

## ANÄSTHESIE JOURNAL ANESTHESIE JOURNALE 3/2006

### 8. WCNA Lausanne

# AOTEC AG

Oberdorfstrasse 11 6342 Baar 041 768 60 20 Email: [info@aotec.ch](mailto:info@aotec.ch)

**D  
A  
T  
A  
S  
C  
O  
P  
E**



**M  
O  
N  
I  
T  
O  
R  
I  
N  
G**



**CSZ  
HYPO-  
HYPER-  
THERMIE**

[www.aotec.ch](http://www.aotec.ch)

Liebe Leserinnen und Leser

Zwei Grossereignisse haben diesen Sommer die Schweiz geprägt, der Weltkongress der Anästhesiepflege (WCNA 06) in Lausanne und die Fussballweltmeisterschaft in Deutschland mit einer hervorragenden schweizer Mannschaft. Die beiden Afrikaner auf der Titelseite haben den WCNA der Weltmeisterschaft vorgezogen und haben sich bei strahlendem Wetter in Lausanne eingefunden.

Es gibt einige Anästhesiepflegende in diversen europäischen Ländern, welche die Schweiz um den alljährlich zweimal stattfindenden SIGA Kongress beneiden. Einige können sich einen selbstständigen Pflegekongress in ihrem Land schier nicht vorstellen. Gründe dafür sind Fragen wie, Organisation der Durchführung, wer organisiert es, Themen suchen, nur um einige aufzuführen. Wir haben daher den Weltkongress ins Zentrum dieser Ausgabe des Journal gestellt.

Es waren Pflegende aus dem Organisationskomitee, Besucher aus dem Ausland und Inland bereit ihre Eindrücke in Form eines Berichtes festzuhalten.

Die Berichte sind sehr persönlich verfasst und umreissen den Umfang, die persönlichen Motivationen, die Vorbereitungszeit, etc. der einzelnen bishin zum Besucher, welcher vom Angebot überwältigt war.

Wer selbst beim Kongress war, kann die Fotos auf der Website oder im Journal betrachten und in persönlichen Erinnerungen schwelgen. Die Bilder sind auf der Website [www.wcna2006.ch](http://www.wcna2006.ch) einzusehen – viel Spass.

Weiteres finden Sie die SIGA Umfrage Teil 3 der Kaderkommission über die Arbeitssituation in der Schweiz in diesem Journal.

Die Neuerungen der Reanimation vervollständigen diese Ausgabe mit dem download von der SRC. Website.

Die nächste Ausgabe wird sich mit einem nicht ganz akademischen Thema widmen, jedoch nicht minder wichtig – nein wir finden sogar sehr wichtig. Es handelt «Rund um die Kaffeepause» – welche Bedeutung hat sie was sind Gesprächsinhalte, Op Mode etc.

Wenn Sie sich stimuliert fühlen durch diese Ankündigung haben wir ein offenes Ohr und Platz im Journal für Beiträge. Es würde uns sehr freuen, wenn wir von Euch zu diesem Thema Eure Meinung erhalten würden.

Viel Spass beim Lesen

Das Redaktionsteam

Das Lokalanästhetikum mit  
Sicherheitsgewinn<sup>1</sup>

kassenzulässig\*

## Jetzt auch erhältlich als gebrauchsfertige Infusionslösung

NEU



<sup>1</sup> Robert W. Gristwood. Cardiac and CNS Toxicity of Levobupivacaine. Strength of Evidence for Advantage Over Bupivacaine. Drug Safety 2002; 25 (3): 153–163  
Fachpersonen können die Referenzen anfordern.

#### Kurzfassung Kompendium:

**Zusammensetzung:** Levobupivacainum 1.25, 2.5, 5.0, 7.5 mg (ut Levobupivacaini hydrochloridum), Natrii chloridum, Natrii hydroxidum q.s. ad pH, Acidum hydrochloricum q.s. ad pH, Aqua p.s. ad solutionem pro 1 ml. **Indikationen:** Erwachsene: – Anästhesie bei chirurgischen Eingriffen: Epidural (z. B. Kaiserschnitt), intrathekal, periphere Nervenblockade. Lokale Infiltration, peribulbäre Blockade in der Augenchirurgie, zahnärztliche Eingriffe. – Schmerzbehandlung: Kontinuierliche epidurale Infusion, einzelne oder multiple epidurale Bolus-Injektion zur Behandlung von postoperativen und Wehenschmerzen, während maximal 72 Stunden. Jugendliche ab 12 Jahren: Infiltrationsanästhesie bei inguinalem/iliohypogastrischem Block. **Dosierung:** Gemäss Tabelle mit Dosierungsrichtlinien. **Kontraindikationen:** Chirocaine darf bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Lokalanästhetika vom Amidtyp nicht angewendet werden. Die allgemeinen Kontraindikationen der Regionalanästhesie sind unabhängig vom eingesetzten Lokalanästhetikum zu berücksichtigen. Chirocaine ist kontraindiziert zur intravenösen Regionalanästhesie (Bier's Block). Chirocaine darf nicht bei Patienten mit starker Hypotonie bei kardiogenem oder hypovolämischem Schock eingesetzt werden. Die 7.5 mg/ml Lösung darf in der Geburtshilfe nicht verwendet werden, da bei Bupivacain ein erhöhtes Risiko für kardiotoxische Zwischenfälle besteht. Es liegen auch keine Erfahrungsdaten bezüglich des Einsatzes einer 7.5 mg/ml Levobupivacain enthaltenden Lösung bei Kaiserschnitten vor. Levobupivacain-Lösungen sind nicht für die Anwendung zur Parazervikalnästhesie in der Geburtshilfe bestimmt. **Vorsichtsmassnahmen:** Chirocaine darf ausschliesslich von einem Arzt oder unter der Aufsicht eines Arztes injiziert werden, der über ausreichend Kenntnisse und Erfahrung mit der Technik verfügt. Schwangerschafts-Kategorie C/B. **Packungen:** 10 ml Polypropylenampullen in Verpackungen zu 10 Stück mit je 0.25, 0.5 oder 0.75% Levobupivacain. 100 ml Infusionsbeutel mit 0.125% Levobupivacain in Packungen zu 1\* resp. 24 Stück, 200 ml Infusionsbeutel mit 0.125% Levobupivacain in Packungen zu 1\* resp. 12 Stück. **Verkaufskategorie:** B, \*kassenzulässig. Vor Gebrauch beachten Sie bitte die ausführlichen Angaben im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.



---

<b>EDITORIAL</b>	<b>1</b>
<b>RÜCKSCHAU WCNA 2006</b>	<b>4</b>
- <b>Der Weltkongress aus der sicht des «Chairmans»</b> Karsten Boden	<b>4</b>
- <b>Promoting – Abstracts – Deadlines – Speaker – Free Communication – etc.</b> Alfons Scherrer	<b>7</b>
- <b>Nachtschicht für WCNA 2006</b> Monica Ruth Wicki-Bättig	<b>8</b>
- <b>Das Kind hatte schon einen Namen</b> Peter Boelhouters	<b>9</b>
- <b>Gäste aus Amerika</b> Snezana Sulser	<b>10</b>
- <b>Qualifikation und Qualität</b> Andreas Gstöhl	<b>12</b>
- <b>Fussball-WM oder WCNA?</b> Susanne Klose	<b>13</b>
<b>SIGA UMFRAGE TEIL 3</b>	<b>14</b>
- <b>Personalsituation des Anästhesiepflegepersonals in der Schweiz</b> Sonja Heine Ursula Hollenstein	<b>14</b>
<b>VORSTAND/IMPRESSUM</b>	<b>18</b>
<b>ACLS UPDATE 2005</b>	<b>20</b>

# DER WELTKONGRESS AUS DER SICHT DES «CHAIRMAN»

**Karsten Boden**  
Chairman WCNA 06  
Leiter Anästhesiepflege  
Uni Spital Basel



Wenn ich mich recht erinnere, informierte uns (Vorstand SIGA-FSIA 1997) Vreni Weber, die damalige IFNA Landesdelegierte, dass zwischen 1999 und 2000 der Kongressort für den 8. Weltkongress gesucht würde. Zu diesem Zeitpunkt war noch unklar ob der Termin im 2004, 2005 oder 2006 sein würde. Die Kongresstermine waren bis diesem Zeitpunkt alle 3 Jahre. Nach dem Kongress in Wien (1997), wurde entschieden, dass der Weltkongress alle 4 Jahre stattfinden wird und der 8. Weltkongress 2006 sein wird.

Doch der Reihenfolge nach. Der Vorstand der SIGA-FSIA entschied nach Vreni's Information dieses näher zu prüfen. Martin Lysser und ich fuhren zu einem IFNA Meeting, welches 97 oder 98 in Rapperswil stattfand und wir als Gastgeberland des Meetings, ein Abendessen organisiert hatten. An diesem Treffen führten wir erste informelle Gespräche mit dem damaligen Executive Director, Ron Caulk, dem Präsidenten der IFNA, Pascal Rod, sowie einigen Vertretern des damaligen Congress Planungskomitees (CPC). Diese Gespräche verliefen so positiv, dass der Vorstand entschied,

sich für den 8. Weltkongress zu bewerben. Ich bekam den Auftrag dies zu organisieren und übernahm die Position des Chairmans. Ich ging danach, mit den Vorgaben der IFNA (ca. 2000 Personen, 3 Parallelprogramme, Eröffnungszeremonie mit ca. 1500 Personen) auf die Suche nach geeigneten Kongressorten. Da ich selbst kein französisch spreche, wollte ich den Kongress in der deutschsprachigen Schweiz durchführen. So konzentrierten wir uns erst auf Zürich. Leider war zu dieser Zeit in der Schweiz die Kasinodiskussion im Gange. Zürich wollte in einem der 3 grösseren Säle des Kongresszentrums ein Kasino einrichten. Mit diesem Entscheid wäre Zürich zu klein gewesen und wir entschieden uns im Dezember 1998 den Kongress in Lausanne durchzuführen.

Am 27. Januar 1999 bewarben wir uns bei der IFNA um die Durchführung des 8. Weltkongresses in Lausanne.

Im März 99 besuchte uns ein Komitee der IFNA und beurteilte unsere Bewerbung. Mit uns hatte sich der spanische Berufsverband (Barcelona) und der holländische Berufsverband (Den Haag) beworben. Ungefähr im Mai bekamen wir den Zuschlag. Ab dieser Zeit war ich damit der Chairman des Kongresses und Teil des internationalen Kongress Planungs- Komitees (CPC). Ich durfte erste Erfahrungen in der Kongressorganisation des Kongresses in Chicago und Helsinki sammeln. Der damalige SIGA-FSIA Vorstand hatte entschieden, dass ich neben der Fortbildungskommission, eine eigenständige Kongressorganisation aufbauen sollte. Damit sollte gewährleistet sein, dass die

Organisation der nationalen Kongresse, die als Einnahmequelle für die SIGA FSIA wichtig ist, durch den int. Kongress nicht beeinträchtigt wird.

