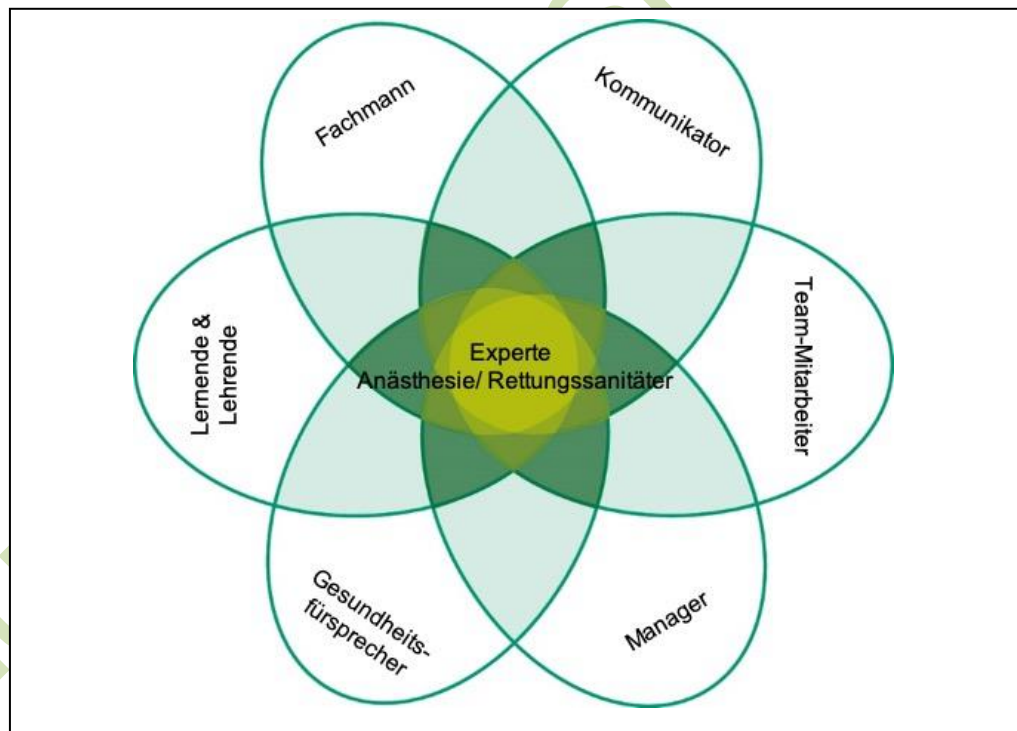


SIGA/FSIA

Praxisstandards Anästhesie/Rettungssanitäter - A/RS



SIGA/FSIA prehospital care

Präambel

Die Schweizerische Interessengesellschaft für Anästhesiepflege (SIGA/FSIA) ist der Berufsverband der Anästhesiepflegefachpersonen in der Schweiz.

Die SIGA/FSIA hat sich zum Ziel gesetzt, die Patientensicherheit und die Qualität der Anästhesiepflege zu fördern und den Beruf in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern zu entwickeln. Dipl. Expertinnen und Experten Anästhesiepflege/Dipl. Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter HF sind Spezialisten in den Fachbereichen Pflege, Anästhesiologie und prähospitaler Notfallversorgung. Die Anästhesie/Rettungssanitäter (A/RS) verfügen über eine Spezialisierung, die deutlich über die Kompetenzen der Stufe von Anästhesiepflegenden oder Rettungssanitätern ohne Doppelqualifikation hinausgeht. A/RS fördern und sichern die optimale Patientenversorgung bei vital kritischen und besonderen Patientenpopulationen.

A/RS betreuen Notfallpatienten selbstständig zusammen mit anderen Spezialisten für Notfallmedizin wie z.B. Rettungssanitätern, Transportsanitätern, Notfallärzten u.a. A/RS arbeiten aufgrund delegierter Kompetenzen durch die ärztliche Leiterin/den ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes.

1. Ausgangslage

Die prähospitalen Spezialistin/der prähospitaler Spezialist A/RS ist in der Notfallmedizin in der ganzen Schweiz ein verbreitetes und traditionell seit Jahrzehnten akzeptiertes Teammitglied mit umfassenden Kompetenzen für die prähospitaler Erstversorgung von lebensbedrohlichen Situationen bis zur Einweisung in eine geeignete Zielklinik. Der Umstand, dass A/RS weder vom Interverband für Rettungswesen (IVR) der Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) noch der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) als Spezialisten mit erweiterten Kompetenzen für die prähospitaler Notfall- und Rettungsmedizin beachtet und in Strukturberichten ausgewiesen werden, führt zu einem verzerrten und praxisfremden Gesamtbild des Rettungswesens Schweiz. Die vorliegenden Praxisstandards beschreiben die beruflichen Kompetenzen und Handlungsgrundlagen der A/RS. Sie schaffen damit Transparenz und Rechenschaft zur vorhandenen Zusatzexpertise sowie dem Rollenmodell des A/RS.

