

ANÄSTHESIE JOURNAL **ANESTHESIE JOURNALE** **2/2005**

**besondere
Herausforderungen**

Die vernetzte Gesamtlösung zur Blutgas-Messung

Datenmanagement inklusive automatische Qualitätskontrolle und Fernwartung



Roche OMNI C

- Blutgase
- Elektrolyte
- tHb / SO₂



Roche OMNI S

- Blutgase
- Elektrolyte
- Metabolite
- Co-Oximetrie
- Bilirubin



Diagnostics

Roche Diagnostics (Schweiz) AG
Hospital Solutions
6343 Rotkreuz
www.roche-diagnostics.ch



Liebe Leserinnen und Leser,

für die aktuelle Ausgabe des SIGA-Journals haben wir den Titel «besondere Herausforderungen» gewählt.

Der Artikel der Autoren Brigitte Blum und Lars Egger befasst sich mit dem Thema Ethik im Anästhesie-Alltag. Die beiden Autoren vom Inselspital haben sich in ihrer Klinik Gedanken über die Ethik gemacht und dies zu Papier gebracht. Dieses Thema ist sicherlich nicht nur in grossen Spitälern aktuell und die Guideline animiert sicher, zur Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Eine andere besondere Herausforderung in der Anästhesie lernte Daniel Bartholome im letzten Jahr kennen: Er begab sich als Freiwilliger für ein halbes Jahr in den Dienst der Swisscoy (KFOR) und leistete einen Einsatz im Kosovo. Daniel war einst ein sehr aktiver Redakteur des Journals und weiss immer noch, wie spannende Artikel verfasst werden. Es sei

bemerkt, dass dieser Artikel im November 2004 verfasst worden ist und daher die aktuellen politischen Entwicklungen im Kosovo nicht beinhaltet.

An dieser Stelle bedanken wir uns als Medienkommission bei allen Autoren für ihre Beiträge ganz herzlich.

Ein besondere Herausforderung stellt für uns alle auch die SIGA dar. Wird doch von allen Beteiligten mit viel Herzblut und Einsatz gearbeitet, da es um wichtige Entwicklungen in die Zukunft geht. Der Artikel aus dem Vorstand, die Arbeit der Kommissionen, die angeregte HV sind Ausdruck dafür.

Eine weitere Herausforderung nehmen die Organisatoren des Herbstkongress ende Oktober an, indem sie zum ersten Mal einen gemeinsamen Kongress für verschiedene Berufsgruppen (Pflegefachpersonen aus Operationspflege, Intensivpflege und Anästhesiepflege) durchführen.

Nun wünsche ich Euch viel Vergnügen mit unserem Journal, einen schönen, erholsamen Sommer und...

...das nächste Journal steht unter dem Oberbegriff «Sicherheit». Wen also während dem langen Sommerurlaub die Langeweile überfällt, kann uns gerne einen Artikel zu diesem Thema zukommen lassen (medien@sig-fsia.ch) oder diesbezüglich mit einem Mitglied der Medienkommission Kontakt aufnehmen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die Frühlingsfortbildung und somit auch die Hauptversammlung 2005 gehören bereits der Vergangenheit an. Die Kolleginnen und Kollegen aus Aarau führten eine sehr interessante Fortbildung durch. Im Anschluss an die Fortbildung fand die diesjährige Hauptversammlung statt.

Gewisse Entscheide des Vorstands lösten bereits im Vorfeld der Hauptversammlung angeregte Diskussionen aus. Entsprechend lebendig ging es an der HV zu und her. Ich war erfreut zu sehen, wie viele (und engagierte) Mitglieder sich daran beteiligten.

Für den Vorstand hat im Moment das Berufsbild erste Priorität. Das Vernehmlassungsverfahren wurde bis zum 15. Juli 2005 verlängert. Diese Zeit brauchten wir, um das Berufsbild in französische und italienische übersetzen zu lassen. Alle drei Versionen sind auf unserer Homepage verfügbar. Ebenfalls ist auf der Homepage ein Diskussionsforum eingerichtet worden, das bereits Einträge enthält.

Ich möchte alle ermuntern, sich aktiv an den Diskussionen auf der Homepage zu beteiligen (www.sig-fsia.ch).

Ein weiterer grosser Diskussionspunkt waren die geplanten Umstrukturierungen. Tatsache ist, dass unsere Kommissionen zu gross sind und dass untereinander zu wenig kommuniziert wird. Der Vorstand hat sich deshalb Gedanken über das weitere Vorgehen gemacht. Ich möchte folgende Punkte explizit festhalten:

- Die Kommissionen haben bis anhin gut gearbeitet und werden nicht «abgeschafft»
- Niemand, der sich in einer Kommission engagiert muss diese verlassen
- Es sind alle angehalten, sich über ein zukünftiges Organigramm Gedanken zu machen (ein ersten Vorschlag legte der Vorstand an der HV vor)

Der Vorstand hofft, dass wir alle an einem Strick ziehen und dass wir mit Vorschlägen zum Berufsbild und Ideen zur Umstrukturierung überschwemmt werden. Bitte sucht den Kontakt zu den Kommissionen und zu den Vorstandsmitgliedern.

Martin Müller
Vizepräsident SIGA-FSIA



SEVOFLURAN
SCHNELLE UND ZUVERLÄSSIGE NARKOSESTEUERUNG

*Das Anästhetikum
für hospitalisierte und ambulante Patienten
jeder Altersgruppe*



*Schnell und
kontrollierbar
durch alle Phasen
der Narkose*



Abbott AG, Neuhofstrasse 23, 6341 Baar

Kurzinformation Sevorane (Sevofluran): Inhalationsanästhetikum. **Zusammensetzung:** Sevorane besteht aus reinem Sevofluran (Fluoromethyl-2,2,2-trifluoro-1-(trifluoromethyl)-ethylether). **Indikation:** Einleitung und Erhaltung einer Allgemeinanästhesie. **Dosierung:** Individuell nach gewünschtem Effekt, je nach Alter und Allgemeinzustand. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber halogenierten Substanzen, genetische Anfälligkeit für maligne Hyperthermie. **Vorsichtsmassnahmen:** Die Möglichkeit von Hypotonie, myokardialer Ischämie oder maligner Hyperthermie sollte wie bei anderen Inhalationsanästhetika in Betracht gezogen werden. Vorsicht bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen und Disposition für einen erhöhten Intrakranialdruck. Schwangerschaftskategorie B. **Unerwünschte Wirkungen:** Kardiopulmonale Depression (dosisabhängig), Übelkeit, Erbrechen, vermehrter Husten, Hypotonie, Schläfrigkeit. **Interaktionen:** Benzodiazepine, Opioide, Lachgas, Muskelrelaxantien. **Sonstige Hinweise:** Nur mit speziell kalibriertem Verdampfer anwenden. **Packungen:** Flaschen zu 250 ml (B). Vor Gebrauch konsultieren Sie bitte die ausführlichen Angaben im Arzneimittelkompendium der Schweiz.



Ethik im anästhesiologischen Alltag Lars Egger und Brigitte Blum	4
...mit der SWISSCOY im Kosovo Daniel Barthlomé	7
Weltkongress 2006 Lausanne (Präsentationsvorlage)	14
Geschichte der SIGA Zusammenfassung: Martin Müller	15
SIGA/FSIA Frühjahrskongress in Aarau Yvonne Huber und Martin Salzmann	17
Vorstand Adressen	19
Agenda/Impressum	21
Anmeldung für Neumitglieder	22
Quiz für Interessierte	23

Ethik im anästhesiologischen Alltag

Lars Egger, Brigitte Blum
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Inselspital Bern



Ethik: soweit wir die Medizin als schriftlich tradierte Disziplin kennen, hat sie sich immer auch zu den ethischen Aspekten ihrer Tätigkeit geäußert. Im Grunde ist die medizinische Ethik so alt wie die Medizin. In den modernen Industrienationen haben medizinethische Fragestellungen erst in den letzten Jahrzehnten eine breite Aufmerksamkeit erfahren. Ethik und Moral werden oft synonym behandelt¹. Der Begriff Ethik jedoch stammt aus dem Griechischen: Ethos bedeutet die ethische Wissenschaft, während Moral vom Lateinischen Mos abgeleitet ist und Sitte bzw. die Sitten im Sinne von moralischen Regeln bedeutet. Ethik ist als Teil der Philosophie zu betrachten - sie untersucht die menschliche Praxis im Hinblick auf ihre Moralität und versucht den Begriff Moralität zu begründen².

Anhand eines publizierten Fallbeispiels aus dem New England Journal of Medicine soll das Thema praxisnah illustriert werden:

Eine 81 jährige Patientin mit chronischer Niereninsuffizienz sucht drei Tage nach einer Episode von retrosternalen Thoraxschmerzen ihren Hausarzt auf. Dieser findet im 12-Ableitungs-EKG eine deutliche ST-Hebung und Q Wellen in den Ableitungen II, III und aVF. Die CK

entsprechen mit 274U/l und CK-MB von 23U/l unserer Vermutung, und schlussendlich bestätigt Tropnin I mit 50ng/ml die Diagnose: Myokardinfarkt. Die Patientin weist in der anschliessenden Koronardiagnostik eine Septumperforation inferoapical auf. Nach initial erfolgreicher chirurgischer Anlage eines ACB und Verschluss der Septumperforation, erleidet die Pat. am zweiten postsoperativen Tag einen Herzstillstand und kann trotz sofortiger Thorakotomie «bedside», also im Zimmer, nicht mehr erfolgreich reanimiert werden³.

Im anästhesiologischen Berufsalltag finden medizinisch-therapeutisch einschneidende Interventionen in geplanten und notfallmässigen Situationen mit zahlreichen Partnern aus verschiedensten medizinischen Disziplinen statt. Die medizinischen Fortschritte der letzten Jahre sind gewaltig. Die technischen Möglichkeiten werden immer ausgereifter und somit auch risikoärmer. Gleichzeitig stellen sich uns neue moralische Herausforderungen, die es zwangsläufig zu beantworten gilt. Dürfen wir mutmassen, dass der hippokratische Eid wieder vermehrt von der Frage der Schadenabwägung (Risikobeurteilung) nach dem Nutzen für den Patienten betrachtet werden sollte? Was ist dieser Nutzen: Lebensqualität? Lebensverlängerung? ...2 Tage, einige Wochen, Monate oder müssen es Jahre sein? Bedeutet dieser Nutzen grösstmögliche Autonomie oder Erhaltung des Status Quo? - Welche und wie viele Ressourcen teilen wir am Patientenbett in Absprache mit wem zu? ...dem behandelnden Kollegen? ...dem Pflegepersonal? ...den Angehörigen? ...dem Patienten selbst?

¹ Urban Wiesing, Ethik in der Medizin, Ein Reader, Reclam 2000

² Pieper A. 2. Auflage 1991 & 3. Auflage 1994, Einführung in die Ethik, UTB Francke, Tübingen

³ N engl J Med, Vol. 347, No. 17, October 24, 2002, www.nejm.org

Sie haben sicherlich schon oft Diskussionen als medizinische Fachperson (Arzt/Ärztin, Pflegende usw) geführt, die keineswegs einen einfachen Konsens anboten. Ethische Dilemata treten zunehmend häufiger auf. Fragen nach Sinn, Verhältnismässigkeit, Sozialverträglichkeit und Berufspflichten müssen erneut in interdisziplinären Fachgremien offen diskutiert werden.