Wir bauten ab 2000 eine kleine Gruppe von Personen auf, welche dieses Langzeitprojekt startete. Hubert Wiskerke hatte bereits vorher erklärt, sich um die finanziellen Belange des Kongresses zu kümmern. Bald kamen auch Alfons Scherrer und Peter Boelhouters dazu. Sie übernahmen die Schwerpunktmässig die Organisation des Programms. Zur etwa gleichen Zeit erklärte sich Silvio Streiff, der für die SIGA-FSIA bereits vorher einige Kongresse in Thun organisiert hat, mitzuarbeiten. Er übernahm die Organisation der Ausstellung. Anne Durrer erklärte sich bereit, als Vertreterin der franz. Schweiz mit dem Schwerpunkt der lokalen Organisation, wie das Sozial- (Abend und Meeting) Programm des Kongresses zu fungieren. Sie schied aber leider sehr früh wieder aus. Später kam Simone Rapin, eine pensionierte ehemalige Anästhesieschwester aus Blonay, dazu. Es gelang uns trotz vieler Versuche in den 6 Jahren nicht eine weitere, noch aktive Anästhesiepflegende, aus der französischsprachigen Schweiz ins Team zu bekommen. Dies war vor allem bei dem Erstellen der Unterlagen in französisch ein grosses Problem. Alfons und Peter bauten schon bald ein kleines Team auf, welches die Themen für das Vortragsprogramm ausarbeitete. 2001 bis 2002 war unser Hauptaufgabe Promotingmaterial und einen erste Ankündigung (first announcement) für den Kongress in Helsinki zu erstellen. Für dieses brauchten wir

eine grobe Übersicht des Programms, Grundsatzinformationen über die Schweiz und selbstverständlich ein Logo. Ausserdem erstellten wir ein Video für den Stand und für die Aufführung, welche wir am Galabanquett in Helsinki zur Vorstellung unseres Kongresses hatten. Wir traten dort mit echten traditionellen Kostümen und grossen Kuhglocken auf. Der finnische Zoll hätte uns diesen Auftritt beinahe verunmöglicht, da er die richtig deklarierten Kuhglocken am Flughafen erst zurückhielt. Sie wollten 3000 Fr. als Depot für die Einfuhr von Antiquitäten. Erst als wir einen nationales Transportunternehmen damit beauftragten, die Kuhglocke vom Flughafen zum Kongresszentrum und wieder zurück zu transportieren, durften wir sie ohne Depot einführen. In dieser Form gab es noch einige Geschichten, während unsere Vorbereitungszeit. Nach unsere Vorstellung in Helsinki kehrte wieder etwas Ruhe ein. Erst Anfang 2003 ging es wirklich weiter. Meine Aufgabe als Chairman bestand in der Leitung des Nationalen Kongressplanungskomitees (NOC), Koordination der Aufgaben, Verbindungsmitglied nach aussen (zur IFNA, zur SIGA), akquirieren von Sponsoren (ausser den lokalen in der franz. Schweiz, welche Simone Rapin sehr erfolgreich übernahm) und Mithilfe in dem akquirieren von Ausstellern, sowie das Promoting des Kongresses. Diese Aufgaben waren häufig mit Reisen verbunden. Wir alle besuchten nationale Kongresse der Mitgliedsländer der IFNA. (über eine Reise berichtet Snezana in Ihrem Artikel), um Werbung für unseren Kongress zu machen. Silvio und ich besuchten die Medica in Düsseldorf, wo wir Kontakte zu Firmen knüpften. Oder aber auch die 7-jährigen Sitzungen mit dem CPC in Lausanne, Paris, Holland oder Slovenien.

Das letzte Jahr vor dem Kongress war dann sehr angereichert mit Aufgaben, Problemen, aber auch interessanten Kontakten zu Menschen aus den verschiedensten Umfeldern. Ein Beispiel: Die Firmen hatten Silvio und mich 2000 in Chicago, wie auch 2002 in Helsinki gebeten, sie möglichst früh wegen eines so grossem Kongress zu kontaktieren. Als wir im Herbst 2003 begannen unsere Kontakte mit den Firmen zu konkretisieren, verträuselten uns viele auf das nächste Jahr. Im nächsten Jahr sagten plötzlich die meisten Firmen wir entscheiden erst Mitte 2005. Letztendlich haben die meisten erst ab Januar 2006 zugesagt und die Verträge ab März unterschrieben. Am Donnerstag vor dem Kongress, hatten wir die letzte Anfrage für einen Ausstellungsplatz. Dies hat unser Planung vollständig über den Haufen geworfen. Wir hatte geplant, dass Winter 05 die Ausstellung für 80–90% organisiert ist und wir uns um andere Dinge kümmern könnten. Es hat sich dann leider sehr vieles auf die letzten 2 Monate vor dem Kongress verdichtet. Ich war in dieser Zeit sehr froh um die Personen die mit mir den gesamten Kongress organisiert haben und um die, welche später dazu gekommen sind. Aus Personen die sich aus dem Umfeld der SIGA-FSIA kannten, ist ein wunderbares Team geworden, die sich gegenseitig Unterstützt und auch immer wieder einmal aufgebaut haben. Am Kongress selber ist vieles sehr gut und zum Glück nur wenig nicht gut gelaufen. Ich konnte mich, da sich Alfons und Peter um das Programm und die Speaker; Monika Wicki um die laufenden Aufgaben der Tagesorganisation mit all den vielen Helfern und Helferinnen; Hubert und Simone überall dort einsprangen wo es jemand brauchte und Silvio sich um die Firmen

kümmerten, um die Dinge wie Eröffnungs- und Abschlusszeremonie, Abschlussbanquett, Ausstelleressen, Speakeressen, SIGA-FSIA- Einladung der IFNA Landesdelegierten und ähnliches kümmern. Somit waren meine Tage von morgens um 6 bis abends um 1:00, wie diejenigen der andern Mitglieder des NOC, gefüllt.

Etwas was mir gewiss einige graue Haare geschenkt hat, war die Geschichte mit der Fahne aus Nigeria für die Eröffnungszeremonie. Wir hatten beim Kongresszentrum die Landesfahnen für den Einmarsch der Landesdelegierten der IFNA bestellt. Damit wirklich nichts schief ging, hatten wir der Verantwortlichen eine Liste mit den Länderbezeichnungen, sowie ein Bild der Fahne gesendet. Ich hatte mich persönlich noch einmal eine Woche vorher erkundigt, ob die Fahnen vollständig angekommen sein. Die Verantwortliche teilte mir mit, die Fahnen seien dort und überprüft. Am Samstag um 11:00 war eine Probe geplant. Dort teilte mir die Vertreterin von Nigeria mit, dass Ihre Fahne nicht dabei sei, sondern die von Niger. Ich habe, dann mit der Verantwortlichen des Kongresszentrums telefoniert und sie teilte mir mit, dass sie das Problem in den verbleibenden knapp zwei Stunden lösen würde. Da sie keine Fahne in dieser kurzen Zeit bekommen konnte und die Fahne zum Glück sehr einfach ist (Grün/Weiss/Grün) lies sie kurzerhand eine Fahne schneiden und sie per Taxi in das Kongresszentrum liefern. Fünf Minuten vor dem Einzug der Landesdelegierten, konnte die Vertreterin aus Nigeria die Flagge entgegennehmen.

So hatte es in den 9 Jahren viele Geschichten an die ich mich gerne zurückerinnere und heute auch über vieles Lachen kann. An dieser Stelle möchte ich auch den vielen Personen aus der SIGA-FISA und

vor allem meinen Mitarbeiterinnen danken, welche direkt als Helfer, oder indirekt durch Ihr kommen oder ihren Zuspruch geholfen haben.

Einen Danke auch an unseren Präsidenten Marcel Künzler, welcher die SIGA-FSIA mit sehr viel Kompetenz und Charme am Kongress international vertreten hat. Das hat mir den Freiraum gegeben, mich als Landesdelegierter der SIGA-FSIA, ver-

mehrt im Hintergrund zu halten und für den Kongress zu arbeiten.

Das was ich für mich mitnehme und als persönlichen Gewinn ansehe, sind die vielen Beziehungen die ich mit den Menschen in dieser Zeit aufbauen oder vertiefen konnte. Dies hier vor allem in der Schweiz und aber auch mit Personen aus Europa, Afrika und Amerika. Ob

ich dies noch einmal machen würde? Grundsätzlich ja, aber nicht in den nächsten zwei Jahren und nur wenn ich wieder mit so vielen guten Kollegen zusammenarbeiten kann.





# PROMOTING – ABSTRACTS – DEADLINES – SPEAKER – FREE COMMUNICATION – ETC.

## Alfons Scherrer

Scientific Program-Verantwortlicher  
Schulleiter Anästhesiepflege  
USZ Zürich

Als ich im Jahre 2002 angefragt wurde, ob ich mitmachen wolle, den Weltkongress 2006 in der Schweiz zu organisieren, sagte ich spontan zu. Nach den ersten Sitzungen und vor allem nach dem ersten Besuch im Kongresscenter Beaulieu in Lausanne erkannte ich, dass ich mich auf ein grosses Projekt eingelassen habe. Zweifel kamen auf, ob ich meiner Aufgabe gerecht werden kann. Peter Boelhouwers und mir wurde die Verantwortung für das wissenschaftliche Programm des Kongresses übertragen. Zu den weiteren Aufgaben gehörte das Promoting des Kongresses 06, welches mit dem Weltkongress 2002 in Helsinki begann. Dort erhielten wir auch erste Anhaltspunkte, was wir betreffend des Programms an «unserem» Kongress beachten wollten und berücksichtigen mussten.

Im Verlauf der Programmplanung wurde dem inzwischen mit Monica Wicki Bättig, Snezana Sulser (und Christa Mesmer für die Planungsphase) erweiterten Programmkomitee bewusst, dass die Halbtages- und Tagesthemenblöcke vom Congress Planning Committee (CPC) der IFNA vorgegeben sind. Unsere Aufgabe bestand darin, die vorgegebenen Themenblöcke mit verschiedenen Vorträgen zu füllen. Die Suche der Dozentinnen und Dozenten, welche vor allem Anästhesiepflegende sein sollten, wurde in einer ersten Phase den Länderdelegierten der IFNA übergeben. Sie sollten für die entsprechenden Themen Dozentenvorschläge bringen. Wie er-

wartet kamen nicht sehr viele, so dass wir uns darum kümmern mussten.

Parallel zum Hauptprogramm beurteilten wir die eingereichten Abstracts für die «Free Communication», einerseits die Poster und andererseits die Kurzvorträge, die wir zu Themenblöcken zusammenstellten. Ein weiteres Arbeitsgebiet waren die drei Workshops, für die entsprechende Tutorinnen und Tutoren gesucht werden mussten.

Der Einfachheit halber lief die ganze Korrespondenz über mich. Ich hatte mit circa 100 Dozentinnen und Dozenten per E-mail oder telefonisch Kontakt. Das beinhaltete hauptsächlich: die Erstkontakte herstellen, abstracts einfordern und begutachten, Dozenten einladen, Termine bestätigen, abstracts nachfordern und Bilder einfordern für das abstract book. Nebenher wurde ich mit Fragen konfrontiert betreffend Dresscodes für die verschiedenen Anlässe, Anreisemöglichkeiten und Varianten, lohnenswerte Ziele für Ferien in der Schweiz usw. Je näher die verschiedenen Deadlines, z. B. für die endgültige Festlegung des Programms, für den Druck des Programmheftes und des Abstraktbuches kamen, um so heftiger entwickelte sich der E-mail-Verkehr.

In den letzten Monaten und Wochen vor dem Kongress habe ich manchmal gedacht: das ganze mache ich einmal - und nie wieder! Zwei grosse und arbeitsintensive Werke waren das Programmbuch und das Abstraktbuch, die vor allem durch den enormen Einsatz von Monica Wicki Bättig in enger Zusammenarbeit mit der Druckerei erst möglich wurden. Vor allem das

Abstraktbuch als handfeste und bleibende Erinnerung an den Kongress ist in meinen Augen hervorragend gelungen.

Im Juni 2006 war es dann (endlich) soweit. Es konnte losgehen. Meine Hauptaufgabe am Kongress war die Betreuung der Speaker. Es war sehr spannend, die Personen, welche ich zuerst nur via E-mail und dann später anhand eines Fotos kennen lernte, von Angesicht zu Angesicht zu erleben. Der Kongress verlief aus meinem Blickwinkel grossartig. Dies war nur möglich durch die Mithilfe aller Personen aus dem Organisationskomitee, durch die Unterstützung aller Helferinnen und Helfer der SIGA sowie durch die professionelle Hilfe durch die Personen des Beaulieu, von Lausanne Tourisme und des Dolmetscherdienstes Viva Voce.

Die Rückmeldungen der Teilnehmenden und der Dozentinnen und Dozenten zum Kongress waren ausgezeichnet. Unvergesslich bleiben mir die vielen Gespräche mit den Speakern, mit den Landesdelegierten und den Offiziellen der IFNA. Ich spüre eine Verbundenheit mit diesen Berufskolleginnen und -kollegen. Ein grosses Werk ist vollbracht! Die Mühen haben sich gelohnt - und die Frage, ob ich das noch einmal machen würde, beantwortete ich sofort mit ja!