A/RS fördern und sichern die optimale Patientenversorgung bei vital kritischen und besonderen Patientenpopulationen. A/RS üben ihre Aufgaben komplementär als dipl. Rettungssanitäter HF einerseits und als Fachexperten mit maximalen Kompetenzen im Bereich Atemwegs-, Kreislauf- und Anästhesiemanagement aus.

Der A/RS ergänzt die prähospitaler Patientenversorgung spezifisch durch:

- Routine bei der Intubation und Anästhesieeinleitung in der prähospitalen und klinischen Umgebung
- Sicherheit beim schwierigen Atemwegsmanagement
- Sicherheit im Schock- und Flüssigkeitsmanagement sowie im Umgang mit Katecholaminen dank solider, klinischer Erfahrung im Operationssaal und/oder auf der Notfallstation
- Sicherheit im prähospitalen Management von Herzrhythmusstörungen
- Routine und Sicherheit mit Anästhetika und Analgetika
- Sicherheit und Erfahrung bei erwachsenen und pädiatrischen Patientinnen und Patienten in vital kritischem Zustand
- Sicherheit beim pädiatrischen Atemwegsmanagement, in der Intubation und/oder Anästhesieeinleitung sowie im Legen von venösen Zugängen bei Kindern
- Sicherheit und Erfahrung bei peripartalen Notfällen

Die prähospitalen Kompetenzen werden dem A/RS durch die ärztliche Leiterin/den ärztlichen Leiter des jeweiligen Rettungsdienstes delegiert. Die Patientenversorgung durch den A/RS erfolgt in der Regel eigenständig ohne direkte Supervision durch eine Notärztin/einen Notarzt. Dieser Umstand setzt hohe fachliche, persönliche und soziale Kompetenzen voraus. In der prähospitalen Notfall- und Rettungsmedizin werden die Patientinnen und Patienten nach Leitsymptomen

behandelt. Die prähospitalen Massnahmen sind weitestgehend standardisiert (vgl. Arbeitsstandards A/RS). Neben der korrekten Problemerkennung und Behandlung sind auch die Angehörigenbetreuung sowie bei vital kritischen Patientinnen und Patienten die Einsatzleitung des interprofessionellen Teams Kernaufgaben des A/RS. **Prähospital sind die medizinischen Handlungskompetenzen des A/RS weitgehend mit denen der Notärztin/des Notarztes vergleichbar.** A/RS sind erfahrene Spezialisten, wenn es um die optimale Vitalisierung bei kritisch Kranken und/oder verletzten Patientinnen und Patienten sowie die Behandlung von extremen Schmerzsituationen geht. Eine deutliche Zunahme erfahren Sekundärverletzungen von kritisch kranken und instabilen Patientinnen und Patienten (z.B. Verletzungen von- und auf Intensivstationen, postoperative Verletzungen in Zentrumskliniken etc.). Bei komplexen Sekundärverletzungen kommen die anästhesiepflegerischen Kompetenzen beim Kreislaufmanagement und der Beatmung von intubierten Patienten umfangreich zum Tragen.

Generell gilt es zu beachten, dass die Qualität der prähospitalen Notfallmedizin nicht primär von der Berufsgruppe, sondern vielmehr von der individuellen Fachkompetenz, der Berufs- und Praxiserfahrung der anwesenden Teammitglieder sowie der effizient funktionierenden Teamarbeit abhängig ist. Diese Qualitätsaspekte sind im Rahmen prähospitaler Notfallkonzepte von zentraler Bedeutung. Weiter stehen in Zeiten finanzieller und personeller Ressourcenknappheit ökonomische Aspekte im Zentrum. Die erforderlichen Vorhalteleistungen für die verschiedenen Versorgungsmodelle sind abhängig vom Gehaltgefüge der verschiedenen Berufsgruppen, der Verrechnbarkeit von erbrachten Leistungen, der adäquaten Indikationsstellung und nicht zuletzt der notwendigen Verfügbarkeit von vorgesehenen Fachspezialisten. Eine grosse Herausforderung im Gesundheitswesen allgemein wird in absehbarer Zukunft der Fachkräftemangel begleitet von einer überproportionalen Zunahme älterer und kranker Menschen sein.

Das A/RS-Modell wird vom IVR grundsätzlich seit Jahrzehnten anerkannt. Es fehlt jedoch nach wie vor eine spezifische Definition in den Personalkategorien des Rettungswesens (IVR, 2012). Da A/RS auch ein Diplom Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter HF besitzen, gehören sie mindestens der Kategorie A mit erweiterten Kompetenzen an.

