



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

Bericht über die präklinische Notfallversorgung

—

Bericht zuhanden des Staatsrats 18. August 2011

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung und Auftrag	4
1.1. Kontext	4
1.2. Ziele des Berichts	4
1.3. Terminologie und Abgrenzung des Projekts	4
2. Inventar und Beschrieb der heutigen Situation	5
2.1. Eingesetzte Mittel	5
2.1.1. <i>Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger</i>	5
2.1.2. <i>Bereitschaftsärztinnen und -ärzte</i>	8
2.1.3. <i>Sanitätsnotrufzentrale Freiburg</i>	11
2.1.4. <i>Ambulanzdienste</i>	13
2.1.5. <i>Mobile ärztliche Betreuung</i>	21
2.1.6. <i>Notfalldienst der Spitäler</i>	24
2.1.7. <i>Psychiatrische Notfallversorgung</i>	26
2.1.8. <i>Weitere Akteure des präklinischen Notfallversorgung</i>	27
2.1.9. <i>Präklinische Versorgung in ausserordentlichen Lagen</i>	28
2.2. Koordinationsmassnahmen	30
2.2.1. <i>In gewöhnlichen Lagen</i>	30
2.2.2. <i>In ausserordentlichen Lagen</i>	31
2.3. Beurteilung	32
2.3.1. <i>Allgemeine Einschätzung</i>	32
2.3.2. <i>Beurteilung der verschiedenen Bereiche</i>	33
2.3.2.1. Ärztliche Grundversorger und Bereitschaftsärzte	33
2.3.2.2. Ambulanzdienst	34
2.3.2.3. Mobiler Dienst für Notfallmedizin und Reanimation	34
3. Interkantonaler Vergleich	35
3.1. Kanton Basel-Stadt	35
3.2. Kanton Bern	35
3.3. Kanton Graubünden	36
3.4. Kanton Neuenburg	37
3.5. Kanton St. Gallen	37
3.6. Kanton Wallis	38
3.7. Kanton Waadt	39
4. Verbesserungsvorschläge	40
4.1. Notwendigkeit eines Konzepts	40
4.2. Verbesserung der Koordination	40
4.3. Ärztliche Betreuung der präklinischen Notfälle	40
4.3.1. <i>Einsetzung eines kantonalen SMUR</i>	41
4.3.2. <i>SMUR Broye</i>	43
4.3.3. <i>Notärztliche Grundversorger</i>	43
4.3.4. <i>Rega</i>	45
4.3.5. <i>Verlegungen von Spital zu Spital</i>	45
4.4. Ärztliche Notfallpraxen	45
4.5. Verwaltung der Notrufe und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes	46
4.6. Koordination zwischen den Akteuren der präklinischen Versorgung und den Führungsstrukturen für ausserordentliche Lagen	46
5. Mögliche Organisationsoptionen	47

5.1. Gesamtheit der Zuständigkeiten beim Staat	47
5.2. Zwischen dem Staat und einem staatsexternen Organismus geteilte Zuständigkeiten.....	47
6. Gewählte Organisationsoption.....	48
6.1. Zweck und Aufgaben des Koordinationsorganismus.....	49
6.2. Rechtsstellung und Vertretung	49
6.3. Sanitätsnotrufzentrale	49
7. Auswirkungen der getroffenen Wahl.....	50
7.1. Finanzierung	50
7.2. Gesetzgebung	51
8. Schlussfolgerung.....	51
9. Abkürzungen	53

1. Einführung und Auftrag

1.1. Kontext

Die Diskussionen, die vor einigen Jahren über die Reform der Gesundheitsstrukturen stattfanden, galten allen diesen Strukturen, so auch den Ambulanzdiensten. Wegen des Umfangs und der Vielschichtigkeit des ganzen Gebiets wurde jedoch beschlossen, in Etappen vorzugehen und vorrangig die Neuorganisation des Spitalsystems zu behandeln. Die «Kantonalisierung» der Spitalstrukturen wurde durch die Errichtung des Freiburger Spitalnetzes am 1. Januar 2007 konkretisiert.

Der Spitalplanungsbericht unterstreicht die Wichtigkeit einer effizienten Organisation der präklinischen Notfallmedizin in unserem Kanton, wo bestimmte Bezirke über kein Akutspital mehr verfügen und die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger immer schwieriger zu ersetzen sind. Dies gilt insbesondere für die Randregionen. Hinzu kommt eine neue Tatsache, nämlich die Professionalisierung der präklinischen Notfallversorgung; so etwa bietet die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) eine Weiterbildung in Notfallmedizin an (Fähigkeitsausweis Notarzt).