# NACHTSCHICHT FÜR WCNA 2006

**Monica Ruth Wicki-Bättig**  
NOC  
Scientific Program



Es war eine Vorbereitung über eine lange Periode in der viel geschah. Wenn man sich für so etwas entscheidet, merkt man erst was in so einer langen Zeitperiode, einer Vorbereitung von einem zum andern Weltkongress alles passiert ist, wenn ich meine Familie anschau. Jedes meiner Kinder hat sich verändert, geht schon ins Gymnasium oder in die höhere Klasse und eines ist noch dazu gekommen und läuft bzw. klettert inzwischen auch schon. Nun die Vorbereitungszeit wurde von Jahr zu Jahr für die Gruppe des Scientific Program intensiver. Das letzte Jahr dann immer intensiver und strenger mit dem Abstract- und Programm-Buch. Ich verbrachte mehrere Stunden am Computer mit Korrigieren und natürlich Stunden und Nächte per Internet und Telefon mit Alfons Scherrer um immer wieder die neusten Ideen und die neuen Vorträge ins Buch zu übernehmen. Ich war in meinem ganzen Leben noch nie so viele Stunden vor diesem viereckigen Bildschirm gesessen. Aber es hat Spass gemacht, einmal etwas so zu kreieren. Ganz spannend fand ich es mit der Druckerei in meinem Dorf zusammen zuarbeiten. Wir waren ein richtiges Frauenpowerteam und schon

bald gehörte ich schon fast zur Druckercrew. Mehrmals in der Woche war ich dort anzutreffen inklusive Nachtschicht. Am Schluss wurde die Palette von Obwalden an den Genfersee versandt.

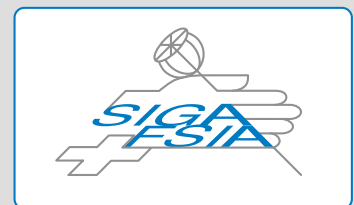
Dort war ich dann am Donnerstag vor dem Kongress ganz gespannt, ob die Bücher in Lausanne angekommen waren. Am Freitag hatte sich dann ein starkes internationales Team zum Einpacken der Kongresstaschen zusammen gefunden und mich unterstützt. So packten wir 1200 Taschen im Laufschrift.

Die Eröffnungsfeier wurde tatkräftig von meinem Assistenten-Team als Fahnenträger für fehlende Landesvertreter unterstützt. Meine Tochter gilt von nun an als Kambodschanerin. Die Eröffnung war jedenfalls von unserer organisatorischen Seite gelungen und wir bekamen viel internationales Lob. Die erste Hürde war genommen. Der Sonntag konnte kommen.

Meine Crew traf pünktlich ein. Topmotiviert, engagiert und flexibel wie das eben Anästhesiepersonal ist, sind sie mit allen kleinen Pannen, die das Haus Beaulieu an der Technik bietet bestens zurechtgekommen, so dass wir mit kleinen Ausnahmen tolles Lob bekamen. An den drei Kongresstagen baten wir in mindestens drei parallelen Sälen auf drei Etagen Vorträge plus Workshops an, die durch meine Crew bestens betreut wurde.

Soviel telefoniert und kommuniziert in einer Vielsprachigkeit wie an diesen fünf Tagen hatte ich schon lange nicht mehr, aber als Drehscheibe zwischen Beaulieu-Personal, die für das Kongresszentrum

verantwortlich inklusive Gastronomie war, Lausanne Tourisme, die für die Administration der Anmeldung zuständig war, den Technikern, den Dolmetschern, der Industrie, den Speakern und dies natürlich für die 1200 Teilnehmern aus aller Welt. Manchmal denke ich, so zu arbeiten, in so einem frischen Team wäre richtig spassig, ein bisschen spannend aber toll und ich denke gerne an euch zurück, es belebt meinen Alltag. Merci.



Ordentliche Interessengruppe  
des SBK  
*Communauté ordinaire d'intérêts de l'ASI*

Mitglied der international  
Federation of Nurse Anesthetists (IFNA)  
*Membre de la fédération internationale des infirmiers(-ières) anesthésistes*

Jeder Autor trägt selbst die Verantwortung für die von ihm verfassten Artikel.  
*Chaque auteur assume la responsabilité de l'article publié.*

# DAS KIND HATTE SCHON EINEN NAMEN

## **Peter Boelhouwers**

Dipl. Pflegefachmann Anästhesie  
Rettungsdienst Aarau

Es ist ziemlich lange her, als ein paar geschnauzte Herren namens Karsten, Hubert, Silvio, Alfons und Peter, sich bereit erklärten, ein Kind zu adoptieren und aufzuziehen. Das Kind war noch nicht geboren, hatte aber schon einen Namen und einen Geburtstermin: WCNA2006

In regelmässigen Abständen kamen die Herren zusammen. Als zentraler Treffpunkt wurde Zürich gewählt. So konnten die «baldigen Väter» die benötigte Zeit zum reisen (z.B Chur, Berner Oberland) einigermassen aufbringen.

Von Zeit zu Zeit wurde die Entwicklung kontrolliert und besprochen. Das «Congress Planungskomitee (CPC)» der IFNA übernahm wie gewohnt diese Rolle.

So wuchs das Ungeborene von Jahr zu Jahr und wurde immer grösser. Es begann langsam Gestalt anzunehmen. Die Intervalle der Vorbereitungssitzungen wurden immer kürzer und der Zeitaufwand wurde stets grösser. Bald wurden den geschnauzten Herren klar, dass das Ungeborene noch vor der Geburt aufgeteilt werden musste. So wurde das Team mit Monika, Snezana, Simone und Christa verstärkt.

Der Kopf blieb von Anfang bei Karsten. Der linke Arm, «Industrie» gehörte Silvio und Karsten». Der rechte Arm, «Sponsoring», ebenfalls. Das Abdomen, «Finanzen», hatte Hubert fest im Griff. Das linke und rechte Bein, «Scientific Program», gehörte Alfons, Monika, Snezana und Peter. Der Thorax inklusive Stimmbänder Simone.

Das Ungeborene wuchs jetzt rasant und schmerzte hie und da. Dann schlug der linke Arm zu; Verträge wurden nicht unterzeichnet oder zum vierten Mal korrigiert und erneut gesendet. Dann machte sich ein schweres Gefühl im Abdomen spürbar: Das Sponsoring wurde gestartet und betrieben ohne Einnahmen (hier noch ein Dankeschön an die IFNA und SIGA). Auch die anderen Gliedmassen meldeten sich regelmässig. Die Dozentensuche, Korrespondenz, Programmbuch- und Abstractbook-Gestaltung hatten es in sich. Der Termindruck erhöhte sich, und trotz Alucol hatten wir manchmal saures Aufstossen. (Manchmal wurden wir von einem bangen Gefühl befallen, dass die Probleme proportional mit dem Ungeborenen mitwachsen würden.)

Wie anfangs schon erwähnt, war der Geburtstermin seit Jahren bekannt. Bei einem solchen Wachstum und der damit verbundenen Grösse war eine Spontangeburt nicht möglich und so zitterte die ganze Mannschaft dem bevorstehenden Termin entgegen. Am Samstag war es dann soweit.

Mit Bertrand Piccard als Keynotespeaker, umgeben mit folkloristischer Musik, ging das ganze los, und in «no time» war das Kind da. Und was für ein Kind. Nach einem voluminösen Start machte «der Kleine» sich sofort spürbar. Kleine technische Probleme, Speakerbetreuung, Swiss Shop, Workshop - Einteilung, Teilnehmern Rede und Antwort stehen und viele andere Dinge hielten uns auf Trab. Die Tage waren lang und auch nachts machte man sich manchmal Sorgen. Zum Glück waren wir in die-

sen Tage nicht alleine. Wir wurden durch Lausanne-Tourisme, Kongresszentrum Beaulieu und vor allem durch eine ganze Gruppe Kollegen und Kolleginnen aus der Schweiz super unterstützt. Herzlichen Dank. Dank aller Beteiligten konnten wir voller Stolz ca. 1100 Kolleginnen/Kollegen während 3 Tagen «unser Produkt» zeigen. Dass dieses Produkt sehr gut gelungen ist, hat sich durch sehr viel positives Lob und Feedback bemerkbar gemacht. Ein Lob, welches ich gerne weiterreichen möchte an all jene, welche sich aktiv am WCNA-Kongress 2006 beteiligt haben.

Unsere Arbeit ist getan und sie war gut. So können wir uns über den nächsten Kongress, welcher in 4 Jahren in Holland stattfinden wird freuen. Auch dieses Kind hat schon einen Namen: WCNA2010 und der Termin steht auch!!!

# GÄSTE AUS AMERIKA!

**Snezana Sulser**  
SIGA - Marketing  
Event Group



Als mir eine Arbeitskollegin während eines Wochenenddienstes von der SIGA erzählte, wurde ich neugierig und wollte mehr darüber erfahren. Durch ihre Hilfe konnte ich 2003 an einer Sitzung der SIGA Fortbildungskommission (neu Eventgruppe) teilnehmen. An dieser Sitzung stellte Alfons Scherrer den geplanten Weltkongress 2006 vor und wollte wissen, ob eine Person aus der Fortbildungskommission bereit wäre, dem Programmplanungs-Komitee beizutreten, um bei der Programmplanung und beim Promoting mitzuhelfen. Alle Mitglieder der Fortbildungskommission hätten diese Aufgabe ger-

ne übernommen, obschon sie bereits durch viele Verpflichtungen gebunden waren. Mich sprach die Herausforderung sehr an. Ich hatte Erfahrungen im Bereich von Eventgestaltung und Promoting aus einer früheren Tätigkeit als Betriebsleitung eines Unternehmens aus der Unterhaltungsbranche. Von Seiten der Fortbildungskommission wurde ich gefragt, ob ich bereit wäre, diesen Job zu übernehmen. Und so wurde ich schliesslich Mitglied der Gruppe für die Ausarbeitung des wissenschaftlichen Programms für den 8. Weltkongress der IFNA – International und SIGA Schweiz. Meine Idee war, den Kontakt unter den Teilnehmern des Weltkongresses zu vereinfachen und so zu fördern. Als Testlauf diente der SIGA-Kongress in Aarau. Das handyähnliches Gerät, (Spotme®), welches jeder Teilnehmer auf sich getragen hätte, hätte dies ermöglicht. Leider scheiterte dieses Projekt mangels Sponsoren. Die Holländer wurden jedoch von diesem Gerät überzeugt und werden es eventuell an ihrem Kongress 2010 einsetzen.

Im Jahr 2004 wurde ich von Karsten Boden angefragt, ob ich mit ihm nach Seattle an einen nationalen Anästhesiekongress fliegen würde, um dort Werbung für den WCNA 2006 in Lausanne zu betreiben. Dank dem grossartigen Einsatz meiner Vorgesetzten und meiner Arbeitskollegen, die meine Schichten übernommen hatten, wurde mir diese Reise erst ermöglicht. Ich war sehr gespannt auf den Kontakt mit Amerikanern, die in derselben Branche tätig waren wie ich. Ich hatte Bedenken, ob mein Englisch ausreichen würde. Aber meine Sorgen verflogen schnell, als ich einmal dort war. Nicht zuletzt, weil mich Karsten Boden unterstützte. Die Amerikaner waren sehr gastfreundlich und kontaktfreudig. An den Workshops gab es interessante Themen zu bestaunen. Zum Beispiel konnte an Schweinehälsen die Tracheotomie geübt werden. In Gesprächen stellte sich heraus, dass die Probleme auf der anderen Seite des Ozeans zum grossen Teil dieselben waren. Von Bundesstaat zu Bundesstaat variierten die übertragenen Kompetenzen, zum Beispiel die Durchführung von Regionalanästhesien durch Pflegepersonal. Mir gefiel das Fortbildungssystem, in welchem die Anästhesiepflege ähnlich dem System der hiesigen Ärzte Punkte sammeln muss, um seine Fortbildungstätigkeit zu belegen. Ich war gespannt, wen von den Leuten, die ich in Seattle kennen gelernt hatte, ich in Lausanne wieder treffen würde.