1.1. Das Umfeld der A/RS

Operationssäle werden oft mit High Reliability Organisationen (HRO) verglichen. HRO's sind Organisationen, welche in gefährlichem Umfeld existieren, wo die Konsequenz für Fehler drastisch ist, Fehler jedoch selten passieren. HRO's zeichnen sich durch Hyperkomplexität, extreme hierarchische Unterscheidungen und viele Entscheidungsträger aus, welche in komplexen Kommunikationsnetzwerken arbeiten. Allesamt Faktoren, die auch in der prähospitalen Notfallmedizin charakteristisch sind. Der Grad an Verantwortung ist hoch und es bedarf häufiger, unverzüglicher Feedbacks in Bezug auf Entscheidungen. Die Zeitfaktoren sind komprimiert und es werden synchrone Resultate erwartet (Baker et. al, 2006). In den Operationssälen gibt es allerdings Unterschiede zu den HRO's. Wegen der Grunderkrankungen und der operativen Interventionen sind Notfälle häufiger als auf Normalstationen und wesentlich häufiger als in andern HRO's, wie z.B. in der Luftfahrt. Dieser Unterschied findet sich auch in der prähospitalen Versorgung von Patienten in kritischem Zustand.

In Operationssälen, Schockräumen (ebenfalls ein Arbeitsbereich der Anästhesie) und bei der prähospitalen Versorgung von Patientinnen und Patienten (Arbeitsbereich der A/RS) in kritischem Zustand laufen Prozesse oft beschleunigt und unter Zeitdruck ab, was das Entstehen von kritischen Situationen begünstigt oder die Bewältigung von eingetretenen Zwischenfällen erschwert. Jeder Operationssaal steht unter erheblichem ökonomischem Druck, da hier die für das Krankenhaus wichtigen Einnahmen generiert werden (St. Pierre, Hofinger & Buerschaper, 2014). Eine Aufgabe oder ein Prozess haben dann komplexe Interaktionen, wenn es verschiedene Alternativen und es mehrere zusammenhängende unterliegende Aufgaben gibt.

Komplexe Interaktionen reflektieren einen hohen Spezialisierungsgrad und das Personal muss optimal für die jeweiligen Aufgaben ausgebildet sein. Schlecht oder ungenügend ausgebildetes Personal ist oft der Grund für Fehler und kritische Ereignisse (Van Beuzekom, Boer, Akerboom & Hudson 2010). So wie in anderen Berufsfeldern auch, z.B. in der Luftfahrt, werden Unfälle und Zwischenfälle in der Anästhesie häufig durch ein Zusammenwirken von organisationalen und operationalen Faktoren verursacht. Untersuchungen unerwünschter Ereignisse oder menschlicher Fehler haben gezeigt, dass ca. 80% dieser Ereignisse das Ergebnis menschlicher Faktoren

sind. Zu diesen menschlichen Faktoren, Human Factors, zählen z.B. schlechte Kommunikation, inadäquate Überwachung oder das Versäumnis, Medikamente und Ausrüstung zu überprüfen. Beobachtungen an medizinischen Teams in OP-Sälen haben gezeigt, dass Schwierigkeiten häufig durch den Verlust von Situationsbewusstsein und schlechte Zusammenarbeit im Team hervorgerufen werden (Nagy 2006). Hinsichtlich der interdisziplinären Aufgaben ist effektive Teamarbeit ein kritischer Faktor, um eine hohe Patientensicherheit zu erreichen. Teams machen weniger Fehler als Individuen, wenn alle Teammitglieder ihre eigene Verantwortlichkeit, sowie diejenigen der andern kennen. Standards beschreiben den Berufsumfang in transparenter Weise und sie sind einsehbar für alle Beteiligten (Baker, Day & Salas, 2006).

Die Komplexität in der alltäglichen Praxis stellt folgende Anforderungen an das Handeln.