Daher ist es heute unumgänglich, die präklinische Notfallversorgung zu untersuchen und wenn nötig neu zu organisieren beziehungsweise zu verstärken. Denn in diesem Bereich müssen die Interventionen optimal sein, und die Koordination zwischen den Ambulanzdiensten und dem Spitalsektor, zwischen den verschiedenen Regionen und allgemein zwischen den verschiedenen Pflegeleistungserbringern ist von wesentlicher Bedeutung.

1.2. Ziele des Berichts

Dieser Bericht enthält realistische und tragfähige Vorschläge für das Funktionieren, die Organisation und die Finanzierung der präklinischen Notfallversorgung. Insbesondere handelt es sich zunächst darum, die verschiedenen vorhandenen Angebote der präklinischen Notfallversorgung zu untersuchen und wenn nötig eine Neuorganisation beziehungsweise eine Verstärkung dieser Notfallversorgung vorzuschlagen. Dabei ist der Bedarf der Bevölkerung des ganzen Kantons zu berücksichtigen.

Die Vorschläge müssen die Qualität des Angebots und eine optimale Koordination zwischen den Akteuren der präklinischen Notfallversorgung gewährleisten. So müssen sie die interkantonale Zusammenarbeit berücksichtigen und fördern, so dass die Kosten auf eine für die öffentliche Hand tragbare Höhe begrenzt werden können.

1.3. Terminologie und Abgrenzung des Projekts

Der Begriff der präklinischen Notfallmedizin ist in der Schweiz relativ neu.

Für die erste Versorgungsstufe zuständig sind die privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, die sich am ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäss dem Reglement vom 14. November 2002 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst im Kanton Freiburg beteiligen müssen. Nach diesem Reglement beschränkt sich der Einsatz der Ärztin oder des Arztes im Bereitschaftsdienst (im Folgenden: die Bereitschaftsärztin, der Bereitschaftsarzt) auf «weniger schwere Notfälle» (Art. 1 Abs. 5 des Reglements).

Bei schweren Notfällen kommen die mobilen Dienste für Notfallmedizin und Reanimation (SMUR) zum Einsatz. In der präklinischen Notfallversorgung werden mehrere Prioritätsstufen unterschieden; die erste Prioritätsstufe erfordert häufig die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes mit Spezialisierung in Notfallmedizin, wohingegen die letzte in die Zuständigkeit des Bereitschaftsdienstes fällt.

Die präklinische Notfallversorgung umfasst nicht nur den Begriff der Verlegung, sondern auch die Nothilfe. Diese lässt sich mit den folgenden Begriffen zusammenfassen: Meldung, Suche, Einsatz, Rettung, Betreuung, Transport, Weiterleitung an die geeignete Versorgungsstelle und Verlegung aller verunfallten, kranken oder in Gefahr schwebenden Personen, unabhängig vom Ort, wo sie sich befinden, und vom Transportmittel, das benützt wird.

Somit erstreckt sich der Geltungsbereich dieser Studie auf die ärztlichen Grundversorger, die ärztlichen Bereitschaftsdienste, die Ambulanzdienste, die Notfalldienste in den Spitälern, die Sanitätsnotrufzentrale 144 (die Sanitätsnotrufzentrale) und die SMUR.

Die Aspekte in Verbindung mit dem Bevölkerungsschutz kommen in diesem Bericht zur Sprache, werden künftig aber getrennt geregelt.

2. Inventar und Beschrieb der heutigen Situation

Der Beschrieb der heutigen Situation in diesem Kapitel stützt sich auf die anfangs 2011 verfügbaren Informationen und Daten.

2.1. Eingesetzte Mittel

2.1.1. Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger

a. Gesetzliche Grundlagen und Zuständigkeiten

Unter ärztlichen Grundversorgern versteht man in der Regel Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin sowie solche für Innere Medizin ohne Subspezialisierung. In einigen Kantonen gelten auch die Kinderärztinnen und Kinderärzte als ärztliche Grundversorger. Aufgrund ihrer Ausbildung sind diese Ärztinnen und Ärzte, die eine grosse Rolle in der ambulanten medizinischen Versorgung spielen, in der Lage, den Zustand von Patientinnen und Patienten gesamthaft zu beurteilen und sie wenn nötig an eine andere Versorgung oder eine geeignete Fachärztin bzw. einen geeigneten Facharzt weiterzuleiten. Auf diese Weise spielen sie die Rolle eines Koordinators der ambulanten medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten und ersparen ihnen die Odyssee von Facharzt zu Facharzt, bis ihrem Leiden endlich abgeholfen wird. Die ärztlichen Grundversorger sind somit ein wesentlicher Faktor für die Kostenbewältigung im Gesundheitsbereich.