Ende 2005 wurde ich Mutter und der Kongress rückte immer näher. Es war nun daran, die Poster und Abstracts auszuwählen, indem wir



sie zuerst durchlasen, Korrekturvorschläge machten und die revidierten Fassungen schliesslich bewerteten. Zum Glück hatte ich einen ruhigen Sohn, der es mir ermöglichte, diese Arbeit zu erledigen. Manchmal hatte ich genug und war froh, dass das Projekt WCNA 2006 bald vorbei sein würde, zumal ich auch noch mit der Realisierung eines Geschenkartikel-Shops und der Bekleidung der Mithelfer beschäftigt war.

Als der grosse Tag dann da war und ich in Begleitung meines Sohnes und meines Mannes das von langer Hand geplante Grossereignis miterleben durfte, wusste ich, dass sich all die Mühen und Strapazen der vorherigen Wochen und Monate gelohnt hatten und ich es wieder machen würde. Ein kleiner Wermutstropfen war, dass ich nicht wie ursprünglich angenommen, während des ganzen Kongresses anwesend sein konnte. Ich hatte mich zugunsten meines 6 Monate alten Sohnes dazu entschieden nur drei Tage teilzunehmen. Dass mir dann prompt wieder bekannte Gesichter aus Seattle über den Weg liefen, freute mich sehr.

Es waren spannende drei Jahre voller Herausforderungen und ich bin dankbar, dass ich die Chance hatte meinen Beitrag zu leisten und daran zu wachsen. Nun freue ich mich auf die nächsten Aufgaben, die mich zusammen mit der SIGA-Event Gruppe erwarten, wie zum Beispiel die Gestaltung der nationalen Kongresse.



  
**hirslanden**  
 Klinik Aarau

Die führende Privatklinikgruppe Hirslanden setzt mit ihren Kliniken Standards. Erstklassige medizinische Leistungen und das Wohl des Menschen stehen im Mittelpunkt.

Die Anästhesieabteilung der Hirslanden Klinik Aarau sucht nach Vereinbarung für ein interessantes, sehr breites Arbeitsspektrum eine/n

## PFLEGEFACHFRAU/PFLEGEFACHMANN ANÄSTHESIE 80–100%

Für diese sehr abwechslungsreiche und spannende Aufgabe wünschen wir uns eine fachkompetente, flexible und offene Persönlichkeit mit Zusatzausbildung in Anästhesiepflege. Vorzugsweise verfügen Sie über Erfahrung in den Spezialgebieten Herz-, Kiefer- und Neurochirurgie.

Haben wir Ihr Interesse geweckt?  
Für zusätzliche Informationen steht Ihnen Herr Urs Schenker, Abteilungsleiter Anästhesie, T **062 836 71 94** gerne zur Verfügung.

Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:

**Hirslanden Klinik Aarau** Frau Ursula Bopp  
 Personalleiterin Schänisweg 5001 Aarau  
 T **062 836 75 20** F **062 836 75 42**  
 ursula.bopp@hirslanden.ch www.hirslanden.ch

# QUALIFIKATION UND QUALITÄT

**Andreas Gstöhl**  
Leiter Anästhesiepflege  
KH Dornbirn, Österreich



Im Juni 2006 haben die IFNA und das nationale Organisationskomitee zum 8. Weltkongress in Lausanne eingeladen und wir möchten herzlich zu dieser professionell ausgeführten Aufgabe gratulieren.

Traditionellerweise entsendet die Anästhesiepflege zwei Mitarbeiter zum Weltkongress. Schon früher (Wien und Chicago) haben sich Mitarbeiter unserer Abteilung auch für Vorträge zur Verfügung gestellt, weil auf diesen Kongressen zwei wesentliche Faktoren vermittelt werden, nämlich fachliche Qualifikation und Qualität und der Stellenwert und die Entwicklung in der Anästhesiepflege.

In den Vorträgen wurden auf verschiedene Aspekte der Qualifikation und Qualität eingegangen und anhand von Fragebögen eine umfassende Evaluation der Ausbildung und Aufgaben durchgeführt. Im Folgenden zu den einzelnen Punkten.

Qualifikation und Qualität: Die Zusammenarbeit im Team wurde von allen als ein wesentlicher Punkt der Fehlervermeidung angesehen. Die Implementierung von CIRS in den

Spitälern, das zur Verfügung stellen von Rescue Teams in Skandinavien und die Zusammenarbeit in der OP-Organisation – Management sollen nur ein paar Beispiele sein.

Die fachliche Weiterbildung in der Schmerztherapie und Schmerzphysiologie bei Kindern und Erwachsenen kann zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit beitragen.

Ein Beitrag aus Norwegen zum Thema «Spezialzertifizierung von Anästhesiepflege» war ein Beitrag in Richtung Personal – Qualität. Die Diskussion zur Rezertifizierung in Theorie und Praxis auf nationaler Ebene kann man nur unterstützen. Aus der Sicht des Patienten - Kunden wäre dies wünschenswert und noch zu ergänzen mit wesentliche Eigenschaften der Mitarbeiter: vertrauenswürdig, zuverlässig, Zuwendung, Entgegenkommen und Erscheinung.

Entwicklung Anästhesiepflege: In der Ausbildung ergeben sich international Unterschiede. Manche Länder haben Fachhochschulen, in anderen ist es eine universitäre Ausbildung und es gibt auch Länder, die dies als Lehre anbieten. Eben-

falls gibt es nationale und regionale Unterschiede der selbständigen Arbeitstätigkeit. In den USA darf die Anästhesiepflege selbständig Anästhesien durchführen (Masterabschluss an einer Universität). In Skandinavien ist es erlaubt, dass zwei Anästhesiefachkräfte bei Patienten mit ASA eins oder zwei eine Narkose durchführen.

Eine Studie aus Dänemark zeigt, dass die Sicherheit des Patienten, der eine Narkose von der Anästhesiepflege erhält, nicht geringer ist wie bei einem Arzt – Pflgeteam. In Österreich sind die Aufgaben durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geregelt. Die Anwendung ist in den Krankenhäusern unterschiedlich.

Zusammenfassend: Der Weltkongress war fachlich und organisatorisch ein Erfolg. Die Damen und Herren, die sich um uns bemüht haben, waren sehr nett und entgegenkommend. Bei Problemen gab es rasch Ansprechpartner/innen und gemeinsame Lösungen zu aller Zufriedenheit.



# FUSSBALL-WM ODER WCNA?

**Susanne Klose**  
Pflegefachfrau Anästhesie  
Kantonsspital, St. Gallen



Im Juni 2006 habe ich zum ersten Mal einen Weltkongress für Anästhesiepflegefachleute besucht und möchte hier ein paar meiner Eindrücke wiedergeben.



Sehr beeindruckt war ich von der Grösse und dem Angebot des Kongresses. So fiel es mir nicht leicht, mich zwischen 2 gleichzeitig laufenden Vorträgen zu entscheiden. Doch mein absoluter Favorit von diesen Tagen war das Thema: Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes, hervorragend und sehr lebendig wie verständlich vorgebracht von Prof. Walter Zieglsberger von München.

Wie gerne hätte ich seinen Vortrag als Unterrichtsmaterial!

Nun begann zur gleichen Zeit die Fussball WM!

Aber auch daran haben die Veranstalter gedacht. Ein grosser Fernseher war aufgestellt und so konnten die Holländer wie auch andere Interessierte mit den Spielern mitfeiern.

In sehr schöner Erinnerung geblieben sind mir die warmen Abende mit Freunden und Kollegen am See sitzend oder bei einem gemütlichen Abendessen im Freien.

Diese offenen, multikulturelle Stadt Lausanne war ideal gewählt für einen Weltkongress.

Freue mich schon auf den nächsten...



# PERSONALSITUATION DES ANÄSTHESIE- PFLEGEPERSONALS IN DER SCHWEIZ

**Sonja Heine**  
**Ursula Hollenstein**  
Kaderkommission

Der 3. Teil der Datenerfassung befasst sich mit dem Schmerzdienst, der Prämedikationsvisite und dem Einbezug des Anästhesiepflegepersonals im Rettungsdienst.

Einleitend halten wir fest, dass speziell bei diesen Fragen Schwierigkeiten mit der Auswertung aufgetreten sind wegen Doppelnennungen und unverständlich ausgefüllten Fragebögen.

Wir publizieren in dieser Ausgabe nur die eindeutigen Resultate.

Der Schmerzdienst wie auch der Rettungsdienst ist an vielen Standorten im Umbruch und somit auch in unserer Umfrage spürbar. Nachfolgend die Fragen und die ausgewerteten Antworten.

## *Ist der Schmerzdienst ein Teil der Aufgabe des Anästhesiepflegepersonals?*

Bei circa der Hälfte von den antwortenden Spitälern nimmt das Anästhesiepflegepersonal Aufgaben im Schmerzdienst wahr. Zur Umfrage von 1991 kann kein Vergleich gezogen werden, da diese Frage nicht gestellt wurde. Hingegen zeigt die Auswertung beim Mitarbeiterfragebogen eine eindeutige Tendenz, dass dieser Teilbereich der Anästhesie sich in einer aufbauenden, strukturierenden und zukunftssträchtigen Phase befindet.

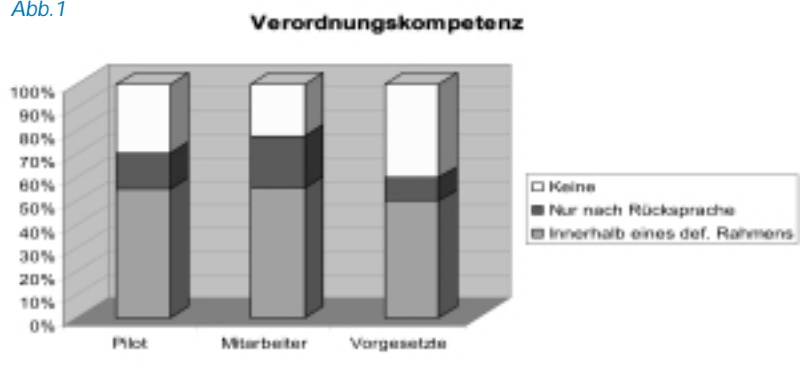
## *Arbeitet der Schmerzdienst selbständig unter der delegierten Verantwortung des Anästhesiearztes? (Abb. 1)*

Diese Frage kann umfassend beantwortet werden:

Zirka 60% aller Antwortenden geben an, dass sie innerhalb eines definierten Rahmens arbeiten oder nach Rücksprache.

beiten 80% der grossen Spitäler, welche über einen eigenen Schmerzdienst verfügen, und 50% der mittleren und kleinen Spitäler in einem definierten Rahmen oder nach Rücksprache (Abb. 2)

Abb.1



**Pilot:** Der Fragebogen für Mitarbeiter wurde am Herbstkongress 2004 in Basel an alle KongressteilnehmerInnen verteilt. Die Auswertung der Kongressbögen diente zur Validierung der Daten (Kontrollgruppe).

**Mitarbeiter (MA):** Abgestuft nach Grösse des Spitals wurde eine Anzahl von Fragebögen für das Anästhesiepflegepersonal beigelegt.