1. **Problemerkennung:** Viele akute Probleme sind unspezifisch und vieldeutig. Wichtige Elemente in Notfallsituationen sind für die Beteiligten undurchschaubar und entscheidende Informationen sind nicht zugänglich.
2. **Flexibilität:** Komplexe, kritische Situationen sind einmalig, es gibt nicht immer eine gültige fertige Lösung.
3. **Informationsmanagement:** (Informationsfülle, Informationsmangel) viele Informationen sind in kritischen Situationen nicht sofort erhältlich. Dagegen kann eine Informationsfülle bestehen, bei der es schwierig ist, die richtigen Aspekte zu wählen.
4. **Entscheiden unter Zeitdruck:** Die kurze Zeit, die für die Problemlösung zur Verfügung steht, begrenzt die Möglichkeiten der Analyse, Informationssammlung, des Planens und der Zielformulierung.
5. **Entscheiden unter Risikobedingungen:** Die Akutmedizin ist der Bereich, in dem Patienten aufgrund eines Traumas oder einer plötzlichen Erkrankung das höchste Risiko haben, einen bleibenden Schaden oder einen tödlichen Ausgang zu erleiden. Zudem besteht immer die Möglichkeit, dass durch fehlerhafte Handlungen Probleme verschärft oder Patienten irreversibel geschädigt werden können. Das Risiko ist ein untrennbarer Bestandteil jeglicher Patientenversorgung. Die Frage ist daher nicht, ob man bereit ist ein Risiko einzugehen, sondern unter welchen Umständen es geschieht.
6. **Prioritätensetzung und Kompromissbildung:** Für die Zielbildung unter Komplexität gilt, dass man nie nur eines wollen kann. Stattdessen gilt es, verschiedene Ziele zur selben Zeit zu verfolgen, möglichst viele Faktoren zu berücksichtigen und wann immer möglich, mehrere Kriterien gleichzeitig zu erfüllen.
7. **Teamarbeit:** Viele Mitspieler sind beteiligt. Kein Notfall, keine schwierige Anästhesie und keine kritische Situation werden von einer Person allein bewältigt. Effektive Teamarbeit kann dazu verhelfen, selbst schwierigste Situationen zu bewältigen. Da verschiedene Berufsgruppen an der Versorgung beteiligt sind, kann es zu Kommunikations- und Koordinationsproblemen kommen (St. Pierre & Hofinger 2014).

1.2. Arbeitsstandards A/RS

Um den hohen Anforderungen in komplexen Situationen, der Arbeit im interprofessionellen und interdisziplinären Team sowie in komplexen Organisationssystemen zu genügen, arbeiten A/RS unter Beachtung nationaler Algorithmen, internationaler Guidelines, der bestverfügbaren Evidenz und Best Practice Empfehlungen.

A/RS handeln jeweils aufgrund der aktuellsten Unterlagen der «Standards Anästhesiepflege Schweiz» (SIGA/FSIA, 2016), national anerkannten Algorithmen wie SMEDRIX (IVR, 2016), IG Nord, CORFA (2018), FCTSA AMD (FCTSA, 2018), nationalen Standards und Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) und Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) sowie internationalen Leitlinien (z.B. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - AWMF: S1 Leitlinie: Atemwegsmanagement, Prähospitaler Notfallnarkose beim Erwachsenen u.a.).

1.3. Arbeiten unter Delegation

Es gibt keine gesetzliche Definition der Delegation. Jedoch hat im Gesundheitswesen die Delegation von ganzen Prozessen an entsprechend ausgebildete Fachspezialisten aufgrund von Personalknappheit und Kostendruck stark zugenommen. Die Demarkation zwischen Verantwortung und Autorität passt sich bedarfsorientiert den gesellschaftlichen sowie gesundheitspolitischen Erwartungen und Vorgaben an.

Nach vertretener Auffassung handelt es sich im medizinischen Bereich bei der Delegation um die Übertragung der Durchführung originär ärztlicher Tätigkeiten an ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter. Eine Delegation erfordert stets eine gesonderte ärztliche Anordnung und Überwachung und hat unter ärztlicher Verantwortung zu erfolgen. Die Entscheidungshoheit über die Durchführung der übertragenen Behandlungsmaßnahme das „Ob“ – verbleibt bei der Delegation bei der Ärztin/beim Arzt, während die Durchführungsverantwortung – das „Wie“ – auf die Delegationsempfängerin/den Delegationsempfänger übergeht.

Von der Delegation zu unterscheiden sind reine Assistenz Tätigkeiten, bei denen das nicht-ärztliche Personal an der Seite der Ärztin/des Arztes lediglich untergeordnete Aufgaben und Handreichungen übernimmt, ohne eine eigenständige Kompetenz hinsichtlich der Frage der Durchführung zu haben (Achterfeld 2014).

Um eine delegierte Handlung oder einen ganzen Prozess zu übernehmen, sind entsprechenden Kompetenzen erforderlich. Es geht darum, diese so zu beschreiben, dass das Ausmass des „Wie“ im Delegationsprozess sichtbar wird. Mit definierten professionellen Standards erfüllt die SIGA/FSIA diesen Anspruch anhand der «Anästhesiestandards Schweiz» (2016) und den vorliegenden «Praxisstandards A/RS» (2019).

2. Der konzeptionelle Rahmen für die berufliche Praxis in der Anästhesiepflege

Um die Anforderungen und Kompetenzen der Anästhesiepflege in komplexen Teams und komplexen Organisationssystemen zu beschreiben, stützt sich der Weltverband für Anästhesiepflege, International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA), auf das CanMEDS-Rollenmodell (siehe Abb. 1).