Wir sind gefordert, nicht nur individuell an ethischen Aspekten zu arbeiten. Es gilt auch auf institutioneller Ebene eine Grundhaltung zu entwickeln. Diese muss transparent nach aussen kommuniziert sowie nachhaltig verankert und vertreten werden.

Nachhaltigkeit: die Zukunft stellt uns spannende und komplexe Aufgaben. Wie sollen und müssen wir die Mittel und technologischen Fortschritte verantwortungsvoll einsetzen? Wer kann das entscheiden? - Wer sollte oder muss das entscheiden: politische Instanzen? Fachkräfte? die Gesellschaft? Angehörige? Patientenverfügungen? Juristen?

Je tiefer wir uns mit Ethik beschäftigen, desto näher drängen sich auch moralische Aspekte auf. Ethik beinhaltet die metaphysische, theoretische Auseinandersetzung, Moral steht für den Umgang, die Umsetzung von ethischen Haltungen. Jede Handlung untersteht demzufolge einem moralischen Hintergrund.

Anästhesie als Spezialdisziplin für Kriseninterventionen bei vital bedrohlichen Ereignissen wird von uns heute oft als Dienstleistung und Service am Patienten ausgelegt. Wir sind gefordert, dieses Verständnis in Zukunft vermehrt auch in einen ethischen Kontext zu stellen. Unsere Kernaufgabe, das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten wiederherzustellen bzw. zu erhalten, kann dann auf morali-

schem Handeln aus einem gemeinsamen ethischen Verständnis erfolgen. Aus diesen Überlegungen wurden an unserer Klinik ethische Guidelines erarbeitet, die hier exemplarisch abgebildet werden.

Zielsetzung der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie:

Die Mitarbeitenden der KAS orientieren sich in ihrem Wirken an einer ethisch klaren Grundhaltung.

Ausgangslage:

Die anästhesiologische Dienstleistung ist häufig in Patientenprozesse involviert, die auf Grund einschneidender Operationen oder akut vital bedrohlicher Ereignisse verschiedenste komplexe, ethische Fragen aufwerfen. Die medizinischen und technischen Fortschritte schaffen zusätzlich immer neue Handlungsdimensionen. Den ethischen Spannungsfeldern zwischen den Interessen der Patienten, interdisziplinären Partnern und den persönlichen Wertvorstellungen muss Rechnung getragen werden.

Vorgehen:

Die vorliegenden Ethik-Richtlinien gelten für die Mitarbeitenden der KAS als Diskussionsgrundlage. Sie sollen in ethisch belastenden Situationen beachtet werden.

Ethische Guidelines der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie

Die Ethik-Guidelines der KAS orientieren sich an den allgemein anerkannten medizin-ethischen Prinzipien:

«Autonomie, Gutes tun, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit und Wahrheit»

Alle unsere Handlungen erfolgen unter Wahrung der Menschenwürde und Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten.

- Das Selbstbestimmungsrecht und der Wille des Patienten stehen über unseren Handlungen.

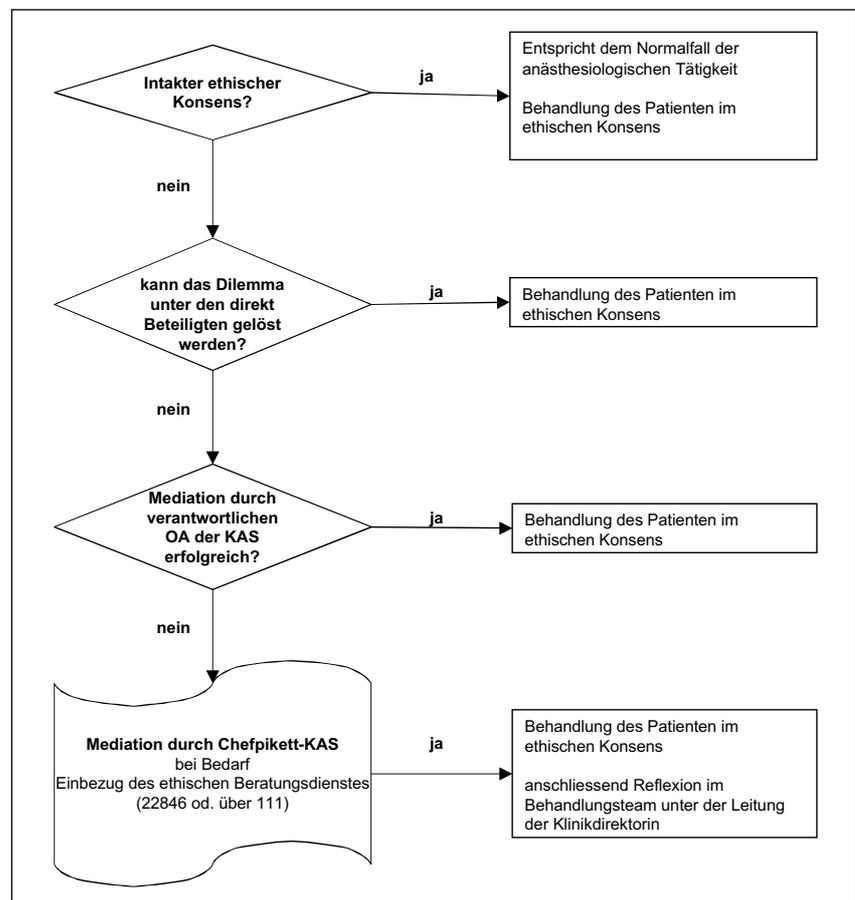
- Patienten werden während allen Phasen der anästhesiologischen Betreuung respektvoll behandelt.

- Patienten und ihre Bezugspersonen erhalten alle nötigen Informationen, um die Behandlungsmethoden zu verstehen und allfällige Entscheidungen bezüglich des weiteren Vorgehens treffen zu können.

- Sterbende Patienten begleiten wir in einer würdigen Umgebung. Ihre Integrität bleibt auch nach dem Tod unangetastet.

Die ethische Haltung aller ist zu beachten. In moralischen Konfliktsituationen wird eine ethische Reflexion zur Konsensfindung im Team angestrebt.

Abbildung 1 Vorgehen in der ethischen Entscheidungsfindung



Ethik ist eine anspruchsvolle Thematik, die nicht schriftlich bearbeitet werden kann. Sie muss gelebt und im Alltag erarbeitet werden. Die gedankliche Auseinandersetzung mit Ethik bedeutet auch die Konfrontation mit eigenen moralischen Vorstellungen, mit eigenen Werten und Handlungsmotiven. Wir wünschen ihnen in ihrer beruflichen Tätigkeit weiterhin viel Freude und Erfolg. Möge dieser Erfolg auf einer ethischen Grundhaltung basieren, die ihren Geschichten die richtige Moral verleiht.

Literatur:

Ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin, Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 1999

Ethische Grundsätze für die Pflege, Schweiz. Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, 1990

Ethik in der Pflegepraxis, Schweiz. Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, 2003

ICN Code of Ethics, International Council of Nursing. 2000

N engl J Med, Vol. 347, No. 17 • October 24, 2002 • www.nejm.org

Schweiz. Obligationenrecht S tandesordnung FMH; FMH, 1996

Blum, Egger, Rieder: Ethische Guidelines, KAS-Manual, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Inselspital Bern, 2004

Spichiger E., MSN: Ethik in der Akutmedizin, Sicht und Pflicht des Pflegepersonals, 2003

Urban Wiesing: Ethik in der Medizin, Ein Reader, Reclam 2000

Pieper A.: Einführung in die Ethik, UTB Francke, 2. Auflage 1991 & 3. Auflage 1994

Kantonales Spital Herisau

Der Spitalverbund AR umfasst die Spitäler Herisau und Heiden sowie das Psychiatrische Zentrum Herisau. Das Kantonale Spital Herisau gewährleistet als Akutspital die Grundversorgung der Region. Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir per 1. August 2005 oder nach Vereinbarung eine/n

Anästhesiefachfrau/-mann mit FA 100%

Wir bieten Ihnen einen abwechslungsreichen Arbeitsplatz in einem engagierten und motivierten Team. Neben den Tätigkeiten in der Anästhesie gehören Rettungsdienstseinsätze zu Ihren Aufgaben.

Wir erwarten von Ihnen eine hohe Flexibilität, Verantwortungsbewusstsein, Engagement und eine exakte Arbeitsweise. Sie haben bei uns die Möglichkeit, die Ausbildung zur Rettungssanitäter/in zu absolvieren.

Gerne sind wir bereit, Ihnen einen Schnuppertag zu ermöglichen.

Für Fragen stehen Ihnen Herr Cla Puorger, Leiter Anästhesie-Pflege/Rettungsdienst, Tel. 071 353 26 30, oder Frau Mägi Frei, Leiterin Med.-Techn. Bereich, Tel. 071 353 23 01, gerne zur Verfügung.

Ihre schriftliche Bewerbung senden Sie bitte an:
Spitalverbund AR, Personaldienst, Krombach 3, CH-9101 Herisau



Ein Unternehmen des Spitalverbundes AR

Anästhesie einmal anders!

...mit der SWISSCOY im Kosovo

Daniel Barthomé

10. SWISSCOY-Kontingent
Anästhesiefachpfleger/Rettungssanitäter, Spital Aarberg BE



Wie es dazu kam...

Ist es Abenteuerlust, ein beginnendes «burn out», oder einfach der Reiz, mit 52 noch einmal etwas Anderes, Ungewöhnliches zu unternehmen und zu erleben? Ich denke, eine Prise von allem dem spielt eine Rolle. Dazu kommt der schon seit langem gehegte Wunsch nach einem Auslandseinsatz. Zudem wollte ich meinen obligatorischen Militärdienst nach über 1'200 geleisteten Diensttagen «angemessen» abschliessen. Positive Erlebnisberichte von Bekannten und einer Arbeitskollegin, welche schon einen solchen Einsatz geleistet hatten, bestärkten mich schliesslich in meinem Entschluss. Natürlich spielte auch meine familiäre Situation eine wichtige Rolle: die Bereitschaft meiner Frau und beider Kinder, mich «ziehen» zu lassen. Dass sie mich in meinem Vorhaben unterstützen, ist mir besonders wichtig. Nun galt es nur noch, meinen Arbeitgeber von der Sache zu überzeugen. Auch hier stiess ich auf das nötige Wohlwollen: Die Spitalleitung gewährte mir einen 8-monatigen unbezahlten Urlaub. Glücklicherweise fand sich

auch ein Kollege, welcher mich an meinem Arbeitsort während meiner Abwesenheit vertreten konnte.