*Pain-Visiten und sich daraus ergebende Veränderungen der Therapie (z.B. Dosisänderungen, Medikamentenwechsel, Auslassversuche) werden entschieden durch? (Abb.3)*

Diese Frage zeigt, dass das Pflegefachpersonal nur in wenigen Spitälern selbständig über die Therapie entscheiden kann und dass die Pain-nurse in der Schweiz haupt-

Abb.2

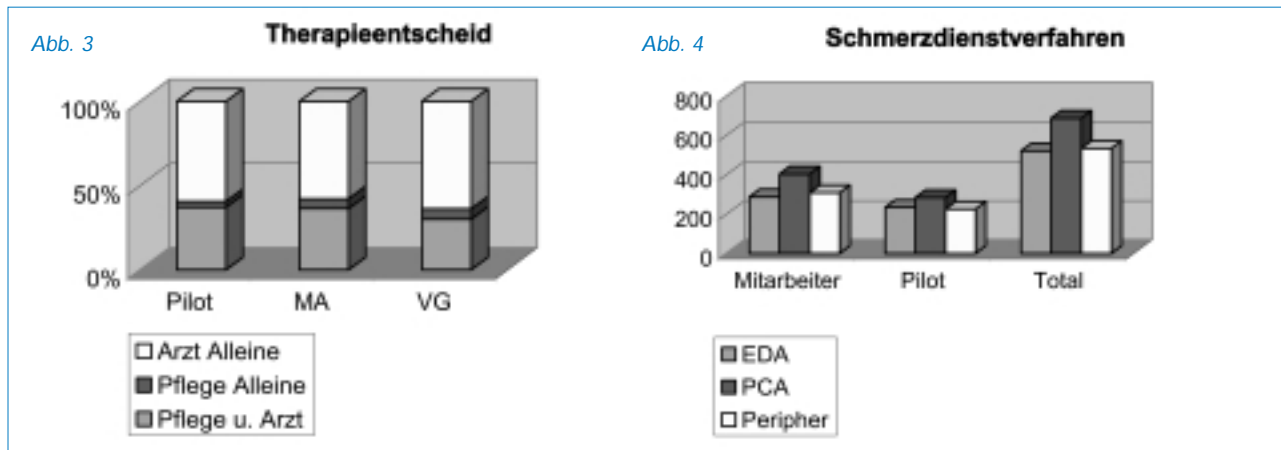


**Vorgesetzte (VG):** Jedes Spital hat einen Fragebogen für das Pflegekader erhalten.

Nach Angaben der Vorgesetzten ar-

sächlich in einem klar definierten Rahmen arbeitet.





*Welche Schmerzverfahren wenden sie an? (Abb. 4)*

Bei dieser Frage beantworten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie diejenigen der Pilotstudie ganz klar, dass der Favorit in der Schmerztherapie die PCA ist (Patienten kontrollierte Analgesie).

*Ist die Prämedikationsvisite ein Teil der Aufgabe des Anästhesiepflegepersonals? (Abb. 5)*

Zum Vergleich von 1991 wurde die Prämedikation in 50 Spitälern regelmässig durch das Anästhesiepflegepersonal durchgeführt und 2003 verbleiben noch sieben Kleinspitäler.

Spitälern die Prämedikationsvisite eine ärztliche Tätigkeit ist.

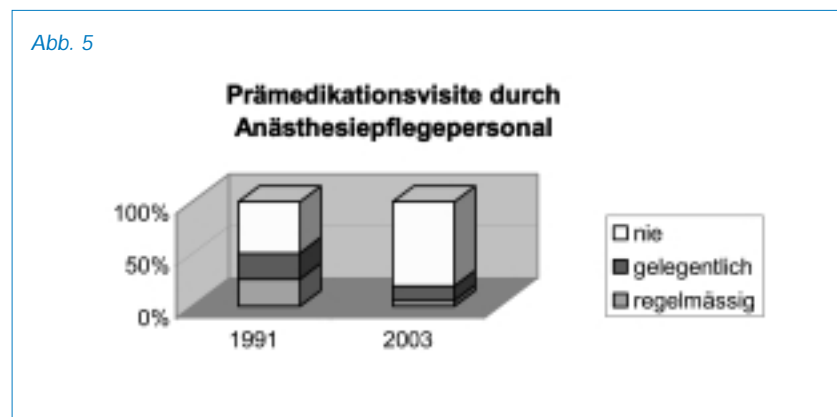
*Ist das Anästhesiepflegepersonal in den Ambulanz- und Rettungsdienst einbezogen? (Abb. 6+7)*

Hier geht es um das Anästhesiepflegepersonal, welches im OP-Betrieb arbeitet und zusätzlich im Rettungsdienst eingesetzt wird.

Dabei fällt sofort ins Auge, dass von den 9 grossen Spitälern (2 in der Westschweiz und 7 in der Deutschschweiz) bei allen der Rettungsdienst separat organisiert ist und das Anästhesiepflegepersonal keine zusätzlichen Aufgaben in Richtung Rettungsdienst übernimmt.

108 antwortenden Vorgesetzten in Kleinspitälern werden ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 42 Kliniken zusätzlich im Rettungsdienst integriert. In den restlichen Spitälern gibt es entweder keinen Rettungsdienst (z. B. Privatkliniken), oder er ist ausgelagert worden oder wird nicht vom Anästhesiepflegepersonal begleitet.

Beim Vergleich zwischen den zwei Datenerhebungen zeigt sich, dass 1991 in 44% der Spitäler in der Schweiz das Anästhesiepflegepersonal zusätzlich im Rettungsdienst tätig war, 2003 waren es noch knapp 40%. Bei definierten Indikationen kommt das Anästhesiepersonal in 73% zum Einsatz und in 27% bei allen Aufbietungen.



Gelegentlich wurde eine Prämedikation 1991 durch das Pflegepersonal in 48 Spitälern durchgeführt und heute sind es noch 18 kleine und mittlere Spitäler. Ganz klar geht hervor, dass an den grossen

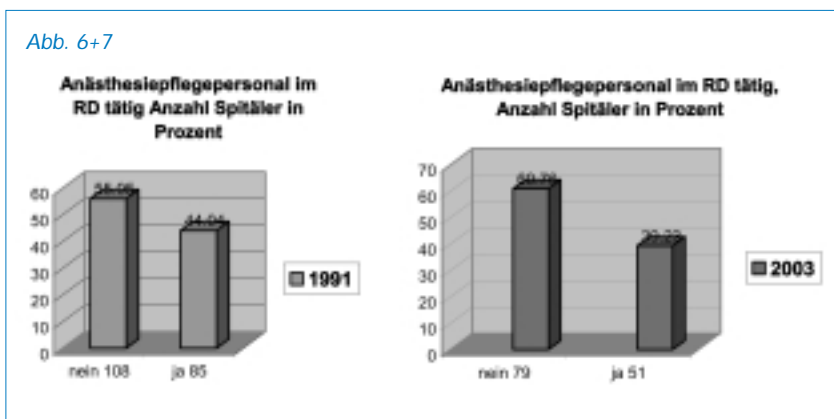
Bei den 13 mittleren Spitälern (2 in der Westschweiz und 11 in der Deutschschweiz) wird das Anästhesiepflegepersonal im Rettungsdienst ausschliesslich in 8 Spitälern in der Deutschschweiz eingesetzt. Von den

Die Begleitung im Einsatz findet in der Regel immer durch einen dipl. Rettungssanitäter und einen Transporthelfer oder 2 dipl. Rettungssanitäter statt.

Von 51 Spitälern haben zwei angegeben, dass bei ihnen immer ein Notarzt mitfährt und bei 9 Spitälern nur bei definierten Indikationen. Man kann also davon ausgehen, dass in 40 Spitälern in der Schweiz das Anästhesiepflegepersonal mit Notarzt-Kompetenz zum Einsatz kommt.

Im Vergleich dazu wurde das Anästhesiepflegepersonal 1991 im Ein-

Abb. 6+7



satz in 21 Spitälern in der Schweiz nicht begleitet. Dies scheint der Vergangenheit anzugehören. Bei Begleitungen durch Ärzte wurde in der letzten Datenerhebung nicht genauer darauf hingewiesen, welcher Fachrichtung sie angehörten.

*Wie viel Prozent des Anästhesiepflegepersonals, das in den Rettungsdienst integriert ist, hat zusätzlich die Ausbildung als dipl. Rettungsanesthetiker? (Abb. 8)*

Bei der Auswertung des Fragebogens sind wiederum grosse Unterschiede zwischen der Deutsch- und der Westschweiz festzustellen. So haben die westschweizer Vorgesetzten ausgesagt, dass 5% ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neben dem Anästhesiefähigkeitsausweis zusätzlich im Besitz eines Rettungsanesthetiker-Diploms sind. Da

wir diesen tiefen Prozentsatz nicht nachvollziehen können ist er eher mit Vorsicht zu geniessen. Bei der nächsten Datenerhebung könnte man doch gezielt auf diese Frage hinarbeiten.

In der Deutschschweiz waren die Angaben markant höher und so kommen die kleinen Spitäler mit 34% und die mittleren Spitäler sogar mit 48% auf einen deutlich höheren Ansatz.

Gesamtschweizerisch gibt dies dadurch einen Schnitt von 28% in kleinen Spitälern und 41% in mittleren Spitälern.

Alle weiteren Fragen konnten nicht eindeutig ausgewertet werden, da die Fragestellungen anscheinend zu kompliziert waren (33 Fragebögen wurden ungenügend ausgefüllt und 86 korrekt). Daher werden auch

keine weiteren Resultate bekannt gegeben.

Um die Frage zu beantworten «wie viele Anästhesiepflegepersonen haben zusätzlich ein Diplom als Rettungsanesthetiker» könnte eine Hochrechnung nach dem letzten Diagramm erstellt werden.

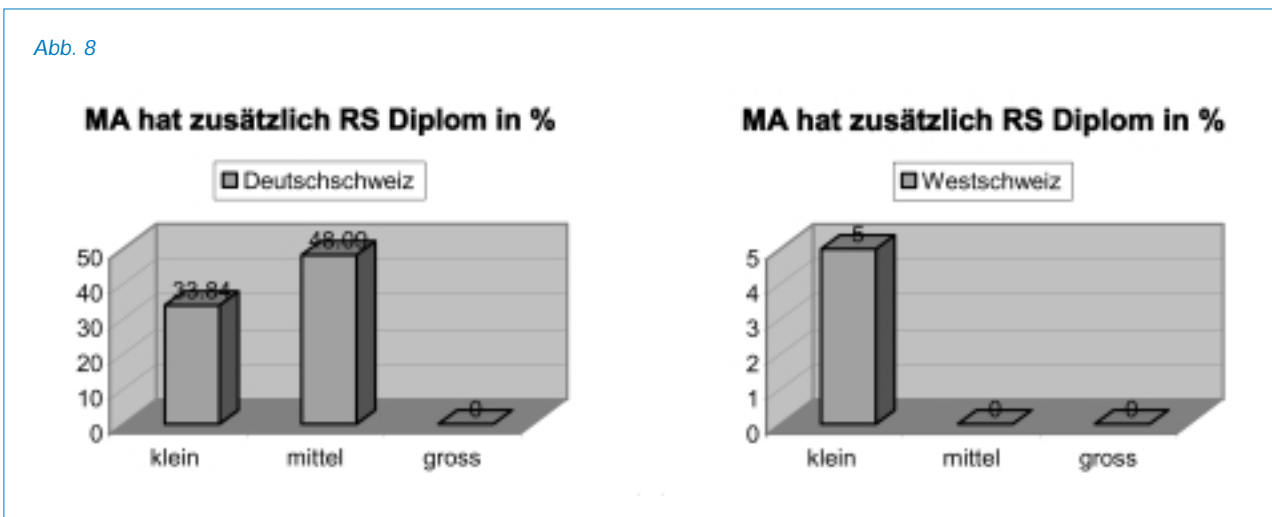
Eine weitere Frage betraf die Aufgaben beim Notruf 144. Hierzu kann festgestellt werden, dass sicherlich Anästhesiepflegende in diesem Bereich mitarbeiten.

Die Anzahl Einsätze pro Jahr mit Anästhesiepflegepersonal konnte nicht ermittelt werden, da bei einigen Fragebögen die Zahlen ganz fehlten, die Anzahl nicht bekannt war oder Schätzungen zu Grunde lagen. Eines kann aber deutlich gemacht werden: dass hauptsächlich D1 Einsätze genannt wurden, des weiteren Verlegungen von Intubierten und Intensivpatienten.

Ausblick:

Im nächsten Journal werden die Fragen über Präsenzdienst, Nacht und Wochenende, sowie Weiterbildung und Qualitätsmanagement beantwortet.

Abb. 8



**Das Spital Bülach:** Schwerpunktspital für das Zürcher Unterland. Mit den Kliniken Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe, Chirurgische Unterdisziplinen: Handchirurgie, Urologie, Orthopädie, Ophthalmologie, ORL. Medizinische Unterdisziplinen: Kardiologie, Gastroenterologie, Onkologie, Pneumologie, Angiologie. 600 Mitarbeitende. 185 Betten.

Spital Bülach



Für unser motiviertes Anästhesie-Pflege-Team, welches im Dreischichtbetrieb arbeitet (Wochenende Zweischichtbetrieb), suchen wir nach Vereinbarung eine/n

## Dipl. Pflegefachperson FA Anästhesie 50-70%

**Ihre Aufgaben** Sie führen und überwachen Allgemein- und Regionalanästhesien in Zusammenarbeit mit dem Anästhesie-Facharzt verantwortungsvoll und selbständig, haben die Mitverantwortung für einen reibungslosen Ablauf des Operationsprogramms und führen lebensrettende Sofortmassnahmen durch.

**Ihr Profil** Sie verfügen über den Fachausweis Anästhesie und haben hohes Engagement für die vielseitigen Aufgaben.

**Ihre Zukunft** Wir bieten Ihnen eine neue berufliche Herausforderung, ein interdisziplinäres Umfeld, ein überschaubares Spital sowie eine teamorientiertes Betriebsklima.

**Ihre Ansprechpartner** Bei Fragen steht Ihnen Frau Ulrike Haas, Leiterin Pflege Anästhesie, Telefon 044 863 22 96, gerne zur Verfügung. Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen (inkl. Foto) senden Sie bitte per Post an: Spital Bülach, Maria Witschi, Bereich Personal, Spitalstrasse 24, 8180 Bülach. [www.spitalbuelach.ch](http://www.spitalbuelach.ch)

## AGENDA

Datum date	Thema/Veranstaltung thème/événement	Ort lieu
06.-07.10.	Medizinschadensfälle und Patientensicherheit <a href="mailto:symposium@uni.bonn.de">symposium@uni.bonn.de</a>	Bonn
09.10.	Anästhesieverfahren in der Pädiatrie / HAIF+DGF	Hannover
03.-04.11.	21. Augsburger Intensivpflegetage <a href="http://www.mcn-nuernberg.de">www.mcn-nuernberg.de</a>	Augsburg
04.11.	11. Hannöverscher Anästhesiepflegetag / HAIF+DGF	Langenhagen
13.11.	Anästhesiepflege in der Schmerztherapie / HAIF+DGF	Hannover
01.-02.12.	23. Südwestdeutsche Anästhesietage <a href="http://www.mcn-nuernberg.de">www.mcn-nuernberg.de</a>	Mannheim
07.-09.12.	8. Stuttgarter Kinderanästhesietage <a href="http://www.mcn-nuernberg.de">www.mcn-nuernberg.de</a>	Fellbach
08.-09.12.	9. Nordd. Kongress für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin u.Schmerztherapie / Pflegesymposium <a href="http://www.mcn-nuernberg.de">www.mcn-nuernberg.de</a>	Hamburg

## SIGA-VORSTAND / COMITÉ DE LA FSIA

<b>Präsident/Président</b> .....	<b>Marcel Künzler</b> , Fehraltorf
<b>Vize-Präsident/Vice-présidente</b> .....	<b>Martin Müller</b> , Riedholz
<b>Aktuar</b> .....	<b>Markus Bütschi-Fässler</b> , Gümmenen
<b>Kassier/Caissier</b> .....	<b>Christian Garriz</b> , Zürich
<b>Beisitzer</b> .....	<b>Mariateresa De Vito Woods</b> , Bern <b>Susanne Gross</b> , Suhr <b>Magnin François</b> , Villars-sur-glâne FR
<b>Delegierte Zentralvorstand SBK</b> .....	<b>Mariateresa De Vito Woods</b> , Bern
<b>Delegierter IVR/Déléguée nationale de IAS</b> .....	<b>Markus Hebeisen</b> , Wil
<b>IFNA-Landesdelegierter/Déléguée nationale de l'IFNA</b> ...	<b>Karsten Boden</b> , Fislisbach

### Impressum:

#### **Redaktion/Rédaction:**

**Martin Müller**

Bürgerspital Solothurn

4500 Solothurn

Telefon 032 627 40 43

medien@sig-fsia.ch

**Yvonne Huber**

**Luzia Vetter**

**Martin Salzmann**

**Céline Schäfer**

#### **Inseratenannahme/Annonces:**

**Peter Siegfried**

Cunzstrasse 33

CH-9016 St. Gallen

Telefon privat 071 288 33 90

Telefon Arbeitsplatz 071 494 14 92

psiegfried@sig-fsia.ch

inserat@sig-fsia.ch

#### **Druck und Versand/**

#### **Impression et envoi**

Druckerei Drage GmbH

Hohenemserstrasse 29

CH-9444 Diepoldsau

#### **Administration, Mitgliederwesen/ Édition et encaissement**

**Christian Garriz**

In der Fadmatt 57

CH-8902 Urdorf

Telefon/Telefax 01 735 26 31

chgarriz@sig-fsia.ch

#### **Auflage/Tirage**

WEMF-beglaubigte Auflage:

2374 Exemplare/explaires 2004

Jahrgang 30/Heft N.3/2006

#### **erscheint/paraît**

(4x jährlich)

#### **Abonnement/Abonnement**

für SIGA-Mitglieder gratis

pour membres FSIA gratuit

andere/autres SFr. 50.–

jährlich/par an

Ausland/étranger SFr. 65.–

jährlich/par an

#### **Gerichtsstand/Fors juridique**

Bern/Berne

#### **Copyright**

Abdruck oder sonstige Übernahme  
von Artikeln - auch Auszugsweise -  
oder Illustrationen nur nach Abspra-  
che mit der Redaktion

Une copie de ce journal, même  
partielle, n'est autorisée qu'après  
accord de la redaction



**Schweizer  
Paraplegiker  
Zentrum**

**Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) Nottwil ist ein Akutspital und eine Rehabilitationsklinik für Querschnittgelähmte sowie ein Begegnungs- und Rollstuhlsportzentrum.**

Im Institut für Anästhesiologie / Schmerzlinik Nottwil (IfAS) kommen alle modernen Anästhesieformen sowie das gesamte Spektrum der modernen interdisziplinären, multimodalen Schmerztherapie zur Anwendung.

Wir suchen per 1. Oktober 2006 oder nach Vereinbarung eine kommunikationsstarke, lösungsorientierte sowie innovative Persönlichkeit als

## **Leiter/in Gesamtpflege Anästhesiologie/Schmerzlinik**

### **Hauptaufgaben**

- Betriebliche und personelle Pflegeleitung IfAS
- Planung des Tagesgeschäftes und Gewährleistung einer optimalen Qualität mit fachlicher Unterstützung von neun Anästhesiepflegefachpersonen und drei Med. Praxisassistentinnen
- Unterstützung im Team bei Anästhesietätigkeit, Patientenbetreuung und interventionellen Eingriffen
- Übernahme von Pikettdienst (kein Schichtbetrieb) im Rahmen des 24-Stunden-Erstversorgungskonzeptes des SPZ

### **Anforderungsprofil**

Sie verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung in der Anästhesiepflege sowie mehrjährige Berufs- und Führungserfahrung. Idealerweise haben Sie eine Managementausbildung absolviert. Im Denken und Handeln zeigen Sie sich transparent und sind ein Organisationstalent mit ausgeprägter Teamorientierung. Erforderlich ist zudem die Fähigkeit den Führungsauftrag im Zusammenhang des ganzen Instituts sowie des Gesamtbetriebes zu sehen.

### **Angebot**

Wir bieten Ihnen viel Handlungsspielraum im Rahmen von klaren Zielvereinbarungen, eine entwicklungsfähige Tätigkeit in einer fortschrittlichen und innovativen Infrastruktur mit attraktiven Arbeits- und Anstellungsbedingungen. Sie können auf die Unterstützung der anderen Kaderpersonen des IfAS sowie der Pflegedienstleitung zählen. Wir legen Wert auf die berufliche und persönliche Entwicklung, welche durch zahlreiche Angebote gefördert wird.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Dr. Wolfgang Schleizer, Chefarzt Anästhesiologie und Schmerzlinik, Tel. 041 939 49 10 oder Mechtild Willi Studer, Leiterin Pflegedienst, Tel. 041 939 53 52, gerne zur Verfügung.

Interessiert? Dann freuen wir uns auf Ihre schriftliche Bewerbung.

### **Schweizer Paraplegiker-Zentrum**

Daniela Burri, HR-Verantwortliche, 6207 Nottwil  
Telefon 041 939 57 74

[www.paranet.ch](http://www.paranet.ch)  
[www.schmerz-nottwil.ch](http://www.schmerz-nottwil.ch)

# Update ACLS-Richtlinien 2005 – Was empfiehlt der SRC?

---

Download der SRC Website

Für die National ACLS Faculty AHA-SGNOR:

PD Dr. Joseph J. Osterwalder, Chefarzt Zentrale Notfallaufnahme, Kantonsspital St.Gallen  
Dr. Dieter von Ow, Stv. Chefarzt Zentrale Notfallaufnahme, Kantonsspital St.Gallen  
Dr. Peter Gerecke, Leitender Arzt, Anästhesie, Bruderholzspital Basel  
Dr. Martin Luginbühl, Leitender Arzt, Klinik und Polyklinik für Anästhesiologie, Inselspital Bern  
Prof. Dr. Erwin Oechslin, Director Toronto Congenital Cardiac Centre for Adults, Toronto  
General Hospital/University Health Network, Canada

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Joseph J. Osterwalder MPH  
Chefarzt Zentrale Notfallaufnahme  
Kantonsspital St.Gallen  
CH-9007 St.Gallen  
Telefon 0041 71 494 36 00  
E-Mail joseph.osterwalder@kssg.ch

## **Einleitung**

Seit 1994 bietet die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) die 1975 in den USA eingeführten Advanced Cardiovascular Life Support Kurse (ACLS) der American Heart Association (AHA) an. Das europäische Kurswesen war damals noch nicht ausgebaut. Weil die beiden Organisationen AHA und European Resuscitation Council (ERC) leider auch im Jahre 2005 nicht zueinander gefunden haben, ist derzeit bei den ACLS-Kursen ein Wechsel zum ERC weder organisatorisch noch finanziell möglich. Zudem sind die AHA, das American College of Cardiology (ACC) und die European Society of Cardiology (ESC) die wichtigsten Organisationen, welche teils gemeinsame Richtlinien und Empfehlungen im kardiovaskulären Bereich publizieren. Dies sind die Gründe, weshalb sich der Swiss Resuscitation Council und die SGNOR (Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin) an den AHA-Richtlinien<sup>1</sup> orientieren, auch wenn nur geringfügige und unwesentliche Abweichungen zu den ILCOR- (International Liaison Committee on Resuscitation)<sup>2</sup> und den ERC-Richtlinien<sup>3</sup> bestehen. Dem eiligen Leser, der die Hintergründe dieser Änderungen und Neuerungen kennen lernen will, empfehlen wir zudem die Zusammenfassung der Guidelines 2005 in der Winterausgabe des Current.<sup>4</sup> Der vorliegende Update beschreibt die wichtigsten ACLS-Änderungen und –Neuerungen. Obwohl die Auswahl der diagnostisch-therapeutischen Massnahmen weiterhin auf möglichst evidenzbasierten Kriterien beruht, fehlen teilweise die bekannten Empfehlungsklassen für verschiedene Neuerungen und Änderungen.