Das CanMEDS-Rollenmodell war ursprünglich im Jahr 1996 am Royal College of Physicians and Surgeons of Canada entwickelt worden, um das Wissen, die Handlungskompetenzen und Fähigkeiten zu beschreiben, über die Fachärztinnen und Fachärzte verfügen müssen. Mittlerweile wurde das CanMEDS-Rollenmodell weltweit auf breiter Basis für ärztliche und andere Gesundheitsberufe adaptiert. Im Rahmen einer nationalen Validierungsstudie wurden die IFNA-Standards of Practice auf die Berufspraxis von Anästhesiepflegenden in der Schweiz validiert. Die Ergebnisse wiesen eine hohe Validität der internationalen Standards in Bezug auf die Kompetenzen von Anästhesiepflegenden in der Schweiz auf (Herion et. al, 2019).

3. Der konzeptionelle Rahmen für die berufliche Praxis in der prähospitalen Notfallmedizin als dipl. Rettungsanwältin/dipl. Rettungsanwält HF

Die hohen Anforderungen und die vertieften Kompetenzen der dipl. Rettungsanwältin/des dipl. Rettungsanwälters (RS) werden gesamtschweizerisch durch den Rahmenlehrplan für die Ausbildung von RS gewährleistet (Forum Berufsbildung Rettungswesen, 2017). RS weisen des Weiteren jährlich mindestens 40 Stunden Weiterbildung nach. Im Rahmenlehrplan sind das Berufsbild und die geforderten Kompetenzen und Fähigkeiten der Rettungsanwältin/des Rettungsanwälters definiert.

"Dipl. Rettungsanwältinnen HF/dipl. Rettungsanwält HF gewährleisten selbständig oder in Zusammenarbeit mit der Notärztin/dem Notarzt und/oder anderen autorisierten Fachpersonen die prähospitalen Versorgung und Pflege von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen, die sich in einer Notfall-, Krisen- oder Risikosituation befinden. Sie berücksichtigen dabei deren spezifische Situation und das soziale Umfeld. Ihre Einsätze sind geprägt durch schnell wechselnde Patientensituationen, durch geringe Vorhersehbarkeit und Planbarkeit und erfordern rasches und individuelles Handeln. Sie ergreifen die in der Situation nötigen pflegerischen, therapeutischen, medizinischen und präventiven Massnahmen bei einer akuten Erkrankung, Verletzung oder bei einer Verschlechterung einer chronischen Situation. Dabei stützen sie sich auf Algorithmen und arbeiten im übertragenen Kompetenzrahmen selbständig.

Dipl. Rettungsanwältinnen HF/dipl. Rettungsanwält HF stellen dabei die Einsatzführung sicher. Sie sind im Bereich der Rettungskette (IVR, siehe Kapitel 9.1) tätig – insbesondere im Bereich der ersten Hilfe und des Transports sowie bei den Schnittstellen der verschiedenen Glieder der Kette – um die Kontinuität der prähospitalen Patientenversorgung zu garantieren. Im Bereich der Rettungstechnik handelt sie/er selbständig. In der prähospitalen Versorgung und Pflege handeln sie im übertragenen Kompetenzrahmen selbständig. Sie beherrschen das Fahren des Einsatzfahrzeuges.

Sie stellen die Einsatzbereitschaft von Infrastruktur, Technik und Logistik im Rettungsdienst sicher. Weiter gewährleisten sie die Prävention von Gesundheitsrisiken und leisten Beiträge zur Qualitätssicherung und Berufsentwicklung." (Forum Berufsbildung Rettungswesen, S. 7, 2008)

4. Der konzeptionelle Rahmen für die berufliche Praxis in der prähospitalen Notfallmedizin als A/RS

A/RS haben sowohl die Ausbildung zur dipl. Expertin Anästhesiepflege NDS HF/zum dipl. Experten Anästhesiepflege NDS HF wie auch zur dipl. Rettungsanwältin HF/zum dipl. Rettungsanwält HF absolviert und verfügen entsprechend über den vollen Kompetenzumfang beider Berufe.