Der Kosovo - ein Land und seine Geschichte¹

Geographie



Das «Kosovo» (albanisch: «Kosova», serbisch «Kosovo»; deutsch auch «Kosowo» oder «Amselfeld» genannt) ist eine unter UN²-Verwaltung stehende Provinz Serbiens. Es grenzt im Westen an Albanien, im Nordwesten an Montenegro, im Nordosten und Osten an Serbien, im Süden schliesslich an die Mazedonien. Der Kosovo weist zwei von Bergen umschlossene Großlandschaften auf: das zentrale «Kosovo Polje» («Amselfeld») oder Kosovo im engeren Sinne mit der Hauptstadt Pristina³, sowie Metochien, im Westen mit dem Zentrum Prizren⁴.

Bevölkerung



Das Kosovo wird vor allem von Albanern bewohnt. Daneben gibt es eine größere serbische Minderheit. Andere in der Provinz vertretene ethnische Gruppen sind: Türken, Bosniaken, Torbeschen, Goranen sowie Zigeuner.

Die demographische Mehrheit der Albaner ist durch den Krieg verstärkt worden. Die Minderheit der serbischen Bevölkerung (sie beträgt zur Zeit circa fünf Prozent) verlässt unter Druck oder freiwillig das Kosovo, da die Serben Vergeltungsschläge und Racheakte der Kosovo-Albaner befürchten. Die Minderheiten der Roma und Aschkali sind von acht Prozent auf insgesamt 2,5% (gemäss Volkszählung von 1991) geschrumpft. Insgesamt hat sich eine ethnische Trennung in rein serbische und rein albanische Gebiete ergeben.

Politik

Aus der ersten freien Wahl nach dem Kosovo-Krieg gingen 2002 der Schriftsteller und Gründer der LDK⁵, Ibrahim Rugova als Präsident und eine Regierung unter Ministerpräsident Bajram Rexhepi hervor, dem vormaligen Bürgermeister von Mitrovica⁶.

Der Status der nach Unabhängigkeit strebenden Provinz ist ungeklärt. Nominell gehört das Kosovo noch zu Serbien, aber die serbische Regierung hat auf das nach dem Ende des Krieges der NATO gegen die Bundesrepublik Jugoslawien unter UN-Verwaltung gestellte Kosovo kaum Einfluss. Die Besetzung des Kosovo erfolgt unter der Leitung der von der NATO gebildeten Kosovo Force KFOR. Die internationale Gemeinschaft hat keinen Plan, was aus der Provinz in nächster Zukunft werden soll.

Ähnlich unwahrscheinlich ist allerdings, dass das Gebiet an Albanien angegliedert wird. Im Gegensatz dazu steht allerdings der Wille der einheimischen albanischen Bevölkerung und der Regierung Albaniens, ein «Groß-Albanien» zu schaffen. Genauso wenig kann also eine «Republik Amselfeld» entstehen. Die Westmächte stehen vor

großen Aufgaben, die zu bewältigen unumgänglich sind.

Die Währung des Kosovos ist der Euro.

Geschichte bis 1945



Kosovo war eine der Kernregionen des mittelalterlichen serbischen Reiches. Am 28. Juni, 1389 fand hier die Schlacht auf dem Amselfeld statt, in der der osmanische Sultan Murad I. den serbischen Fürsten Lazar schlug und damit den Untergang des Königreichs Serbien einleitete. Erst nach dem ersten Balkankrieg 1912 endete im Kosovo die jahrhundertlange Herrschaft der Osmanen und die Provinz wurde in das Königreich Serbien eingegliedert.

Ab wann Albaner im Kosovo siedeln, ist strittig. Die These, dass im heutigen Kosovo schon immer Albaner gelebt hätten, ist wohl nicht haltbar, doch dürfte es schon zur Zeit des serbischen Reiches eine albanische Besiedlung gegeben haben. Damals waren die Albaner noch Christen. Nach der Angliederung an das osmanische Reich trat ein großer Teil der Bevölkerung zum Islam über, es gibt aber in Kosovo (ebenso wie in Albanien) auch noch Christen. Nur ein relativ geringer Anteil der Bevölkerung hängt dem Islam noch an, allerdings erfolgte seit 1989 eine deutliche Rückkehr zu dieser Religion.

Nach dem Anschluss von Kosovo an Serbien begannen die serbischen Behörden, die albanische Bevölkerung zu unterdrücken. Die albanische Sprache wurde im öffentlichen Leben verboten und durfte nicht an den Schulen gelehrt werden. Bis zum Zweiten Weltkrieg war die Assimilation der Türken und Albaner erklärtes Ziel der serbischen beziehungsweise jugoslawischen Politik. In den dreißiger Jahren wurde sogar mit der Türkei verhandelt, ob sie vertriebene Muslime aus dem Kosovo aufnehmen würde.

Insofern war es kein Wunder, dass die albanische Bevölkerung 1941 wenig Neigung verspürte loyal zum jugoslawischen Staat zu stehen und an dessen Verteidigung gegen die Aggression Nazideutschlands mitzuwirken. Vielmehr versprach man sich durch die Zerschlagung Jugoslawiens eine Verbesserung der eigenen Situation. Kosovo wurde unter italienische Besatzung gestellt. Das faschistische Italien hatte bereits 1939 Albanien okkupiert, mit diesem wurde 1941 Kosovo zum italienisch beherrschten Großalbanien vereinigt.

1945 bis 1989

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde Kosovo in das föderal organisierte Jugoslawien Titos integriert. Das Land gehörte zur Teilrepublik Serbien.

Spätestens seit der albanische Parteichef Enver Hoxha 1948 mit Tito gebrochen hatte, wurde die Unterdrückung der Albaner im Kosovo ähnlich wie in der Zwischenkriegszeit fortgesetzt. Überdies gelang es der Regierung nicht, das Kosovo wirtschaftlich zu entwickeln. Es blieb immer eine der rückständigsten Regionen Jugoslawiens. Zahlreiche Menschen verließen deshalb seit den 1960er Jahren das Land, um anderswo Arbeit zu finden. Darun-

ter waren überproportional viele Serben. Die Serben in anderen Landesteilen interessierten sich zu sozialistischen Zeiten kaum für ihr mythisches Stammland. Nur die wenigsten haben Kosovo vor 1989 freiwillig besucht und Beamte mussten dorthin zwangsversetzt werden.

Anfang der 1970er hatte Tito eingesehen, dass die ethnischen und sozialen Probleme Kosovos nicht allein durch Unterdrückung mit polizeistaatlichen Methoden zu lösen waren. In der neuen jugoslawischen Bundesverfassung von 1974 wurde Kosovo (wie auch die Vojvodina) deshalb als autonome Provinz und Föderationssubjekt etabliert. Allerdings blieb die Provinz Bestandteil der Teilrepublik Serbien. Die weitgehende Autonomie verbesserte die Situation der Albaner sehr. Ihre Sprache und Kultur war nicht nur unbeschränkt erlaubt, sondern wurde gefördert und an Schulen und Hochschulen unterrichtet. Die Regierung des Kosovo wurde von Albanern beherrscht.

Jedoch schon mit dem Tod Titos 1980 geriet die föderale Verfassungskonstruktion in die Krise. Alle Teilrepubliken strebten nach mehr Eigenständigkeit von der Belgrader Zentrale. Die Albaner Kosovos verlangten die Lösung Kosovos von Serbien und den Status eines Staatsvolks innerhalb der jugoslawischen Föderation. Die Serben verweigerten dies und setzten die kosovarische Provinzregierung ab, woraufhin die Albaner 1981 Proteste und Demonstrationen organisierten, die von den jugoslawischen Polizeikräften blutig niedergeschlagen wurden. Da sich die Albaner nicht beugen wollten, wurden fast alle albanischen Arbeitnehmer, Beamten, und Angestellte aus ihren Positionen entlassen, die Gymnasien, Fachschulen und die Universität

wurden für die Albaner geschlossen.

Das Zusammenleben zwischen Serben und Albanern verschlechterte sich zusehends. Als Slobodan Milošević 1987 Präsident der SR Serbien wurde, bereiste er den Kosovo, wo er sich von der serbischen Bevölkerung die Drangsalierungen durch Albaner schildern ließ. In Urosevac kam es zu Zwischenfällen, als albanische Provinzpolizisten die Menschenmenge daran hindern, Milosovics Rede zu besuchen.

Am Vidovdan 1989, dem 600. Jahrestag der Schlacht um das Amselfeld, hält der rhetorisch versierte Milošević eine feurige Rede (die später als Amselfeld-Rede noch Bedeutung erlangte), mit der er ca. 1 Million serbische Zuschauer in seinen Bann zog. Ab jetzt war es offensichtlich: Serbien wird die zunehmende Radikalisierung der Albaner nicht mehr hinnehmen.

Nach 1989



Slobodan Milošević hob mit einer Art Staatsstreich 1989 die Autonomie des Kosovos endgültig auf, womit er letztlich auch der föderalen Verfassung Jugoslawiens den Todesstoß versetzte. Es folgten im Kosovo ethnische Unruhen, die zu einigen dutzend Toten auf beiden Seiten führten, auch zum Tod von Polizeikräften. Die Albaner reagierten erst mit einem friedlichen Totalboykott, doch als es nach dem Dayton-Abkommen ihrem Führer

Ibrahim Rugova nicht gelang das Kosovo-Problem zu internationalisieren, erhielt die militante UÇK⁷ einen größeren Zulauf, da viele Menschen nur noch die Gewalt als Ausweg sahen.

1999 versuchte die serbische Armee den Aufstand der UÇK niederzuschlagen. NATO⁸-Luftangriffe stoppten die serbischen Truppen und Slobodan Milošević musste Frieden schließen. Kosovo wurde vorläufig ein Protektorat der UNO. Das weitere Schicksal der Provinz ist bis dato ungewiss.

Aktuelle Entwicklungen



Am 17. und 18. März 2004 kam es im Kosovo zu einem Ausbruch ethnischer Gewalt. Blutige Zusammenstöße zwischen Serben und Albanern erschütterten die Provinz, als am 16. März drei albanische Kinder in einem Fluss ertranken. Obwohl bereits nach kurzer Zeit das Gerücht, die Kinder seien von Serben in den Fluss getrieben worden widerlegt wurde und klar war, dass es sich um einen tragischen Unfall handelte, bei dem die Kindern beim Baden in den Strömungen des Flusses abtrieben, konnten die Friedenstruppen der KFOR⁹ und UNMIK¹⁰-Polizeikräfte den albanischen Mob nicht aufhalten. In den darauf folgenden Tagen kam es zu Pogromen an der serbischen Bevölkerung, zahlreiche Häuser wurden in Brand gesetzt, 500 Menschen wurden verletzt, 31 getötet. Im Ausland wurde von «Kristallnächten» berichtet. Das Dorf Veliko Svinjare wurde komplett

niedergebrannt, 14 serbisch-orthodoxe Kirchen und Klöster, darunter die Kirche Sv. Sava in Kosovska Mitrovica aus dem 12. Jahrhundert. Das ehemals serbische Viertel in Prizren wurde ebenfalls in Schutt und Asche gelegt.