### **1. Grundlegende Empfehlungen**

#### **1.1. Im Zentrum steht die Durchführung qualitativ hochstehender Basismassnahmen und minimale Unterbrüche der Thoraxkompressionen**

Neue Empfehlung: ACLS-Massnahmen können nur wirksam sein, wenn korrekte Basismassnahmen [Basic Life Support (BLS): Thoraxkompressionen und Beatmung] auf einem qualitativ hochstehenden Niveau durchgeführt und Unterbrüche möglichst vermieden werden. Die wesentlichen Änderungen im ACLS zielen daher darauf hin, Thoraxkompressionspausen bedingt durch Rhythmus-Pulskontrolle oder ACLS-Behandlungen auf ein absolutes Minimum zu beschränken.

Bisherige Empfehlung: Keine, ausser dass die Intubationsphase nicht länger als 30 Sekunden dauern durfte.

#### **1.2. Schaffung medizinischer Notfallteams in den Spitälern**

Neue Empfehlung: Die Schaffung von speziellen Teams, bestehend aus einem Arzt und einer Pflegeperson mit intensiv- oder notfallmedizinischer Ausbildung, soll instabile Spitalpatienten früh erkennen und einen drohenden Kreislaufstillstand wenn möglich verhindern. Diese Notfallteams werden durch das betreuende Personal zu kritischen Patienten auf Bettenstationen gerufen. Dabei können sogenannte "Frühwarnscores", welche einen bevorstehenden Kreislaufstillstand frühzeitig anzeigen, besonders hilfreich sein. In der Schweiz verfügen praktisch alle grösseren Spitäler über Reanimationsteams, welche hauptsächlich von Anästhesisten oder Intensivmedizinern geführt werden, jedoch nicht über sogenannte Früherkennungsteams.

los beatmen lässt, darf bis zur Rückkehr des spontanen Kreislaufs mit der Intubation (Klasse IIb-Empfehlung) zugewartet werden.

Bisherige Empfehlung: Intubation nur durch gut ausgebildete Medizinalpersonen mit regelmässiger Übung, wenn immer möglich zu Beginn des sekundären ABCD.

### 2.2.2. Tiefere Ventilationsfrequenz bei intubierten Patienten

Neue Empfehlung: Bei intubierten Patienten beträgt die Ventilationsfrequenz nur noch 8-10 Beatmungen pro Minute, d.h. eine Beatmung alle 6-8 Sekunden. Schnellere Frequenzen sind unnötig, weil der Blutfluss durch die Lunge während den Thoraxkompressionen geringer ist als bei intaktem Kreislauf. Höhere Ventilationsraten wirken sich nachteilig aus, weil die Drucksteigerung im Thorax den venösen Rückfluss behindert.

Bisherige Empfehlung: Ventilationsfrequenz bei intubierten Patienten oder Patienten mit anderen invasiven Atemwegshilfen im Kreislaufstillstand sollte 10-12 pro Minute betragen.

### 2.2.3 Hilfsmittel zur Kontrolle der Tubuslage

Neue Empfehlung: Die korrekte Lage des Tubus soll nicht nur klinisch, sondern zusätzlich mithilfe des expiratorischen CO<sub>2</sub> (ETCO<sub>2</sub>) oder Oesophagusdetektor unmittelbar nach Intubation oder Umlagerung überprüft werden (Klasse IIa-Empfehlung). Sie ist eine primäre und keine sekundäre Massnahme.

Bisherige Empfehlung: Die Überprüfung der korrekten Tubuslage mittels ETCO<sub>2</sub> und Oesophagusdetektor war eine sekundäre Massnahme.

### 2.2.4. Respiratoren

Neue Empfehlung: Manuell getriggerte-flusslimitierte und automatische Respiratoren können bei intubierten Patienten oder Patienten mit anderen invasiven Atemwegshilfen im Kreislaufstillstand durchaus Sinn machen.

Bisherige Empfehlung: Respiratoren wurden nicht empfohlen.

## 2.3. Defibrillation

### 2.3.1. Thoraxkompressionen vor Defibrillation bei unbeobachtetem Kreislaufstillstand

Neue Empfehlung: Bei unbeobachtetem Kreislaufstillstand wegen Kammerflimmern/pulsloser Kammertachykardie oder beim Kreislaufstillstand mit einem Zeitintervall von über 4-5 Minuten vom Kollaps bis zum Eintreffen des Defibrillators soll vor der Defibrillation mit BLS begonnen werden und zwar mit 5 Zyklen à je 30



Thoraxkompressionen und 2 Ventilationen. Untersuchungen für oder gegen ein identisches Vorgehen bei hospitalisierten Patienten fehlen noch.

Bisherige Empfehlung: In allen Fällen unverzügliche Defibrillation

### 2.3.2. **Einmal-Defibrillation mit sofortiger Weiterführung von Thoraxkompressionen und Beatmung unmittelbar nach der Defibrillation ohne Rhythmus- und gegebenenfalls Pulskontrolle**

Neue Empfehlung: Anstelle der bisherigen 3-Defibrillations-Sequenz tritt die **Einmaldefibrillation**. Zudem soll man nach erfolgter Defibrillation unverzüglich mit Thoraxkompressionen fortfahren, ohne den Rhythmus und gegebenenfalls den Puls zu überprüfen. Erst nach 5 Zyklen Thoraxkompression und Ventilation, d.h. nach ca. 2 Minuten, erfolgt die Rhythmus- und gegebenenfalls die Pulskontrolle (Klasse IIa-Empfehlung).

Bei hospitalisierten Patienten mit kontinuierlichem Monitoring, z.B. Häodynamik kann die Rhythmus- und gegebenenfalls die Pulskontrolle unmittelbar auf die Defibrillation folgen.

Die Richtlinien enthalten leider keine Angaben zum konkreten Vorgehen nach Defibrillation und anstehender Adrenalingabe oder in Erwägung gezogenen Antiarrhythmika. Dieses Problem wurde auch am Roll-out in Dallas (Januar 2006) aufgebracht. Bis dazu konkrete Präzisierungen vorliegen, empfehlen wir die Rhythmus- und gegebenenfalls die Pulskontrolle vor dem Einsatz von Adrenalin oder erwogenen Antiarrhythmika.

Bisherige Empfehlung: Sequenzen von 3 Defibrillationen mit anschließender obligatorischer Rhythmus- und gegebenenfalls Pulskontrolle.

### 2.3.3. **Thoraxkompressionen während der Aufladephase**

Neue Empfehlung: Man soll während der Aufladephase des Defibrillators mit Thoraxkompressionen fortfahren.

Bisherige Empfehlung: Patient während der Aufladephase nicht berühren und keine Thoraxkompressionen durchführen.

### 2.3.4. **Energie-Wahl für die Defibrillation**

#### 2.3.4.1. **Monophasische Defibrillatoren**

Neue Empfehlung: Bei monophasischen Defibrillatoren wird nur noch mit einer Energie, nämlich 360 Joules gearbeitet.

Bisherige Empfehlung: Eskalierende Dosis beginnend mit 200 Joules, 200 – 360 Joules, 360 Joules.

### 2.3.4.2. **Biphasische Defibrillatoren**

Neue Empfehlung: Bei biphasischen Defibrillatoren hängt die Energiehöhe von der Stromkurve ab. Die gestutzt-exponentiale Kurve beginnt mit 150 – 200 Joules und die rechteckig-lineare Kurve mit 120 Joules. Die Energie für die zweite Defibrillation kann identisch bleiben oder erhöht werden. Bei unbekannter Stromkurve oder fehlenden Empfehlungen des Herstellers soll man mit 200 Joules defibrillieren.

Bisherige Empfehlung: Keine spezifische Dosierung für biphasische Defibrillatoren, welche nach Stromkurve differenziert.

## 2.4. **Medikamentöse Therapie**

Im Gegensatz zu den vorangehenden Massnahmen ändert sich hier wenig.

### 2.4.1. **Intravenöser und intraossärer Zugang bevorzugt gegenüber endotrachealer Applikation**

Neue Empfehlung: Die erste Alternative für einen intravenösen Zugang ist die intraossäre Leitung (Klasse IIa-Empfehlung). Die Nadel wird beim Erwachsenen am Malleolus medialis zwischen Metaphyse und Diaphyse gesteckt. Erst an dritter Stelle kommt die Gabe durch den Tubus. Dabei soll die endobronchiale Injektion keine Vorteile gegenüber der endotrachealen haben.

Bisherige Empfehlung: Erste Alternative für einen i.v.-Zugang war die endotracheale Applikation von Medikamenten.

### 2.4.2. **Timing der Vasopressoren und Antiarrhythmika** (s. Abb. 2 und 3)

2.4.2.1. Neue Empfehlung: Im Falle eines defibrillationswürdigen Rhythmus ist die Injektion eines Vasopressors sobald als möglich nach der ersten Defibrillation oder bei PEA oder Asystolie nach der ersten BLS-Sequenz indiziert. Wiederholung alle 3-5 Minuten.

Bisherige Empfehlung: Vasopressoren wurden im C des sekundären ABCD appliziert und alle 3-5 Minuten wiederholt.

2.4.2.2. Neue Empfehlung: Die Antiarrhythmika werden nach der zweiten Defibrillation und Gabe eines Vasopressors in Betracht gezogen. Amiodarone hat Priorität. Sollte Amiodarone nicht verfügbar sein, kann Lidocain eingesetzt werden.

Bisherige Empfehlung: Amiodarone (Klasse IIb-Empfehlung) oder Lidocain (Klasse indeterminant) nach vierter Defibrillation oder zweiter Defibrillationssequenz und vorheriger Gabe von Adrenalin in Erwägung ziehen.

2.4.2.3. Neue Empfehlung: Vasopressoren und indizierte Antiarrhythmika sollen während den BLS-Massnahmen, d.h. ohne Unterbrechung von Thoraxkompressionen und Ventilation, appliziert werden und sich in die zweiminütigen BLS-Zyklen der zwei Hauptwege im ACLS Algorithmus "Kreislaufstillstand" einfügen. Es spielt keine Rolle, ob die Medikamente vor oder nach Schockgabe appliziert werden.

Bisherige Empfehlung: Im Anschluss an die Medikamentengabe je nach Algorithmus Fortfahren mit 1 oder 3 Minuten BLS, gefolgt von Rhythmus-Pulskontrolle und falls angezeigt Defibrillation mit erneuter Rhythmus-Pulskontrolle und Wiederholung der Schleife mit oder ohne Defibrillation.

### 2.4.3. **Standard Adrenalin**

Neue Empfehlung: Trotz fehlenden Placebo-kontrollierten Studien bleibt Adrenalin der Vasopressor der Wahl. Die Evidenz für oder gegen den Einsatz von Vasopressin als Alternative oder in Kombination mit Adrenalin ist derzeit noch ungenügend. Vasopressin kann jedoch beim Kammerflimmern/pulsloser Kammertachykardie, Asystolie und PEA einmalig eine Adrenalindosis ersetzen. Vasopressin ist allerdings in der Schweiz nicht zugelassen.

Bisherige Empfehlung: Vasopressin als Alternative wurde nur beim Kammerflimmern/pulsloser Kammertachykardie empfohlen.

### 2.4.4. **Kein Pacing bei Asystolie**

Neue Empfehlung: Kein Pacing mehr bei Asystolie.

Bisherige Empfehlung: Bei beobachteter Asystolie Pacing erwägen; ohne Verzögerung anwenden.

## 2.5. **Postreanimationsmassnahmen**

Neue Empfehlung: Komatöse Patienten mit Rückkehr des spontanen Kreislaufes nach Kreislaufstillstand ausserhalb des Spitals sollen für 12-24 Stunden auf 32-34° C abgekühlt werden, wenn der initiale Rhythmus ein Kammerflimmern oder eine pulslose Kammertachykardie war (Klasse IIa-Empfehlung) bzw. nach Asystolie oder PEA (Klasse IIb-Empfehlung). Die milde Hypothermie wird auch empfohlen für Patienten nach Kreislaufstillstand im Spital, unabhängig vom initialen EKG-Rhythmus (Klasse IIb-Empfehlung).