5. Rollendefinitionen CanMEDS Rollen-Modell

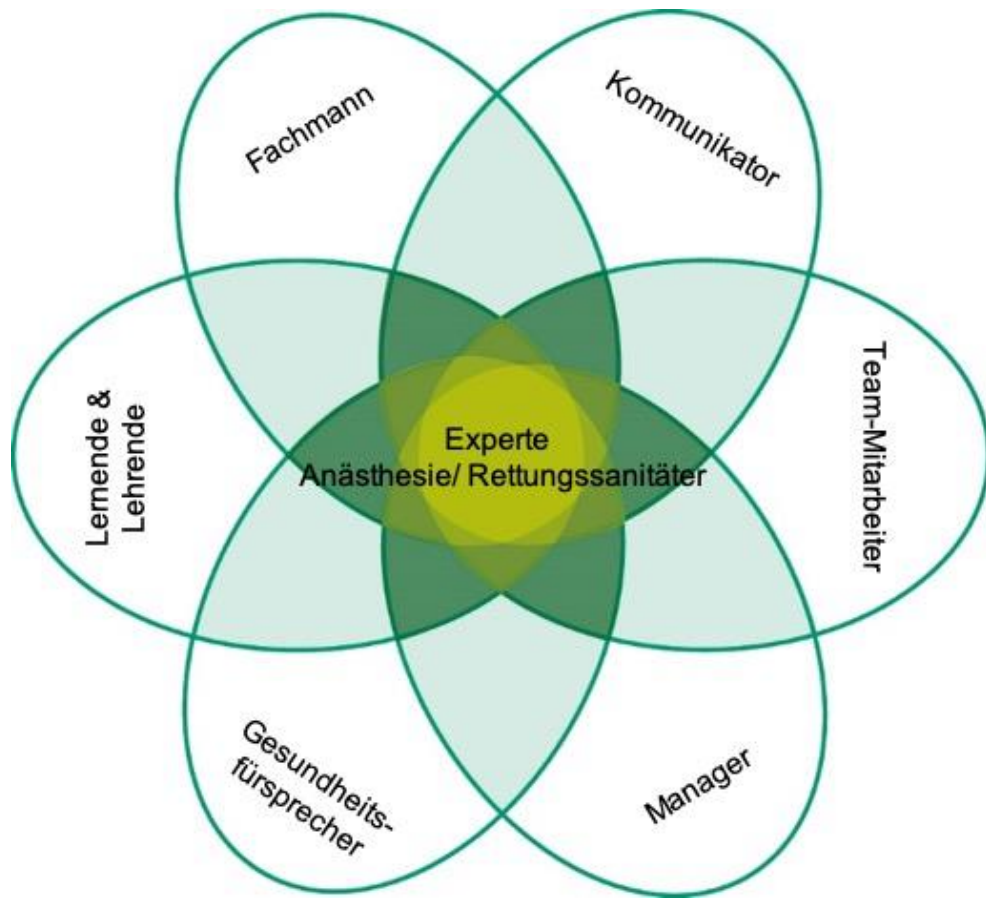


Abb. 1: CanMEDS Rollenmodell, Adapted from the CanMEDS Physician Competency Diagram with permission of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Copyright © 2009

Das Berufsbild der Anästhesiepflege ist wie bereits erläutert international auf das CanMEDS Rollenmodell adaptiert. Um für den A/RS ein stringentes Rollenbild zu beschreiben, erwies sich die Validierung des "Rahmenlehrplans Rettungssanität HF" anhand der darin beschriebenen Kompetenzen am CanMEDS Modell als sehr gut adaptierbar.

5.1. Expertin/Experte Anästhesiepflege und Rettungssanitäter

In der zentralen Rolle der *Expertin/des Experten* A/RS sind alle anderen CanMEDS-Rollen integriert. Die Rolle erfordert die Anwendung von medizinischem, pflegerischem, therapeutischem, rettungstechnischem und einsatztaktischem Wissen sowie klinische, technische und nicht-technische Fähigkeiten. Experten A/RS sind an der prä-, intra- und postoperativen Anästhesie-, wie auch prähospitalen Notfallversorgung beteiligt. Sie sind involviert in die Vorbereitung und Überprüfung von Geräten, Monitoren, Medikamenten, Materialien und Ausrüstungsgegenständen für alle Anästhesie- und Notfallverfahren. In der Klinik verabreichen sie unter direkter oder indirekter Aufsicht Allgemein- und Lokalanästhetika an Patienten jeder Altersklasse und für alle Arten von chirurgischen Eingriffen. In der prähospitalen Notfallmedizin leiten sie insbesondere bei Patientinnen und Patienten in kritischem Zustand im Team oder unter indirekter Aufsicht erweiterte lebensrettende Sofortmassnahmen ein.

Experten A/RS sind mit einer breiten Palette an Anästhesie-, Notfall- und Rettungstechniken, den notwendigen Medikamenten, sowie dem Schmerzmanagement und den sicheren Analgo-

Sedierungsverfahren vertraut. Sie sind in der Lage, Daten aus der invasiven und nicht-invasiven Überwachung effektiv zu analysieren und Massnahmen abzuleiten. Sie arbeiten eng mit Anästhesisten, klinischen und prähospitalen Notfallmedizinerinnen, Hausärztinnen/Hausärzten, Chirurginnen/Chirurgen und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe zusammen. Sie verfügen über effektive Kommunikations- und Kooperationsfertigkeiten.