Das den Gesundheitsberufen geltende 5. Kapitel des Gesundheitsgesetzes vom 16. November 1999 (GesG) regelt das Recht auf Berufsausübung sowie die Rechte und Pflichten dieser Berufe. Es stellt die gesetzliche Grundlage für die Arbeit der ärztlichen Grundversorger dar. Konkret ausgeführt werden diese Bestimmungen ausserdem im Reglement vom 21. November 2000 über die Pflegeleistungserbringer und die Aufsichtscommission.

b. Ärztedemografie im Kanton Freiburg

Die folgende Feststellung entspricht derjenigen im Rahmen des Berichts vom 19. August 2008, mit dem der Staatsrat das Postulat Christine Bulliard/Markus Bapst über Hausarztmedizin und medizinische Basisversorgung in ländlichen Regionen beantwortete.

Für den ganzen Kanton

Nach der Statistik des Kantons Freiburg, die sich auf diejenige der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) stützt, stieg die Zahl der ärztlichen Grundversorger¹, die privat praktizieren², zwischen 1995 und 2006 von 137 auf 207; dies war ein Zuwachs von 51,09 %. Die Wohnbevölkerung des Kantons hingegen stieg im gleichen Zeitraum von 229'466 auf 262'904, somit um 14,57 %. Die Zahl der Grundversorger auf 10'000 Einwohner erhöhte sich über den beobachteten Zeitraum somit von 5,97 auf 7,87 (+31,88 %). Was die drei Fachbereiche anbelangt, so entwickelte sich die Zahl der selbständig praktizierenden Ärztinnen und Ärzte wie folgt: Allgemeinmedizin: von 58 auf 100 (+72,41 %); Innere Medizin: von 65 auf 89 (+36,92 %), Pädiatrie: von 14 auf 18 (+28,58 %).

Im gleichen Zeitraum stieg bei den übrigen FMH-Fachtiteln (ohne Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater) die Zahl von 135 auf 229 (+69,63 %). Somit war festzustellen, dass sich insgesamt die Anzahl von Grundversorgern weniger schnell erhöht hatte als diejenige der Vertreter der übrigen FMH-Fachbereiche.

Verglichen mit den übrigen Kantonen und dem schweizerischen Durchschnitt zeigte sich, dass die Dichte an Grundversorgern mit Privatpraxis-Tätigkeit nach wie vor eher gering war. So lagen für das Jahr 2006 die Werte des Kantons Freiburg unter dem schweizerischen Durchschnitt. Für die Allgemeinmedizin lag der schweizerische Durchschnitt bei 4,62 Ärztinnen und Ärzten auf 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner, im Kanton Freiburg hingegen bei 3,85. Damit befand sich der Kanton Freiburg unter den 26 Schweizer Kantonen an 23. Stelle. In Bezug auf die Innere Medizin lag er an 16. Stelle (Dichte CH 4.47, FR 3.43), in der Pädiatrie³ an 20. Stelle (Dichte CH 1,03, FR 0,69) und in Bezug auf die praktischen Ärztinnen und Ärzte an 17. Stelle (Dichte CH 0,50, FR 0,35).

Die Untersuchungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zu den Daten 2004 über die Vollzeittätigkeit der ärztlichen Grundversorger bestätigten diese Unterschiede zwischen dem Kanton Freiburg und dem Schweizer Durchschnitt. Diese Analysen präzisierten auch, dass die Inanspruchnahme der ärztlichen Grundversorgung und der Pädiatrie im Kanton insgesamt unter

¹ Die Untersuchung erstreckt sich hier auf die Gebiete der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Pädiatrie. Nicht inbegriffen sind praktische Ärzt/innen und Ärzt/innen ohne FMH-Titel, denn diese sind in der Statistik nicht über den ganzen hier untersuchten Zeitraum vertreten. 1995 gab es 49 Ärzt/innen ohne FMH-Titel, und 2006 zählte der Kanton Freiburg 9 praktische Ärzt/innen.

² Privat praktizierende Ärztinnen und Ärzte (Statistik des Kantons Freiburg).

Die Statistik basiert auf den Zahlen der FMH-Statistik. Sie umfasst die ihren Beruf ausübenden Ärzt/innen, ob sie Mitglied der FMH sind oder nicht. Es handelt sich um Personen, die in irgend einer Form eine Praxistätigkeit ausüben, namentlich: Ärzt/innen mit privater Praxistätigkeit (Voll- oder Teilzeit); Spitalärzt/innen (Chefärzt/innen, leitende Ärzt/innen, Belegärzt/innen, allenfalls Oberärzt/innen) mit Privatklientel; privat praktizierende Ärzt/innen, die zusätzlich und in irgendeiner anderen Form auch angestellt sind; angestellte Ärzt/innen, die zusätzlich privat praktizieren. Ärztinnen und Ärzte, die mehrere FMH-Titel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt.