Bisherige Empfehlung: Milde Hypothermie war im Jahr 2000 eine Klasse IIb-Empfehlung. Eine aktive Abkühlung wurde nicht empfohlen (Klasse indeterminant). Im Jahr 2002 erfolgte ein Interims-ILCOR-Statement, welches die therapeutische Hypothermie unterstützte.

### 3. **Periarrest-Situationen**

Die Periarrest-Situationen umfassen symptomatische Bradykardien und Tachykardien.

#### 3.1. **Symptomatische Bradykardien**

Neue Empfehlung: Ohne Verzögerung transkutanes Pacing für höhergradige Blockierungen vorbereiten. Atropin 0.5mg i.v. erwägen, während man auf den Schrittmacher wartet. Maximaldosis: 3mg. Falls Atropin und/oder Pacing ineffektiv, Adrenalin-Infusionen (2-10 mcg/kg/min.) oder Dopamin-Infusion (2-10 mcg/kg/min.) erwägen. Isoproterenol wurde vollständig aus dem Algorithmus gestrichen.

Bisherige Empfehlung: Ohne Verzögerung transkutanes Pacing für höhergradige Blockierungen vorbereiten. Atropin 0.5 – 1mg i.v. Alternative Erwägungen dazu: Dopamin, dann Epinephrin in der oben erwähnten Dosierung oder Isoproterenol.

#### 3.2. **Tachykardien**

Neue Empfehlung: Die Tachykardien sind in einem einzigen Algorithmus zusammengefasst. Dadurch entsteht eine Vereinfachung. Bezüglich Vorgehen und Therapie hat sich jedoch nichts geändert.

Bisherige Empfehlung: Es bestanden mehrere Algorithmen. Dabei unterschied man in Behandlungen für Patienten mit adäquater Auswurfraction bzw. fehlenden Zeichen der Herzinsuffizienz und in Behandlungen für Patienten mit verminderter Auswurfraction (EF < 40%) bzw. Zeichen der Herzinsuffizienz.

### 4. **Akutes koronares Syndrom**

Die Fortschritte in der Behandlung des akuten koronaren Syndroms werden in den von der ACC/AHA und ESC publizierten Richtlinien und Empfehlungen periodisch aktualisiert. Diese Publikationen finden sich unter [www.acc.org](http://www.acc.org) und [www.escardio.org](http://www.escardio.org)

### 5. **Schlaganfall**

Im Zentrum stehen neue Erkenntnisse bezüglich tPA-Applikation sowie die Bedeutung der Stroke-Units.

#### 5.1. **Differenzierter Einsatz von tPA**

Neue Empfehlung: Die Applikation von tPA bei Patienten, welche die NINDS-Kriterien (National Institute of Neurologic Disorder and Stroke) erfüllen, wird empfohlen, wenn ein institutionelles "Commitment" und ein erfahrenes Team zur Verfügung stehen sowie die Applikation im Rahmen eines klar definierten Protokolls erfolgt (Klasse I-Empfehlung).

Bisherige Empfehlung: tPA-Behandlung war indiziert bei sorgfältig ausgewählten Patienten, bei welchen keine Kontraindikationen gegen Fibrinolytika vorlagen und

das Medikament innerhalb von 3 Stunden nach Auftreten des Schlaganfalls appliziert werden konnte (Klasse I-Empfehlung).

## 5.2. **Stroke-Units**

Neue Empfehlung: Wenn immer möglich, sollen Patienten in einem Zentrum mit einer Stroke-Unit hospitalisiert werden (Klasse I).

Bisherige Empfehlung: Stroke-Units wurden in den Guidelines 2000 nicht erwähnt.

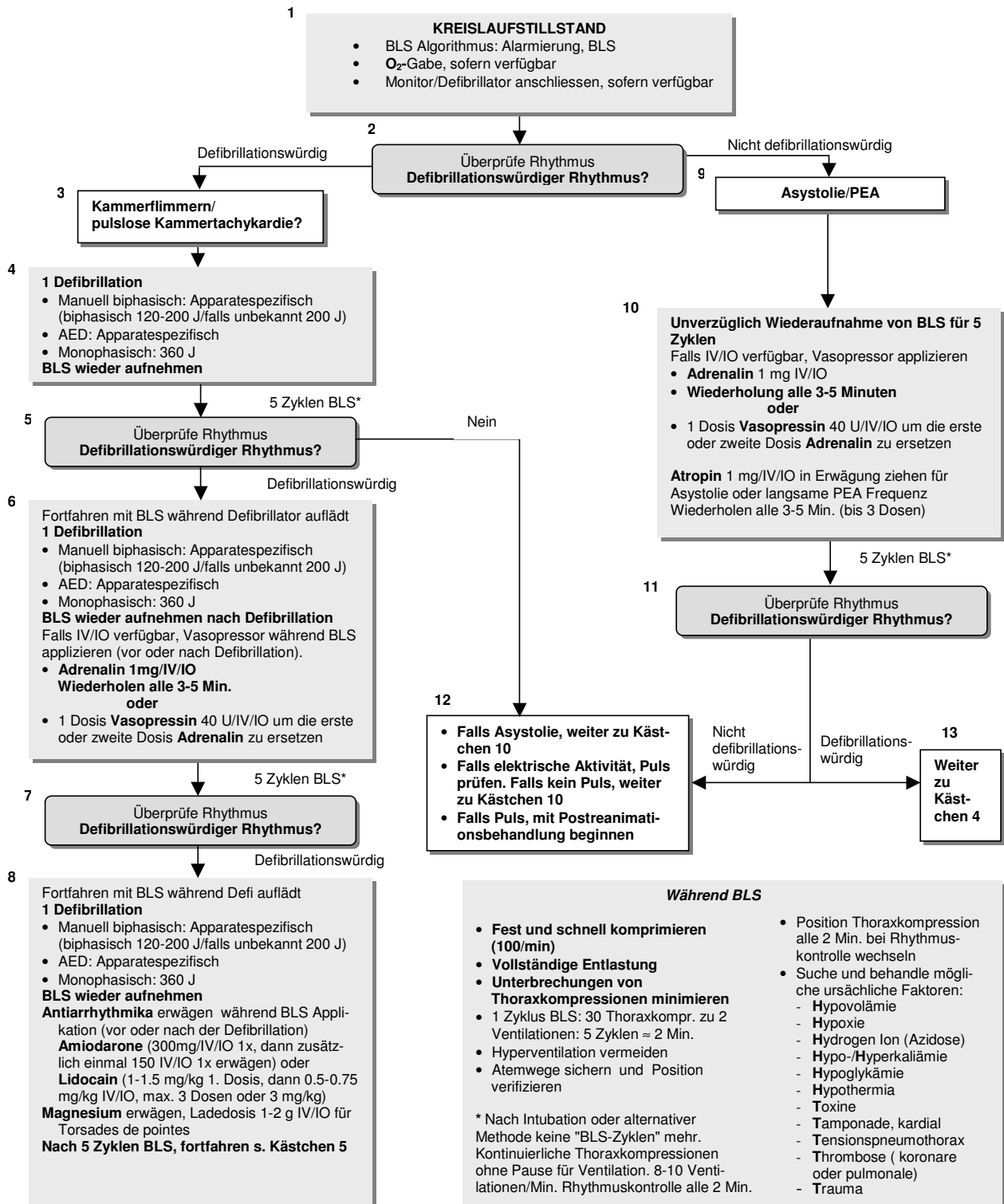
## 5.3. **Weitere Empfehlungen**

Neu wurde die Liste der Kontraindikationen für Fibrinolytika und das Management von Hypertonien modifiziert. Beide stimmen jetzt mit den neuen Empfehlungen der American Stroke Association überein. Schliesslich werden auch die Resultate von neuen Studien der Intensivmedizin berücksichtigt, welche eine Senkung des Blutzuckerspiegels empfehlen, wenn er 10 mmol/L überschreitet.

## 6. **Literatur**

1. American Heart Association in Collaboration with International Liaison Committee on Resuscitation. Guidelines 2005 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2005;112:IV-1-IV-211  
[www.americanheart.org/eccguidelines](http://www.americanheart.org/eccguidelines)
2. International Liaison Committee on Resuscitation. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation 2005;112:III-1 – III-136  
Resuscitation 2005;67:157-341
3. European Resuscitation Council. ERC Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation 2005;67:S1-S189  
[www.erc.edu](http://www.erc.edu)
4. American Heart Association. Highlights of 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Currents 2005-2006;16(4):1-27  
[www.americanheart.org/cpr](http://www.americanheart.org/cpr)

## ACLS-Algorithmus: Kreislaufstillstand



Ein Blutgasspezialist bringt nicht nur Neuigkeiten, er bringt ...

# Innovationen



## safePICO

Barcodierter Probennehmer mit Nadelschutz und integrierter Mischkugel



## FLEXQ

Gleichzeitiges Einlesen, Mischen, Messen und Datensenden von bis zu 3 Proben - Vollautomatisch



## 1st Automatic

spitalweite Sicherheit gegen Probenvertauschung dank eindeutiger Verknüpfung von Probennehmer und Patient



## Creatinine

Schnell, einfach und sicher  
Creatinine mit dem ABL800 FLEX bestimmen



## ABL800 FLEX

Der neue tragbare, kassettens-basierte Analysator mit intuitiver Benutzeroberfläche



**Besuchen Sie uns auf der IFAS 2006  
und lassen Sie sich von unseren Konzepten überzeugen.**

vom 24. - 27. Oktober 2006 im Messezentrum Zürich  
Halle 1, Stand 147



# S/5 Avance Anästhesie-Arbeitsplatz Station d'anesthésie



## Hervorragende Ventilation während der Anästhesie

Der SmartVent Ventilator verwendet ein Gaszufuhrsystem, ähnlich dem der meisten Intensiv-Ventilatoren, jedoch ist dieses auf die speziellen Bedürfnisse der Anästhesie abgestimmt. Die Bedienung des Systems erfolgt einfach über unsere intuitive Datex-Ohmeda Bedienoberfläche. Die neuesten Beatmungsformen des SmartVent, SIMV mit Druckunterstützung und PSVPro® (Druckunterstützung mit Apnoe-Backup-Modus), erweitern das klinische Einsatzgebiet des S/5 Avance und unterstützen Sie, die Beatmung an die Bedürfnisse Ihrer Patienten anzupassen. Einstell-barer Flowtrigger, elektronischer PEEP und Apnoe-Backup-Modus erleichtern, in Verbindung mit SIMV und PSVPro Modi, die Unterstützung spontanatmender Patienten. Pädiatrische Patienten, Patienten mit Larynxmasken (LMAs) sowie Patienten, die bestimmte Anästhetika nicht vertragen, sind nur einige Beispiele für Patienten, die vom Einsatz dieser Beatmungsformen Nutzen tragen.



## Le meilleur en ventilation sous anesthésie, tout simplement

Le SmartVent utilise un système d'administration des gaz similaire à celui rencontré sur la plupart des ventilateurs de réanimation, mais il a été spécifiquement adapté aux applications d'anesthésie et est facilement contrôlé par l'intermédiaire de notre interface utilisateur intuitive Datex-Ohmeda. Les derniers modes du SmartVent, ventilation assistée contrôlée intermittente (VACI) avec aide inspiratoire et PSVPro® (ventilation d'aide inspiratoire avec mode apnée), étendent les capacités cliniques de la station de soins Avance pour contribuer à répondre aux besoins des patients. Grâce à un seuil de déclenchement de débit ajustable, à la PEP électronique et à un mode d'assistance en cas d'apnée, les modes VACI et PSVPro aident à simplifier le travail des soins pour vos patients respirant spontanément. Les patients pédiatriques, les patients porteurs d'un masque laryngé et ceux ne tolérant pas certains agents anesthésiques sont autant d'exemples de patients pouvant bénéficier de l'utilisation de ces modes.

### ANANDIC MEDICAL SYSTEMS AG/SA

Postfach 333, CH-8253 Diessenhofen  
Büros in Lausanne und Bern/Oberwangen  
Phone (+41) 0848 800 900 info@anandic.com  
Fax (+41) 0848 845 855 www.anandic.com