Am 19. März 2004 gab der deutsche Verteidigungsminister Peter Struck bekannt, dass die Bundeswehr 600 zusätzliche Soldaten in die Region entsenden werde. Damit erhöhte sich das deutsche Kontingent im Kosovo auf etwa 3'800 Soldaten. Die NATO entsandte in den kommenden Tagen zusätzlich 1'100 Soldaten zur Sicherung der Ordnung in die Unruheprovinz. Auch Russland erwägt die erneute Entsendung von Hilfstruppen, die im Sommer 2003 abgezogen worden waren, und humanitärer Hilfe in die Region.

Die zweiten Parlamentswahlen im Kosovo konnte am 23. Oktober 2004 wiederum die LDK unter Präsident Rugova gewinnen. Sie kam bei einer Wahlbeteiligung von nur 53 Prozent auf einen Stimmenanteil von über 45 Prozent. Alle ins Parlament eingezogenen albanischen Parteien sprechen sich für die baldige Unabhängigkeit des Kosovo aus. Die serbische Minderheit boykottierte die Wahlen, trotzdem wurden 10 Abgeordnetenmandate für die Serben reserviert. Weil kein Wählervotum vorliegt, ist unklar, nach welchen Kriterien die Mandate an die serbischen Kandidaten vergeben werden sollen. Anfang Dezember ernannt Ibrahim Rugova

Ramush Haradinaj zu seinem Ministerpräsidenten. Haradinaj war UÇK-General. Ihm werden diverse Kriegsverbrechen zur Last gelegt.

Die SWISSCOY - was ist sie und warum gibt es sie ?



Am 23. Juni 1999 fällt der Bundesrat den Grundsatzentscheid, sich militärisch, basierend auf der UN-Resolution 1244, an der Kosovo-Friedenstruppe KFOR zu beteiligen. Dies nicht als isolierte Massnahme, sondern als Teil eines ganzen Paketes, das sich des akuten Flüchtlings- und Vertriebenenproblems in der Schweiz annimmt, Soforthilfe im Kosovo vorsieht und einen Beitrag zur Stabilisierung der Region leistet.

Die SWISSCOY¹¹ ist ein militärischer Verband mit eigener Kommando-, Gradstruktur und den entsprechenden Umgangsformen. Das jeweilige Kontingent umfasst maximal 220 Angehörige, welche zum Selbstschutz mit Pistole oder Sturmge- wehr bewaffnet sind, und bildet die Dienstkompanie zugunsten des österreichischen Kontingentes AUCON¹². Die SWISSCOY ist weder der NATO noch der AUCON unterstellt, sondern letzterer zur Zusammenarbeit zugewiesen. Sie ist im Gebiet der Multinationalen Brigade Süd-West (MNBSW) unter der Verantwortung der Bundeswehr und der italienischen Armee im Grossraum Prizren eingesetzt. Das österreichische-schweizerische Camp «CASABLANCA» befindet sich auf dem Gelände einer Gum- mifabrik bei Suva Reka (zwischen

Prizren und Pristina). Das Kontin- gent führt seinen Auftrag gemäss Parlamentsbeschluss vom 2001 aus. Das Mandat ist bis Ende 2005 befristet.

Der Auftrag der SWISSCOY um- fasst :

- Transport, Trinkwasseraufberei- tung, Treibstofflieferung, Tiefbau und Infrastrukturerhaltung als logistischer Grundauftrag
- Sicherungsaufgaben wie Camp- wache, Patrouillen, Kontrollpo- sten und Konvoischutz
- medizinische Grundversorgung durch das Medical-Team (2 Ärzte, 4–5 Pflegefachpersonen)

Weiter steht der gemischten Heeres- flieger Abteilung der Bundeswehr ein Schweizer Super Puma für Per- sonen- und Materialtransporte zur Verfügung. Seit August 1999 steht zusätzlich ein Schweizer Verbin- dungsoffizier zur KFOR im Dienste der UN-Übergangsverwaltung im Kosovo (UNMIK).

Grundsätzlich hat jeder Schweizer Bürger die Möglichkeit, sich freiwillig in den Dienst einer friedenser- haltenden Mission zu stellen, sei es als Militärbeobachter oder Mitglied des Spezialeinheiten-Pool's. Vor- aussetzung ist eine gute Gesundheit und ein einwandfreier Leumund. Für spezielle Aufgaben und Funk- tionen (z.B. Angehörige des SWISS MEDICAL-Teams) sind vor allem die zivilen beruflichen Voraussetzungen für eine Teilnahme entscheidend. Auch die Altergrenze 45 ist nicht unbedingt zwingend, was mein Bei- spiel zeigt. Primär war meine beruf- liche Erfahrung und Tätigkeit als Pflegefachmann Anästhesie und Rettungssanitäter gefragt.

«SWISSCOY-Soldier» werden - nur nach einer guten Ausbildung
Im Juni 03 habe ich mich schriftlich beim Generalstab / Abteilung frie-

denserhaltende Missionen gemel- det. Kurz darauf erhielt ich die Be- stätigung meiner Aufnahme in den «Spezialeinheiten-Pool». Darauf er- folgte das Aufgebot zur Rekrutie- rung am 6. November und schliess- lich die Bestätigung zur Teilnahme am «Ausbildungskurs im Hinblick auf den Einsatz in der Swiss Com- pany (SWISSCOY) zugunsten der multinationalen Kosovo Forces (KFOR)».



So rückte ich denn am 11. Februar voller Erwartungen in die Vorbe- reitung und Ausbildung zu diesem Einsatz ein, mit mir rund 200 ande- re Schweizerinnen und Schweizer, welche fortan das 10. SWISSCOY- Kontingent bilden. In der 6-wöchi- gen Ausbildungszeit, auf einem eigens dafür eingerichteten Waf- fenplatz Oberdorf bei Stans, dem neuen Kompetenzzentrum SWIS- SINT, galt es, alle Kontingentsang- hörigen «militärisch» auf denselben Stand zu bringen, waren doch auch einige dabei, die bis anhin nie Mili- tärdienst geleistet hatten. Nebst der fachspezifischen Aus- und Weiter- bildung mussten Kenntnisse erwor- ben werden in den Bereichen :

- ABC-Abwehr¹³
- Erste Hilfe
- Handhabung der persönlichen Waffe zum Selbstschutz
- Führen von militärischen Motor- fahrzeugen
- geschichtlicher Hintergrund, Reli- gionen, der Bevölkerung, topo- graphische und klimatische Ver- hältnisse im zukünftigen Einsatz- gebiet

- militärische Formen und Gradkenntnisse
Im Weiteren ging es darum :
- die persönliche Ausrüstung zu übernehmen, anzupassen und bereitzustellen
- die Risiken bestmöglich abzuschätzen und zu minimieren (Minen, Blindgänger, Krawalle, Überfälle etc.) und auf aussergewöhnliche Lagen und Situationen vorbereitet zu sein
- sich gegenseitig kennen zu lernen und den nötigen Korpsgeist zu schaffen



Die Sicherheit jedes Kontingentsangehörigen hat höchste Priorität. Nur wer am Ende der Ausbildung im Rahmen einer schriftlichen Prüfung die gestellten Voraussetzungen erfüllt, «darf» schliesslich in den Einsatz. Die Angehörigen des MEDEVAC-Teams konnten zudem den amerikanischen «Praehospital-Trauma-Life-Support»-Kurs (PHTLS) absolvieren und nach bestandenerm praktischem und theoretischem Examen stolz das entsprechende Zertifikat in Empfang nehmen.

Um sich gleich von Beginn weg an die Lebensbedingungen des Camps «CASA-BLANCA» im zukünftigen Einsatzraum bei Suva Reka zu gewöhnen, wohnten die Angehörigen des 10. SWISSCOY-Kontingentes bereits während der Ausbildung in einem Container-Camp. An das Leben in der «Dose», wie die «2-er Zimmer» bald liebevoll genannt wurden, gewöhnte man sich schnell. Deren Einrichtung ist zwar spartanisch, aber durchaus zweckmässig

und zusätzlich mit ein paar persönlichen Gegenständen ausgerüstet kommt sogar etwas «Ambiente» auf.



Abgeschlossen wurde die Ausbildungsphase im einwöchigen FIT¹⁴ in Österreich gemeinsam mit dem österreichischen Kontingent AUCON¹⁵, zu dessen Unterstützung die SWISSCOY im Kosovo tätig ist. Am 24. März flog der grösste Teil des Kontingentes nach Wien. Von dort ging es per Bus zum Truppenübungsplatz «Götzendorf». Eisige Temperaturen und winterliche Verhältnisse sorgten für realistische Übungsbedingungen, die gute Aufnahme durch die Österreichischen Kameraden für den nötigen Korpsgeist. Am 1. April, anlässlich einer eindrücklichen «Closing-Ceremonie», meldete der Österreichische NCC¹⁶, Oberst Platzer, dem Verteidigungsminister, Herr Günter Blatter, das AUCON 9 und das 10. SWISSCOY-Kontingent «als das Ganze» bereit für seine Mission im Kosovo. Ein Flugzeug der «Mazedonia-Airlines» flog schliesslich am 31. März den grössten Teil des Schweizer Kontingentes nach Pristina. Müde aber voller Motivation bezog die Mannschaft im Camp «Casablanca» bei Suva Reka am Abend ihre Unterkunft.

Das Deutsche Einsatzlazarett - mein Arbeitsplatz für 6 Monate

Ich werde zwar als Mitglied der SWISSCOY in den Kosovo gehen, dort aber als Anästhesiefachpfleger und Rettungssanitäter im Einsatzlazarett (ELAZ) der Deutschen Bundeswehr eingesetzt werden. Dies ist

eine besondere Herausforderung, bin ich doch der erste Schweizer, der in dieser Funktion vorübergehend bei den Deutschen arbeitet.

Das Einsatzlazarett ist ein modernes Militärspital, das aus Containern und Zelten besteht. Die Deutsche Armee verfügt über 3 davon. Eines befindet sich zu Ausbildungszwecken in Deutschland selber, das andere bei Prizren¹⁷ im Kosovo, das Dritte bei Kabul in Afghanistan. Der Standort entspricht einem Kantons-spital: Das Bettenhaus verfügt über 40 Pflegeplätze. Die Anzahl Betten kann jedoch innert kürzester Zeit auf 100 «hochgefahren» werden. Wie in einem «normalen» Spital gibt es:



- Patienten-Aufnahme (MEDOC)
- Notaufnahme (NFA) mit 6 Kojen und 2. Schock-Container
- Rö-Abteilung mit CT und Möglichkeit der Tele-Medizin
- Fachuntersuchungsstellen (FU) Chirurgie und Medizin
- Labor mit Möglichkeit der Tele-Medizin
- OP mit 2 OP-Container
- Intensivstation (ITS)
- Endoskopie
- Ergometrie
- Physiotherapie
- Apotheke
- Sanitäts-Hygiene-Stelle
- Werkstatt für Medizingeräte-technik

folgende Disziplinen sind vertreten:

- innere Medizin
- Allgemein Chirurgie (mit Spezialisierung¹⁸ auf Traumatologie,

- Orthopädie, Hand-chirurgie usw.)
- Anästhesie
 - Intensivmedizin
 - Urologie
 - HNO
 - Ophthalmologie
 - Dermatologie
 - Radiologie
 - Physiotherapie
 - Zahnmedizin
 - Veterinärmedizin (Veterinär ist zuständig für die Überprüfung der Hygiene von Trinkwasser und Lebensmitteln)
 - Psychiatrie



Betrieben wird das Einsatzlazarett von einer Spitalkompanie. Sie umfasst ca. 90 Mann/Frau. Es sind dies Ärzte, Fachkrankenschwestern- und Pfleger (Anästhesie, Intensivpflege), Pflegerinnen/Pfleger, MTR, Laborantinnen, Instrumentistinnen/Instrumentisten, Sterilgutassistenten, Medizinalgerätetechniker usw. Die meisten von ihnen arbeiten in der Heimat in einem Bundeswehr-Krankenhaus, wo sie in der Regel auch ihre Ausbildung absolviert haben. Als Berufssoldaten werden sie periodisch in einen Auslandseinsatz befohlen. Als militärischer Verband verfügt die Spitalkompanie selbstverständlich auch über eine Kommandostruktur mit den entsprechenden Dienstgraden.

Die Spitalkompanie wiederum ist Teil eines Sanitätseinsatzverbandes. Dieser umfasst im weiteren die MEDEVAC¹⁹-Kompanie sowie das Personal des RCC²⁰. Die MEDEVAC-Kompanie ist der «militärische Rettungsdienst». Er besteht aus 3 Not-

arzttrupps (1 Notarzt, 1 Rettungssanitäter²¹, 1 Fahrer), 4 Arzttrupps (1 Arzt, 1 Rettungssanitäter, 1 Fahrer) und 6 Santrupps (1 Rettungsassistent²², 1 Rettungssanitäter, 1 Fahrer). Ihre Aufgaben umfassen die Strassenrettung, das Begleiten von militärischen Konvois, das Überführen von Patienten zwecks Repatriierung auf den nächsten Flughafen, das Begleiten von Einsätzen des EOD²³-Teams, der Militärpolizei sowie der mechanisierten Infanterie, die Sicherstellung des Sanitätsdienstes bei verschiedenen militärischen Anlässen. Nebst geländegängigen Rettungswagen verfügt die MEDEVAC auch über Radschützenpanzer des Typs «Fuchs». Das RCC bildet die eigentliche Einsatzleitstelle. Es koordiniert sämtliche sanitätsdienstlichen Einsätze im Einsatzraum der MNBSW, setzt aber auch Feuerwehr, Bergungsteams und die Luftrettung ein. Insgesamt umfasst der San Einsatzverband an die 180 Soldatinnen und Soldaten.



Worin besteht denn meine tägliche Arbeit ?

Um 07:30 tritt die Spitalkompanie beim Eingang zum ELAZ zum Appell an. Nach der Bekanntgabe von Kp-internen Mitteilungen und der allgemeinen Lage begeben sich alle zu ihren Teileinheiten. Im Anästhesie-Team kennen wir 3 verschiedene Bereitschaftsgrade. Je nachdem bedeutet das: Geräte-Check an den vorhandenen Anästhesie-Geräten, Überprüfen des Notfallmaterials, Vorbereiten eines geplanten operativen Eingriffes. Wenn auch die operative Tätigkeit zahlenmäs-

sig nicht derjenigen eines «normalen» Spitals gleichkommt, so muss auch die Anästhesie-Equipe jederzeit für den «worst case» gerüstet sein, d.h. innert Minuten auf volle Einsatzbereitschaft «hochgefahren» werden können. Dass dies rund um die Uhr möglich ist, dafür sorgen 3-4 Anästhesieärzte, 3 Anästhesiefachpfleger und ein Anästhesiegehilfe. Somit können jederzeit die beiden OP-Container in Betrieb genommen werden. So bewährte sich beispielsweise das ganze OP-Team hervorragend bei der Versorgung eines Minen-Opfers und eines Patienten mit einer schweren Schussverletzung. Natürlich sind es in der Regel kleinere chirurgische Eingriffe, die vorgenommen werden, z.B. die Entfernung eines entzündeten Blinddarms (wobei die Schweizer hier mit Abstand den Rekord halten, wurden doch vom 10. Kontingent gleich drei Kameraden im Kosovo erfolgreich wegen diesem «Übel» operiert).



Interessant sind aber auch die Kontakte zu den örtlichen Spitälern in Prizren und Dakoviza. Besonders die Arbeit «auswärts» in Dakoviza hat mir sehr gefallen. So konnten wir mehrmals im OP-Programm des dortigen orthopädischen Chirurgen mitarbeiten. Es war für beide Seiten, Einheimische und Gäste, in beruflicher aber auch in zwischenmenschlicher Hinsicht ein sehr wertvolle Erfahrung. Dass Ärzte und medizinisches Fachpersonal auch über geographische Grenzen und sprachliche Barrieren hinaus bestens zusammenarbeiten, mag der

folgende «Fall» illustrieren: Trotz mehreren Versuchen gelang es dem deutschen Urologen im ELAZ nicht, einen amerikanischen Sergeanten seines Nierensteines zu entledigen, der diesem immer wieder heftige Koliken verursachte. In Dakoviza gibt es allerdings einen kosovarischen Urologen, in dessen Praxis sich ein moderner Nierenstein-Zertrümmerer befindet. Was lag näher, als den Patienten dort zu behandeln? Kurz entschlossen «packten» wir den Patienten samt Ärzten in einen VW-Bus und fuhren nach Dakoviza, gefolgt vom Schweizer «Puch»²⁴ mit deutschem Anästhesiearzt und mir als Fahrer. Wir sorgten dafür, dass der Patient den gut einstündigen Eingriff, welcher der einheimische Urologe vornahm, schmerzfrei überstand. Im Anschluss daran gingen wir alle ins benachbarte Kaffee Eis essen, währenddem der amerikanischer Internist seinen Landsmann in der Aufwachphase betreute.

Ich werde immer wieder gefragt, ob denn im ELAZ auch einheimische Patienten behandelt würden. Selbstverständlich, obwohl das Einsatzlazarett primär für die gesundheitliche Versorgung der KFOR zuständig ist. In der wöchentlichen Klinik-Konferenz besprechen deutsche und Kosovarische Ärzte gemeinsam Fälle von Patienten, welche in den örtlichen Krankenhäusern nur unzureichend behandelt werden können, sei es, weil es am medizinischen «know how» fehlt, oder ganz einfach die apparativen Mittel und Einrichtungen für eine entsprechende Behandlung nicht vorhanden sind. So kommen z.B. öfters Anfragen für den Einsatz des Computer-Tomographen, ein «High-Tech»-Gerät in der Röntgen-Diagnostik. Es ist aber das erklärte Ziel der medizinischen Leitung, die gesundheitliche Versorgung vor Ort nicht zu konkurrenzieren. Auch hier soll das

Prinzip «Hilfe zur Selbsthilfe» möglichst zum Tragen kommen. Der einheimische Patient muss die medizinische Behandlung auch nach einem festgelegten Tarif bezahlen. Nur wenn er über eine offiziell ausgestellte Armutsbescheinigung verfügt, erfolgt die Leistung unentgeltlich.



Wenn ich heute auf diesen 6-monatigen Einsatz Rückschau halte, komme ich zu folgendem Schluss: Ich möchte die Zeit, welche ich im Kosovo verbringen durfte, nicht missen, sei es die Kameradschaft, welche mir entgegengebracht wurde, aber auch die Gewissheit, als Schweizer gemeinsam mit über 30 anderen Nationen einen kleinen Beitrag für Frieden und Stabilität in einem von Krieg und Elend gezeichneten Land geleistet zu haben. Allen, welche dieses Unterfangen weiterhin unterstützen, KFOR-Angehörigen wie Einheimischen, möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich danken.

Der Kosovo ist ein wunderschönes Land, seine Bevölkerung verdient ein besseres Schicksal, als dasjenige, welches ihr zur Zeit zugemutet wird. Meiner Meinung nach wird es noch mindestens eine bis zwei Generationen brauchen, bis die Wunden des Krieges einigermaßen verheilt sind. Das Land braucht nun junge Menschen, die bereit sind, in ihrer Heimat vorbehaltlos für Frieden und Toleranz einzustehen, die aber auch den Mut aufbringen, einen Neuanfang zu wagen. Ich glaube, nur so ist ein Ende dieses Konfliktes abzusehen.

¹ Quelle:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Hauptseite>

² UN(O) = United Nations (Organisation), Vereinigte Nationen

³ 210'000 Einwohner

⁴ 127'000 Einwohner

⁵ Lidhja Demokratike e Kosovës, grösste Partei im Kosovo

⁶ 77'000 Einwohner

⁷ Ushtria Çlirimtare e Kosovës, Befreiungsarmee des Kosovo, offiziell wurde die UÇK am 27.09.2001 aufgelöst und eine Polizeitruppe mit dem Namen «Kosovo Schutzcorps» (albanisch Trupat e Mbrojtje se Kosovës/TMK) unter der Führung von Agim Ceku gegründet

⁸ North Atlantic Treaty Organisation, Nordatlantisches Verteidigungsbündnis (19 Staaten)

⁹ Kosovo Force, Nato-Kosovo-Kräfte (ca 45'000 Personen)

¹⁰ United Nations Mission in Kosovo, UNO-Mission im Kosovo

¹¹ Swiss Company, Kompanie des Schweizer Kontingents der KFOR, Weiterführende Informationen erteilt <http://www.vbs-ddps.ch/internet/groupst/de/home/peace/peace/laufende/swisscoy.html>

¹² Austrian Contingent, Österreichisches Kontingent der KFOR

¹³ Verhalten bei Angriff durch atomare, biologische und chemische Kampfstoffe

¹⁴ Force Integration Training

¹⁵ Austrian Contigent

¹⁶ National Contingent Commander

¹⁷ 2. grösste Stadt im Kosovo, ca. 150.000 Einwohner

¹⁸ Variiert je nach Chirurgen-Team

¹⁹ Medical Evacuation = Medizinische Rettung/Bergung

²⁰ Rescue Coordination Center

²¹ entspricht bei uns dem Transporthelfer

²² Die Ausbildung des deutschen Rettungssassistenten entspricht derjenigen eines schweizerischen Rettungssanitäters

²³ Explosiv Ordonance Disposal = Kampfmittelbeseitigung

²⁴ Geländefahrzeug der Schweizer Armee (5-Plätzer)



Anleitung für die Präsentation

Bitte geben Sie an, ob Sie sich für die Präsentation eines Posters oder eines mündlichen Vortrages entscheiden. Alle Präsentationen werden rezensiert. Das wissenschaftliche Komitee behält sich das Recht vor, die endgültige Auswahl zu treffen. Die Autoren der ausgewählten Präsentationen werden entsprechend informiert. Die Präsentationen sollten in Englisch verfasst werden.

Die Präsentation sollte informativ sein und kurze Informationen über die Ziele der Studie, die Patientengruppe, Material, Methodik und die zusammenfassende Resultate und abschliessenden Interpretationen letzterer enthalten. Bilder, Tabellen und Referenzen werden nicht akzeptiert.

Benützen Sie einen einfachen Zeilenabstand und schreiben Sie alle Buchstaben eines Titels gross. Schreiben Sie die Namen der Autoren mit entsprechenden Berufstiteln unmittelbar unterhalb des Titels, gefolgt von Spital, Klinik, Stadt, Land und Email-Adresse. Bitte führen Sie nicht mehr als fünf Autoren auf. Der Text muss in den nebenstehenden Kasten passen. Bitte unterstreichen Sie den präsentierenden Autor.

Schreiben Sie den Text innerhalb der Ränder des Kastens (16,6 cm x 18 cm) von nebenan. Schreiben Sie Abkürzungen beim ersten Auftreten im Text aus und setzen Sie diese in Klammern dahinter.

Überprüfen Sie den geschriebenen Text genau, da später keine Änderungen mehr vorgenommen werden können.

Senden Sie uns keine Anhänge, Tabellen und dergleichen mit Ihrer Präsentation. Wir möchten den Autoren nahe legen, deren Präsentationen im RTF-Format (PC) als Anhang per Email an alfons.scherrer@usz.ch zu senden.

Fertige druckbare Präsentationen sind auf der Homepage des Kongresses www.wcna2006.ch einzusehen.

Sie können aber auch das aufgefüllte Präsentations-Formular zusammen mit einer PC-Version auf Diskette oder CD-ROM an folgende Adresse senden:

UniversitätsSpital Zürich
Bildungszentrum
Alfons Scherrer
Programmleiter Anästhesiepflege
Gloriastrasse 19
CH-8091 Zürich
Schweiz

Achten Sie bei Postsendung bitte auf einen stabilen Umschlag.

Benützen Sie eine Computerschrift mit guter Druckqualität, bevorzugt werden Times New Roman, Regular, Grösse 12 Punkte.

Die eingereichten Präsentationen werden im Abstract-Buch des Kongresses veröffentlicht und zum Teil auch auf der Homepage und auf CD-ROM.

Mündliche Präsentationen

Für jede mündliche Präsentation werden 20 Minuten inklusive Diskussion eingeräumt.

Übersetzungen

Sitzungen und freie Kommunikation werden jeweils in Englisch, Deutsch und Französisch übersetzt. Um die simultane Übersetzung zu erleichtern, werden die Sprecher gebeten, mit der Übergabe ihres audiovisuellen Materials auch eine Kopie ihrer Präsentation abzugeben.

Für die mündliche Präsentation steht ein Beamer, ein bis zwei Dia-Projektoren und ein Folien-Projektor zur Verfügung. Bitte informieren Sie die Organisatoren über Ihre Bedürfnisse an audiovisuellen Geräten.

Für Powerpoint-Präsentationen wird ein Beamer und ein PC zur Verfü-

gung stehen. Die Daten werden zuvor von CD oder Diskette auf diesen PC geladen. Die Verwendung von eigenen PC wird nur in Ausnahmefällen gestattet.

Diapositive

Einzel- oder Doppelprojektion wird für 35mm Dias in 5x5 cm Rahmen zur Verfügung stehen. Ein Folien-Projektor wird in jedem Saal vorhanden sein, doch empfehlen wir sehr den Gebrauch von Powerpoint-Präsentationen und Dia-Show.

Posters

Die Grösse der Posters sollte nicht mehr als 1m Breite und 2m Höhe betragen. Die Lesbarkeit sollte bei einem Abstand von 1.5 m gewährleistet sein. Der Aufbau sollte vorzugsweise dem der Präsentation gleichen. Das Poster sollte folgende Daten beinhalten: Titel, Namen der Autoren, Zugehörigkeit, Patientengruppe, Methoden, Resultate und Erkenntnisse.

Um das eigene Poster attraktiver zu gestalten, empfehlen wir den Gebrauch von farbigen Fotografien und Zeichnungen.

Die verantwortliche Person in Sachen «Posters» kann einige Exemplare für eine kurze mündliche Präsentation von 2 Minuten Dauer und maximal 3 Dias auswählen. WELTKONGRESS 2006 (Präsentationsvorlage)

Die Anleitung kann in verschiedenen Sprachen von unserer Homepage (www.siga-fsia.ch) heruntergeladen werden!

Geschichte

Unter dem Namen SIGA erscheint der Verband der dipl. Pflegefachpersonen in Anästhesie erst seit dem 1. Januar 1995. Er hat jedoch eine viel ältere Geschichte. Entstanden ist die SIGA aus zwei verschiedenen Verbänden, der IASP und dem SBAP.

Geschichte des SBAP

1968 schuf die Kommission für die Ausbildung zur dipl. Pflegefachperson in Anästhesie (SBK/SGAR) ein Reglement für diese Spezialausbildung. In den vergangenen 30 Jahren wurden in über 40 Ausbildungsstätten mehr als 2000 Pflegefachpersonen in Anästhesie (im Folgenden abgekürzt mit PFP/A) mit dem Fähigkeitsausweis ausgezeichnet. Nach der Ausbildung waren sie jedoch auf sich alleine gestellt. Es gab keine regelmäßigen Weiterbildungen, keine berufspolitischen Strategien, kurzum, es fehlte ein Verband, der die Belange dieses Berufes vertrat.

Anlässlich der IFAS (jährliche Internationale Fachausstellung für Arzt- und Spitalbedarf in den Züspa-Hallen) im Jahre 1976 trafen sich PFP/A, um Strategien zu entwickeln, wie die bestehenden Missstände behoben werden können. Dies waren insbesondere:

- Zunehmende Belastung im Beruf
- Höhere Erwartungen infolge medizinischer Entwicklungen
- Mangelnde Weiterbildungsmöglichkeiten
- Ungenügende Besoldung

Der SBK bekundete damals noch wenig Interesse an einem eigenen Verband für PFP/A, so dass man sich entschloss, einen eigenen Verein zu gründen, der sich den oben erwähnten Problemen annehmen sollte. Am 16. November 1977 fand die Gründungsversammlung statt. Anfänglich hieß der Verein Schweizerische Fachvereinigung für Anästhesisten (SFA/ASA).

Der Name des Vereins fand beim SBK wie auch bei der SGAR (Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation) keinen Gefallen, da er irreführend sei. 1979 wurde er daher in die Schweizerische Fachvereinigung für nichtärztliche Anästhesisten (SFA/ASA) umbenannt.

Ab 1982 bot der Verein seinen Mitgliedern eine eigene Rechtsschutzversicherung an. Im Jahre 1985 organisierte die SFA/ASA in Luzern das überaus erfolgreiche First International Symposium of Nurse Anesthetists. Dabei wurden weltweite Kontakte geknüpft und die Gründung der International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA) beschlossen.

1991 wurde der Vereinsname nochmals geändert. Fortan war es der Schweizerische Berufsverband für das Anästhesiepflegepersonal (SBAP). Inzwischen gab es auch einen Verband vom SBK, die Schweizerische Interessengruppe der Anästheseschwestern und Anästhesiepfleger (IASP). Man erkannte, dass beide Verbände im Prinzip dieselben Interessen vertraten und dieselben Ziele hegten. Vielen Mitgliedern war die Unabhängigkeit vom SBK wichtig, jedoch ist man sich bewusst geworden, dass eine Zusammenarbeit Sinn macht, da die Ausbildung zur/m PFP/A vom SBK zusammen mit der SGAR reglementiert und überwacht wird. Als offizielle Interessengruppe des SBK hätte man mehr Mitspracherecht. Außerdem konnte ein Zusammengehen mit der IASP die Stellung der PFP/A nur stärken. Am 22. Oktober 1994 wurde in einer außerordentlichen Mitgliederversammlung beschlossen, per 1. Januar 1995 mit der IASP zu fusionieren. So entstand am 1. Januar 1995 die Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege (SIGA/FSIA).

Geschichte der IASP

Unabhängig vom SBAP trafen sich im Anschluss an ein Symposium in Davos PFP/A mit Anästhesieärzten, um ein gemeinsames Anliegen, die Fortbildung für das Anästhesiepflegefachpersonal (im Folgenden PFP/A genannt), zu besprechen. Daraus entstand eine Gruppe von PFP/A, deren Ziel es war, Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen und Probleme und Bedürfnisse des PFP/A zusammenzutragen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Im Jahre 1981 wurden die ersten ganztägigen Fortbildungsveranstaltungen mit großem Erfolg durchgeführt. Dadurch angespornt wurden Vereins-Statuten ausgearbeitet und der Kontakt zum SBK gesucht. Im März 1982 führte dies zur Gründung der Interessengruppe IASP/SBK. Im gleichen Jahr formierte die welsche Schweiz für ihre Region eine entsprechende Gruppe.

Im Unterschied zur SBAP setzte sich die IASP vor allem aus PFP/A zusammen, das für die Ausbildung zur/m PFP/A verantwortlich war. Teilweise waren Mitglieder der Kommission für die Weiterbildung zur/m PFP/A verantwortlich. Daher war es nur natürlich, dass sie die Anbindung an den SBK suchten.

Seit 1981 wurden jährlich zwei ganztägige Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, die 200–400 Interessierte anlockten. 1982 überarbeitete man das aus dem Jahre 1968 stammende Reglement für die Ausbildung zur/m PFP/A, um es den modernen Anforderungen anzupassen.

Ein Delegierter der IASP arbeitet in der Schweizerischen Normenvereinigung (SNV) in Gruppe 124 mit, welche sich speziell mit Anästhesiegeräten befasst. Durch die Zugehörigkeit zum SBK war man auch in verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen des SBK tätig und war im Rahmen der VESKA-Führungs-

kurse öfters als Dozenten tätig. Anfangs tagte man in offenen Plenarsitzungen. Da die Mitgliederzahl aber stetig zunahm, sah man sich gezwungen, die Organisationsstruktur zu ändern, um eine effiziente Arbeit garantieren zu können. Am 10. Mai 1990 wurde in einer Mitgliederversammlung ein fünfköpfiger Vorstand gewählt, zu dem damals Herr Karsten Boden gehörte.

Um alle Projekte weiterhin bearbeiten zu können, wurden verschiedene Arbeitsgruppen gebildet, z.B. für Weiterbildungen, Kaderpersonal oder das Journal.

Schließlich erkannte man, dass eine Fusion mit dem SBAP nur sinnvoll ist, da dadurch Doppelspurigkeiten vermieden und Synergien genutzt werden konnten. So kam der Zusammenschluss zwischen der mehrheitlich aus Kaderpersonal bestehenden IASP mit dem aus der Basis stammenden Mitgliederpool der SBAP.