Experten A/RS erkennen auftretende Veränderungen und Komplikationen schnell, ergreifen geeignete Massnahmen und fordern falls notwendig unverzüglich Hilfe an. Auch bieten sie Unterstützung auf, wenn die Patientensicherheit es erfordert, wenn Rechtsunsicherheit besteht oder wenn die Handlung den rechtlich definierten Berufsumfang überschreitet. Sie wirken bei allen Altersgruppen als Supportpersonen bei erweiterten Massnahmen der Akutversorgung von Patienten in kritischem Zustand, für die kardio-pulmonale Reanimation und Postreanimationsphase, bei respiratorischer und hämodynamischer Insuffizienz, bei prähospitalen Notfällen von Schwangeren, Gebärenden und Kindern sowie der Behandlung komplexer Schmerzsituationen mit.

5.2. Kommunikatorin/Kommunikator

Als *Kommunikatorin/Kommunikator* gestalten die Experten A/RS aktiv das Verhältnis zwischen Patienten und Betreuenden sowie die dynamischen Interaktionen, die vor, während und nach der Anästhesie bzw. Notfallbehandlung stattfinden. Sie setzen sich für eine effektive inter- und intraprofessionelle Kommunikation ein, die den komplexen Anforderungen des Operationssaals, der Notfallstation und des prähospitalen Settings als interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsbereichen gerecht werden.

5.3. Teamworker (Collaborator)

Um die bestmögliche Patientenversorgung zu gewährleisten, arbeiten Experten A/RS als *Teamworker* effizient mit den Mitgliedern eines multidisziplinären Versorgungsteams zusammen. Sie zeigen angemessene nicht-technische Fähigkeiten. Sie pflegen effektive, kollegiale Beziehungen mit anderen Angehörigen der Gesundheits- und Rettungsberufe, Feuerwehr und Polizei. Sie unterstützen kooperative Beziehungen zwischen Experten A/RS, Rettungssanitätern, Pflegenden, Anästhesisten, Notärztinnen/Notärzten und anderen Ärztinnen/Ärzten sowie allen Mitgliedern der Operations- und Einsatzteams. Die Experten A/RS respektieren Rollen und Kompetenzen anderer Teammitglieder, um das bestmögliche Ergebnis für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige zu erreichen. Sie kennen und beachten die nationalen rechtlichen Vorgaben und Verantwortungsbereiche der Anästhesiepflege, Rettungssanitäter und A/RS und holen den Rat geeigneter anderer Expertinnen und Experten ein, wenn eine Situation die Grenzen ihres beruflichen Verantwortungsbereichs überschreitet.

5.4. Managerin/Manager

Als *Managerin/Manager* sind die Experten A/RS ein integraler Bestandteil von Gesundheits- und Rettungsorganisationen. Sie nutzen vorhandene Ressourcen effizient und sinnvoll und berücksichtigen ökonomische und Monetäre - Aspekte. Sie führen eigenständig oder in Teamarbeit Messungen der Patientenzufriedenheit, der Kosten, der klinischen Ergebnisse sowie der Zufriedenheit des Fachpersonals im Bereich Critical Care durch. Sie wenden dabei Methoden der Qualitätssicherung und -verbesserung an. Die Experten A/RS organisieren und planen den umweltgerechten Umgang mit Abfallstoffen wie Gasen, Medikamenten, spitzen oder scharfen Gegenständen, infektiösen Materialien sowie Einsatz- und Rettungsmaterialien und Rettungsfahrzeugen.

5.5. Gesundheitsfürsprecherin/-fürsprecher (Health Advocate)

Als *Gesundheitsfürsprecherin/-fürsprecher* setzen die Experten A/RS ihre Fachkenntnisse, ihr Situationsbewusstsein und ihren Einfluss dafür ein, Gesundheit und Wohlergehen einzelner Patientinnen und Patienten, deren Angehöriger sowie der Gesellschaft zu erhalten und zu verbessern. Sie berücksichtigen und bewerten verschiedene Einflüsse auf die Patientengesundheit (z.B. biologische, psychische, soziale, kulturelle und Umwelt-Einflüsse). Die Experten A/RS wählen Informationsmaterial aus, das dem Gesundheitszustand, dem Entwicklungsstand, der Lesefähigkeit, dem Informationsbedarf, der Lernbereitschaft, den individuellen Lerngewohnheiten sowie kulturellen Werten und religiösen Überzeugungen der Patienten entspricht. Bei belastenden Notfalleinsätzen stellen sie die Betreuung der Angehörigen und Mitbetroffenen sicher.