³ Gemäss der letzten FMH-Statistik ist die Zahl der Pädiater im Kanton Freiburg im Jahr 2007 auf 22 gestiegen; dadurch ist der Kanton auf die 11. Stelle vorgerückt. Mit 0,83 Pädiatern auf 10 000 Einwohner liegt er aber immer noch unter dem Schweizer Durchschnitt (1,02).

dem Schweizer Durchschnitt lag. Das Obsan stellte ferner fest, dass in der ärztlichen Grundversorgung der Anteil der Praktizierenden von über 55 Jahren und derjenige der Frauen im Kanton Freiburg über dem Schweizer Durchschnitt lag.

Auch wenn die Grundversorgerdichte unter dem Schweizer Durchschnitt lag, zeigten die Zahlen klar, dass sich im Kanton Freiburg das ärztliche Angebot insgesamt zwischen 1995 und 2006 spürbar erhöht hatte. Obwohl also die Entwicklung der ärztlichen Grundversorgung mittelfristig nicht optimal zu sein und in Anbetracht der demografischen Struktur der Freiburger Grundversorger-Population gefährdeter schien als im schweizerischen Durchschnitt, brauchte die Bevölkerung des Kantons Freiburg nicht zu befürchten, kurzfristig einem Mangel im ärztlichen Angebot ausgesetzt zu sein. Diese Feststellung im Rahmen des Berichts vom 19. August 2008 liess aber durchblicken, dass sich die Situation auf längere Sicht etwas ändern und dass möglicherweise ein Ungleichgewicht zwischen dem Bedarf der Bevölkerung und dem Angebot an ärztlichen Grundversorgern entstehen könnte.

Heute drängt sich die Feststellung auf, dass die Anzahl der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger schon jetzt rückgängig ist und in bestimmten Bezirken schon von einem Ärztemangel gesprochen werden kann.

Nach Regionen

Das Angebot an ärztlicher Grundversorgung hat sich nicht in allen Bezirken gleich entwickelt. Den in absoluten Zahlen ausgedrückten stärksten Zuwachs an Allgemeinmedizinern und Internisten verzeichnete der Saanebezirk. Aufgrund der ungleichen Verteilung der Ärztinnen und Ärzte unter den Bezirken variieren die Wachstumsraten noch mehr. Der Vergleich zwischen den Bezirken für das Jahr 2006 zeigt die mehr oder weniger grossen Ungleichheiten je nach den beobachteten Fachbereichen. Festzustellen ist, dass der Saanebezirk mit einer Zahl von 10,39 ärztlichen Grundversorgern⁴ auf 10'000 Einwohner am besten dotiert ist. Auf der entgegen gesetzten Seite befindet sich der Broyebezirk mit 5,45 Ärztinnen und Ärzten. Nahezu die Hälfte der privat praktizierenden Grundversorger ist im Saanebezirk niedergelassen. Die Unterschiede zwischen den Randbezirken sind im Allgemeinen nicht sehr ausgeprägt.

	<i>Gesamtzahl Grundversorger</i>		<i>Absolute Entwicklung</i>	<i>Entwicklung in %</i>	<i>Ärzte pro 10'000 Einwohner</i>		<i>Entwicklung in %</i>
	1995	2006			1995	2006	
Kanton FR	137	207	70	51.09	5.97	7.87	31.88
Saane	62	96	34	54.84	7.52	10.39	38.26
Sense	21	27	6	28.57	5.74	6.79	18.31
Greyerz	19	27	8	42.11	5.32	6.37	19.71
See	13	20	7	53.85	5.07	6.45	27.16
Glane	10	12	2	20.00	5.79	6.27	8.37
Broye	7	13	6	85.71	3.50	5.45	55.53
Vivisbach	5	12	7	140.00	4.25	8.37	96.86

⁴ Ohne praktische Ärztinnen und Ärzte, die keinen FMH-Titel führen.

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg (AGKF) ist im Begriff, die Zahl der ärztlichen Grundversorger im Kanton zu erfassen.

c. Finanzierung

Die Leistungen der ärztlichen Grundversorger werden von den Patienten und Versicherern nach dem Tarifsystem TARMED vergütet (ambulante Tarifstruktur).

2.1.2. