungskette im prähospitalen sowie im hospitalen Bereich zu verbreiten
- Vereinheitlichung der CPR-Ausbildung (unité de doctrine)
- Der Kontakt und die Koordination mit den entsprechenden internationalen Organisationen
- Internationale und Evidenz-basierte CPR Richtlinien beachten

Interverband für Rettungswesen (IVR)

Der Interverband für Rettungswesen ist die Dachorganisation des medizinischen Rettungswesens der Schweiz und deckt die ganze Rettungskette am Boden, im Wasser und in der Luft vom Ereignisort bis zum Spital ab.

- Der IVR fördert und koordiniert das Rettungswesen der Schweiz.
- Der IVR ist ein gemeinnütziger Verein und den Grundsätzen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung verpflichtet.
- Der IVR unterstützt in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen die Aus-, Weiter- und Fortbildung der an der Rettungskette beteiligten Personen und Institutionen.
- Der IVR fördert die Qualitätssicherung im Rettungswesen.
- Der IVR unterstützt vorbeugende Maßnahmen, die geeignet sind, Notfallsituationen zu vermeiden oder deren Folgen zu mindern.
- Der IVR stellt sich den Mitgliedern als Plattform für die Konsensfindung in allen Fragen des Rettungswesens zur Verfügung.

Schweizerische Vereinigung für Betriebsanität (SVBS)

Die SVBS vertritt seit 33 Jahren die Interessen und Anliegen der Betriebsanitäter in der Schweiz. So bringt sie sich aktiv in die unterschiedlichsten Gremien ein. Die SVBS ermöglicht und pflegt einen regelmässigen und aktiven Austausch unter den Mitgliedern, unter anderem an Fortbildungen und Veranstaltungen oder über Facebook und das Online-Forum. Mit vier Ausgaben pro Jahr der internen Zeitschrift SVBS NEWS sowie über soziale Medien und die Homepage informiert die SVBS ihre Mitglieder laufend über alle relevanten internen und externen Themen und Neuigkeiten. Ihren Mitgliedern beantwortet die SVBS Fragen aller Art, bietet Kurz-Beratungen sowie nützliche Dokumente und Argumentarien zum Download. Durch die Verleihung des SVBS AWARD für die Betriebsanitäter des Jahres (Hauptpreis dotiert mit 2500 Schweizer Franken) sowie durch verschiedenste Rabatte und Mehrwerte, die die SVBS für ihre Mitglieder vermittelt, belohnt die Vereinigung das Engagement ihrer Mitglieder im Arbeitsalltag. Informationen zu den verschiedenen Mitgliedschaften gibt es unter www.svbs-asse.ch