5.6. Lernende und Lehrende (Scholar)

Als *Lernende und Lehrende* zeigen die Experten A/RS einen lebenslangen Einsatz für reflektiertes Lernen durch Anwendung formaler Selbstevaluationsverfahren. Sie suchen fachliches Feedback in Bezug auf ihre professionelle Praxis. Sie sammeln bzw. unterstützen die Sammlung von kumulativen Daten aus den Fachbereichen Anästhesie und/oder Notfallmedizin und fördern so die fortlaufende Verbesserung von Sicherheit, Effizienz, Effektivität und Angemessenheit der Berufspraxis der A/RS. Expertinnen/Experten A/RS beteiligen sich an Aktivitäten zur Förderung der öffentlichen Verbreitung von Forschungsergebnissen und nehmen regelmässig an berufsbezogenen akademischen Aktivitäten teil.

5.7. Fachfrau/-mann (Professional)

Als *Fachfrau/-mann (Professional)* sind Experten A/RS der Gesundheit und dem Wohlergehen des Einzelnen und der Gesellschaft durch eine ethisch einwandfreie Berufsausübung, berufliche Regulierung und hohen persönlichen Verhaltensstandards verpflichtet. Sie setzen Methoden zur kontinuierlichen beruflichen Weiterbildung (CPD) ein und wirken als Rollenvorbild für die A/RS. Experten A/RS ermutigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur beruflichen Weiterentwicklung und unterstützen sie bei diesem Vorhaben (z.B. Übernahme einer Mentoren Funktion, berufsbegleitende Bildungstätigkeit, Mitarbeit in nationalen und/oder internationalen Berufsverbänden). Sie sorgen, falls erforderlich, für die Aufrechterhaltung ihrer beruflichen Zulassung. Sie übernehmen Verantwortung für eigene Fehler, erkennen kritische Vorfälle und geben diese zur Analyse und Auswertung in geeignete Datenbanken ein.

Referenzen:

- Interverband fürs Rettungswesen (2016). SMEDRIX 3.0.
- Commission Romande de Formation Ambulancière (2018). Algorithmes CORFA 4.2.
- IG-Nord (2016)
- Federazione Cantonale Ticinese Servizi Autoambulanze (2018). Atti Medico Delegati.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2015). S1-Leitlinie Atemwegsmanagement (12.3. 2015) www.awmf.org.
- Hilbert-Carius, P., Wurmb, T., Lier, H., Fischer, M., Helm, M., Lott, C., ... & Bernhard, M. (2018). Empfehlungen der S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletztenbehandlung 2016 für die Präklinik. *Notfall+ Rettungsmedizin*, 21(1), 4-13.
- Bernhard, M., Bein, B., Böttiger, B. W., Bohn, A., Fischer, M., Gräsner, J. T., ... & Roessler, M. (2015). Handlungsempfehlung zur prähospitalen Notfallnarkose beim Erwachsenen. *Notfallmedizin up2date*, 10(02), 185-208.
- ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist. Copyright © 2009 by ICN - International Council of Nurses, Geneva
- Egger Halbeis C.B. & Schubert A. (2008) Staffing the operating room suite: perspectives from Europe and North America on the role of different anaesthesia personnel. *Anesthesiol Clin* 26: 637-663
- Achterfeld C. (2014) Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen: Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen. Berlin, Springer
- Baker, D.P., Day, R. & Salas, E. (2006) Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. *HSR: Health Services Research* 41:4, Part II 1576-1598
- Nagy U. (2006) Adaptation des ANTS - Anaesthesists' Non-Technical Skills – Systems nach Flin R, Glavin R, Maran N, Patey R & Fletcher G (2004) University of Aberdeen; ISIMED Interdisziplinäres Simulatorzentrum Medizin Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie Universitätsklinikum Dresden
- St. Pierre M., Hofinger G. & Buerschaper C. (2014) Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 3. Aufl. Berlin Springer
- Van Beuzekom M. Boer F. Akerboom S & Hudson P. (2010) Patient safety: latent risk factors *British Journal of Anaesthesia* 105 (1): 52–9 doi:10.1093/bja/aeq135
- Herion, C., Egger, L., Greif, R., & Violato, C. (2019). Validating international Can MEDS-based standards defining education and safe practice of nurse anesthetists. *International nursing review*. <https://doi.org/10.1111/inr.12503>
- Forum Berufsbildung Rettungswesen (2008). Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen „Rettungssanität“, Stand 2017)
- Unternährer R. (2003). Qualitätssicherung im Rettungswesen. Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz.
- Flin, R., & Maran, N. (2015). Basic concepts for crew resource management and non-technical skills. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 29(1), 27-39.
- Frey, M., Lobsiger, M. & Trede, I. (2017). Rettungsdienste in der Schweiz. Strukturen, Leistungen und Fachkräfte (Obsan Bulletin 1/2017). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.