Die neuere Geschichte der SIGA

Am 1. Januar 1995 wurde der neue Verein aus der Taufe gehoben. In dieser Zeit war Martin Lysser Präsident der SIGA/FSIA. Beim Zusammenschluss war man bestrebt, die Vorzüge beider Vereine übernehmen zu können. Weiterhin werden jährlich zwei erfolgreiche ganztägige Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt, wobei an der Frühlingstagung abends die Hauptversammlung stattfindet. Das SIGA-Journal erscheint vierteljährlich und wird gratis allen Mitgliedern zugesandt. Um die anliegenden Probleme rasch und effizient angehen zu können, wurden zahlreiche Kommissionen gebildet. Zur Zeit existieren folgende Kommissionen:

- Kommission Rettungsdienst
- Kommission Aufwachraum
- Kommission Fortbildung
- Kommission Schmerz

- Kommission Pflegekader
- Kommission Medien
- Kommission Schulleiter

Weiterhin werden intensive internationale Kontakte mit der IFNA gehalten. Außerdem organisiert die SIGA den Weltkongress 2006. Der letzte fand 2002 in Helsinki statt.

Zusammenfassung: M.Müller

Der ganze Artikel kann auf unserer Homepage (www.siga-fsia.ch) nachgelesen werden!



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.

Stelleninserat



Die RSE AG ist das Akutspital des Emmentals und gewährleistet an seinen beiden Standorten Burgdorf und Langnau rund um die Uhr eine ganzheitliche medizinische Grundversorgung auf hohem Niveau. Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch, sei es als Patient, als Angehöriger oder als Mitarbeiter.

Für unsere Abteilung Anästhesiologie am Standort Burgdorf suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine/n

Dipl. Pflegefachfrau/-mann Anästhesie 80–100%

Ihre Hauptaufgaben:

- Anästhesieführung und -überwachung unter Facharzt-Aufsicht
- Durchführen von lebensrettenden Sofortmassnahmen
- Mithilfe bei der praktischen Ausbildung von Lernenden
- Mitarbeit im Rettungsdienst

Ihr Idealprofil:

- Abgeschlossene Berufsausbildung als diplomierte/r Pflegefachfrau/-mann Anästhesie
- kooperative Persönlichkeit, die bereit ist auf Neues zuzugehen
- Freude und Interesse an einer selbständigen Tätigkeit

Wir bieten Ihnen:

- eine gründliche Einführung
- moderne Anästhesie-Geräte
- zukunftsorientierte Anstellungsbedingungen (GAV)
- eine verantwortungsvolle und interessante Tätigkeit in einem motivierten Team
- Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung

Frau Ida Dubois, Bereichsleiterin Pflege, erteilt Ihnen gerne weitere Auskünfte unter der Telefonnummer 034 421 28 03. Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an: Regionalspital Emmental AG, Jacqueline Kobel, Personaldienst, 3400 Burgdorf.

Wir freuen uns, Sie kennen zu lernen.
www.rs-e.ch

SIGA/FSIA Frühjahrskongress in Aarau

Yvonne Huber
Martin Salzmann



Am 9. April 2005 luden die MitarbeiterInnen der Anästhesiologie Aarau und die SIGA/FSIA Verantwortlichen zum Frühjahrskongress in das Kultur- und Kongresszentrum nach Aarau.

Das Thema war **«Kommunikations- und Atemwege»**. Wie schon auf den Cartoons der Einladung erkennbar war hatten die Veranstalter sowohl die Kommunikation als Verständigungsmittel zwischen Menschen, als auch die Kommunikation des Körpers mit der Aussenwelt über die Atmung, sich zum Thema gemacht.



Am Morgen konnten die Teilnehmer in Kongressstimmung kommen mit einem Begrüssungskaffee, mit small talk Bekannter aus allen Teilen des Landes, oder dem Besuch der interessanten Industrieausstellung, wobei innovative Firmen die Kaffeemaschine bereits auf das Narkosegerät fix installiert haben?!

Den Kongress haben, Roland Vonmoos - Leiter Pflege, PD Dr. Otto

Hilfiker - Chefarzt Anästhesie und ein Mitglied der Stadtvertretung Aarau eröffnet.

Eine Novität im Zeichen der Kommunikation stellte das Gerät **«Spot me»** dar. Durch die Anbieterfirma erfolgte eine kurze Einführung in die wichtigsten Funktionen dieses Gerätes, welches jeder Teilnehmer bei sich trug. Die Veranstalter gingen hier einen neuen Weg die Kongressbesucher selektiv oder als Gesamtes mit Informationen zu beliefern (Programmänderungen, Aufruf wenn das Programm weitergeht etc.). Dieses Gerät ermöglichte für jeden Besucher des Kongresses die Durchsicht der Anwesenheitsliste, das Suchen einer bestimmten Person, das Verschicken einer SMS, oder mit einem Radar zu schauen wer steht in meiner unmittelbaren Umgebung, etc.

Ebenfalls war es möglich eine Abstimmung zu einer aktuellen Frage eines Vortragenden, während des Vortrages durchzuführen. Im Stile einer Publikumsfrage bei der Millionenshow.

Weiters wurde die Evaluation des Kongresses und der Firmen, mit diesem Medium durchgeführt.

Als zweite Neuheit bei einem Kongress der SIGA/FSIA warteten die Veranstalter mit dem **Moderator** Sascha Rufer vom SFR auf. Er verstand es als Laie der Thematik mit Fröhlichkeit und Esprit durch das Programm zu führen garniert mit Informationen aus der Boulevardpresse (Lottogewinner aus Siders, Hochzeit im englischen Königshaus, Spot me auf dem WC - wer sitzt nebenan?, den Applaus für die Dozenten geprobt, Aktivierungsübungen der Kursteilnehmer etc.) Diese Art der Moderation war neu, abwechslungsreich und hat der Veranstaltung ein besonderes Flair aufgedrückt.

Als erstes Thema wurde die bakterielle Infektion im Gesichtsschädel Namens **NOMA** (Wangenbrand) vorgetragen.

Diese Erkrankung gibt es in Europa praktisch nicht mehr, der Kontakt mit diesem Krankheitsbild besteht durch die Hilfe für Länder entlang des Äquators. Die Betroffenen dieser Krankheit kommen zum Teil in die Schweiz für die chirurgische Sanierung mit dem Ziel der funktionellen und ästhetischen Verbesserung des Leidens. Hauptprobleme dieser Krankheit für den Patienten sind die Kiefersperre, die soziale Isolation und die Unterernährung.

Dr. Georg Noever berichtete über die Chirurgischen Vorgehensweisen mit den unterschiedlichen **Rekonstruktionsmethoden**. Dr. Thomas Kamber widmete sich den **NOMA** Patienten und den daraus resultierenden Konsequenzen für die Anästhesie.

Wobei er die grosse Herausforderung der Kommunikation, des Aufbaus eines Vertrauensverhältnisses mit diesen Kindern eindrücklich darstellen konnte. Weitere Herausforderungen stellen diese Patienten durch die Kiefersperre, die abnorme Anatomie, ihr Untergewicht, zum Teil grosse Blutverluste, bei der Ausleitung um das chirurgische Ergebnis nicht zu gefährden, an die Anästhesie.



Nach einer Pause wurde durch Prof. Dr. ? Scheidegger aus Basel und dem Swiss Kapitän Beat Brändle die Entstehung des **HADmedical** Kurses erläutert. Mit der Frage: «Was können wir von einander ler-

nen?»). Dabei haben beide die Wichtigkeit eines TEAMS herausgestrichen, damit die Kommunikation in Teams funktionieren sind folgende Faktoren laut Referenten ausschlaggebend:

- Eine offene und konstruktive Kommunikationskultur
- Ein ziel- und lösungsorientiertes Gruppenklima
- Ein konstruktiver Umgang mit Konflikten, welche sachorientierte Lösungen ermöglichen.

Die beiden Referenten verstanden es zusammen das Thema vorzutragen und sich dabei zu ergänzen.



Dr. Philipp Roeber widmete sich dem Thema **Inhalationstrauma**. Er rief in Erinnerung, dass auch kleinere Spitäler mit Verbrennungsoffern konfrontiert werden und dass 40 Prozent dieser Patienten ein Inhalationstrauma erleiden. Wichtig sei es deshalb gute Kommunikationswege zu schaffen, dass möglichst schnell erste Massnahmen eingeleitet werden.



Nach dem Mittagessen in der nahegelegenen Kaserne informierte Alfons Scherrer im Namen der **SIGA/FSIA** über Neuigkeiten wie das Berufsbild, welches den Mitglie-

dern zur Begutachtung zur Verfügung gestellt wird, und dem Anästhesie Weltkongress in Lausanne 2006. Er ermutigt alle Anwesenden bei der Poster Session oder den Diskussionen sich aktiv zu beteiligen. Am SIGA/FSIA Stand wurde das Programmheft mit genaueren Informationen zu diesem wichtigen Ereignis verteilt. Weitere Informationen können unter der Website www.wcna2006.ch abgerufen werden.



OSAS was bedeutet das? Dr. Thomas Ursprung erläuterte unter diesem Titel das Obstruktive Schlafapnoe Syndrom. Er befasste sich mit der Diagnose, den Auswirkungen und den Behandlungsmöglichkeiten dieser Krankheit. Interessant erschien mir, dass Patienten postoperativ erst in der dritten Nacht mit diesem Problem zu kämpfen haben, da sie erst dann in einen REM Schlaf kommen.

Als einfache und effektive Massnahme schlägt Dr. Ursprung vor die CPAP Geräte der Patienten immer mit in den Op zu nehmen. Vier Stunden CPAP Atmung in einer Nacht bringt einen Benefit für ca. 3 Tage.

Prof. D. Scheidegger und Kapitän B. Brändle gingen in ihrem 2. Vortrag auf den Umgang mit Fehlern ein. Wie kann den Fehlern etwas ab gewonnen werden? Mit der systematischen Erfassung von Ereignissen soll der Focus auf das Erkennen von Unzulänglichkeiten im System und nicht auf die Person

gerichtet werden. Kapitän B. Brändle zeigte auf wie sich die menschlichen Fehler verringert haben, seit in der Fliegerei solche Schulungen einerseits und andererseits solche Critical incident reporting systems (CIRS) eingeführt wurden. Beide Referenten sind sich einig, dass die Fliegerei Jahre gebraucht hat dorthin zu kommen und die Medizin noch Jahre brauchen wird hier die Qualität weiterzutreiben.

Danach wurde von Dr. Thierry Girard «The <<RespiraStory>>» erzählt. Wobei der Referent die Neuzeit skizzierte in der Beatmung und die Volumenkontrollierte und die Druckkontrollierte Beatmung abhandelte. Die Publikumsfrage: «Welcher Parameter ist bei einer Volumenkontrollierten Beatmung variabel» wurde vom Publikum via Spot me beantwortet. Ebenfalls erläuterte Herr Girard die Druck/Volumenschleife und die Flow/Volumenschleife.

Nach dem letzten Vortrag wurde von der Stadt Aarau ein Apéro gesponsert. Anschliessend fand die Hauptversammlung der SIGA/FSIA statt.



Adressen

SIGA-Vorstand / Comité de la FSIA

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



Zur Ergänzung unseres Anästhesiepflegeteams im Winter, suchen wir für einen temporären Einsatz vom 1. November 2005 bis zum 30. April 2006 eine/n

Dipl. Pflegefachfrau/-mann Anästhesie

Was erwarten wir von Ihnen?

- Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege (AKP, DN II)
- Abgeschlossene Fachweiterbildung in Anästhesiepflege
- Interesse an einem lebhaften, interdisziplinären Betrieb
- Flexibilität und Engagement
- Teamfähigkeit

Was können wir Ihnen bieten?

- Anspruchsvolle Aufgaben in einem motivierten Team
- Breites Fort- und Weiterbildungsangebot
- Günstige, schöne Personalappartements
- Vielseitiges Freizeitangebot in einer herrlichen Umgebung

Für nähere Auskünfte stehen Ihnen Frau Sonja Heine, Leitende Pflegefachfrau Anästhesie oder Frau Cornelia Konzett, Leiterin Pflegedienst, jederzeit zur Verfügung.

Telefon: 081 414' 88' 88

E-mail: ckonzett@spitaldavos.ch

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:

SPITAL DAVOS, Leitung Pflegedienst, Promenade 4, 7270 Davos Platz

SIGA/FSIA - Kommissionen und deren Ansprechpartner

SIGA/FSIA - commissions et autres partenaires

Aufwachraumkommission / *Salle de réveil* **aufwachraum@sig-fsia.ch**
vakant

Fortbildungskommission / *Formation continue* **fobikomm@sig-fsia.ch**
Margit Wyss, Telefon Geschäft 01 255 40 70 oder privat 01 252 85 97

Medienkommission / *Médial Journal* **medien@sig-fsia.ch**
Martin Müller, Telefon Geschäft 032 627 40 43 oder privat 032 623 84 78

Pflegekaderkommission / *Cadre* **pflegekader@sig-fsia.ch**
Ursula Hollenstein, Telefon Geschäft 071 987 31 11 oder privat 071 988 54 86

Rettungsdienstkommission / *Pré-hospitalier* **rettungsdienst@sig-fsia.ch**
David-Ulrich Rade, Telefon Geschäft 081 286 63 00 oder privat 081 286 61 16

Schmerzkommission / *Douleurs* **schmerz@sig-fsia.ch**
Monica Wicki-Bättig, Telefon Geschäft 041 939 49 79 oder privat 041 670 09 05

Schulleiterkommission / *Directeurs d'école* **schulleiter@sig-fsia.ch**
Christoph Schori, Telefon Geschäft 061 265 72 65

Homepage **info-siga@sig-fsia.ch**
SIGA/FSIA = www.siga-fsia.ch und www.anaesthesiepflege.ch

Verantwortlicher Homepage **webmaster@sig-fsia.ch**
Christian Garriz, Telefon Geschäft 01 466 10 31 oder privat 01 735 26 31

Kontaktadressen / *Adresses de contact SIGA/FSIA*

Für die Deutschschweiz:

Marcel Künzler

Stationsstrasse 28

8623 Wetzikon /ZH

Telefon 043 495 24 03

praesident@sig-fsia.ch

Pour la suisse romande:

Mariateresa De Vito Woods

Glockenstrasse 12

3018 Bern

mdevito@sig-fsia.ch

Agenda

Datum date	Thema/Veranstaltung thème/événement	Ort lieu
24.05. – 25.06.2005	2. Europäischer Anästhesiepflegekongress (www.pzg-organisation.de)	Weimar
28.10.–29.10.2005	SIGA Herbstkongress (Intensiv-, Op.- und Anästhesiepflege)	Basel
10.06. – 13.06.2006	8th World Congress for Nurse Anesthetists (www.wcna2006.ch)	Lausanne

Impressum:

Redaktion/Rédaction:**Martin Müller**

Bürgerspital Solothurn
4500 Solothurn
Telefon 032 627 40 43
medien@sig-fsia.ch

Yvonne Huber**Luzia Vetter****Martin Salzmann****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 28/Heft N.1/2005

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



Anmeldung für Neumitglieder SIGA/FSIA

Inscription comme nouveaux membres de la SIGA/FSIA

Iscrizione come nuovo membro della SIGA/FSIA

- Ich bin SBK-Mitglied, besitze den Fähigkeitsausweis für Anästhesieschwester/-pfleger und melde mich hiermit als Aktivmitglied der SIGA an.
Je suis membre de l'ASI, je possède le certificat d'infirmier(-ière) anesthésiste et m'incris comme membre actif de la FSIA.
Sono membro dell'ASI, con certificato di capacità d'infermiera/e anestesista, e vorrei iscrivermi come membro attivo della SIGA/FSIA.

- Ich bin SBK-Mitglied, in Ausbildung an einer anerkannten Weiterbildungsstätte für Anästhesieschwestern/-pfleger und melde mich hiermit als Aktivmitglied der SIGA an.
Je suis membre de l'ASI, en formation comme infirmier(-ière) anesthésiste. Je m'incris comme membre actif de la FSIA.
Sono infermiere/a anestesista in formazione, membro dell'ASI, e vorrei iscrivermi come membro attivo della SIGA/FSIA.

- Ich bin SBK-Mitglied und arbeite in einem Aufwachraum.
Je suis membre de l'ASI, travaillant en salle de réveil.
Sono membro dell'ASI e lavoro in sala risveglio.

Name / *nom* / *Cognome*

Vorname / *prénom* / *Nome*

Adresse / *adresse* / *Indirizzo*

Email

PLZ / *numéro postal* / *Codice postale*

Wohnort / *domicile* / *città*

Geburtsdatum / *date de naissance* / *Data di nascita*

Geschlecht / *sexe* / *Sesso*

Tel. privat / *tél. privé* / *Tel. privato*

Tel. Arbeitsplatz / *tél. prof.* / *Tel. prof.*

Datum / *date* / *Data*

Unterschrift / *signature* / *Firma*

Einsenden an: / *envoyer à* / *Inviare a*:

Christian Garriz, SIGA/FSIA, In der Fadmatt 57, 8902 Urdorf



1. Welche Medikamentengruppe führt in der Anästhesie zu den häufigsten allergischen Reaktionen

- Hypnotika Antihypertensiva Muskelrelaxantien Vasoaktiva Voluven

2. Welches sind Zeichen eines Laryngospasmus?

Richtig

falsch

- sinkende Sättigung
- Vasodilatation
- Steigender Spitzendruck der Beatmung
- sinkendes endtidalen CO₂
- Abnahme des Plateaudruckes
- Stridor inspiratorisch & expiratorisch
- Kein endexpiratorisches CO₂ messbar

3. Die Wirkung der Überträgerstoffe und Medikamente auf das Herz können in vier charakteristische Qualitäten unterteilt werden

Ordne die Zahlen zu

- | | | |
|--------------|---|-----------------------------------------------|
| Chronotropie | 1 | Betrifft die Erregungsleitungsgeschwindigkeit |
| Bathmotropie | 2 | Betrifft die Kontraktionsfähigkeit |
| Inotropie | 3 | Betrifft die Veränderung der Herzfrequenz |
| Dromotropie | 4 | Betrifft die Fähigkeit der Erregungsbildung |

4. Wie hoch ist der gesamte Sauerstoffspeicher eines Erwachsenen unter normalen Bedingungen

Der Mensch hat mehrere Sauerstoffspeicher. Diese sind:

- der im Blut physikalisch gelöste Sauerstoff
- der ans Hb gebundene Sauerstoff
- der Sauerstoff, der sich in der Lunge befindet

500–1000 ml

1500–2000 ml

2500–3000 ml

5. Ergänze den folgenden Text:

Aufgrund der Autoregulation bleibt die Hirndurchblutung im Bereich arterieller Mitteldrücke zwischen etwa mm Hg, unabhängig vom Perfusionsdruck, konstant. Fällt der zerebrale Perfusionsdruck ab, sich die Hirnarterien entsprechend, so dass die Hirndurchblutung konstant bleibt. Steigt der zerebrale Perfusionsdruck an, sich die Hirnarterien. Die Hirndurchblutung bleibt unverändert.



Antworten

1 Hypnotika Antihypertensiva **Muskelrelaxantien** Vasoaktiva Voluven

2 Chronotropie 3
Bathmotropie 4
Inotropie 2
Dromotropie 1

3 der im Blut physikalisch gelöste Sauerstoff (300 ml)
der ans Hb gebundene Sauerstoff (in 100 ml Blut sind das ca. 20 ml Sauerstoff)
der Sauerstoff, der sich in der Lunge befindet (ca. 400 ml)

500–1000 ml **1500–2000 ml** 2500–3000 ml

4 Richtig falsch

X		sinkende Sättigung
	X	Vasodilatation
X		Steigender Spitzendruck der Beatmung
	X	langsam sinkendes endtidalen CO ₂
	X	Abnahme des Plateaudruckes
	X	Stridor inspiratorisch & expiratorisch
X		Kein endexpiratorisches CO ₂ messbar

5 Aufgrund der Autoregulation bleibt die Hirndurchblutung im Bereich arterieller Mitteldrücke zwischen etwa **50 und 150 mm Hg**, unabhängig vom Perfusionsdruck, konstant. Fällt der zerebrale Perfusionsdruck ab, **erweitern** sich die Hirnarterien entsprechend, so dass die Hirndurchblutung konstant bleibt. Steigt der zerebrale Perfusionsdruck an, **kontrahieren** sich die Hirnarterien. Die Hirndurchblutung bleibt unverändert.



Die schwierige Intubation
oder
In der Ruhe liegt die Kraft

S/5 Aespire

Unverzichtbare Leistung. Kompaktes Design.

Der S/5 Aespire entspricht dem besonderen Konzept von Datex-Ohmeda bei der Entwicklung von Anästhesie-Arbeitsplätzen, welches auf der engen und ständigen Zusammenarbeit mit Anwendern basiert. Der S/5 Aespire ist ein kompakter, integrierter Basis Anästhesie-Arbeitsplatz für den Vorbereitungsraum, OP, Notfall und Röntgen.

Durch die zuverlässige Leistung des 7100 Ventilators wird die Beatmung von Kindern und Erwachsenen ermöglicht; volumengesteuerter Beatmungsmodus, drucklimitierter Beatmungsmodus, Tidalvolumen-Kompensation, elektronischer PEEP, optional integrierter Volumen- und Sauerstoffüberwachung.

Die optimierte Integration von Datex-Ohmeda S/5 Monitore ermöglicht einzigartige Lösungen für mechanische Integration und Datentransfer.

Performances de base. Design compact.

L'approche unique en matière de conception de systèmes d'anesthésie ainsi que la collaboration étroite avec le corps médical a permis de développer l'Aespire S/5. Il combine les performances bien connues du ventilateur 7100 avec la technologie de monitoring de Datex-Ohmeda pour offrir un système ayant un prix abordable conçu pour les médecins du monde entier. Le ventilateur 7100 a été spécialement conçu pour permettre de ventiler un large éventail de patient, allant des enfants aux adultes: solution idéale pour les médecins qui cherchent un ventilateur ayant d'excellentes performances à un prix raisonnable.

Le système S/5 Aespire diminue le temps d'apprentissage et offre une bonne intercommunication entre les produits de monitoring Datex-Ohmeda System 5.



ANANDIC MEDICAL SYSTEMS AG/SA

Diessenhofen – Bern – Lausanne

Phone (+41) 0848 800 900 info@anandic.com

Fax (+41) 0848 845 855 www.anandic.com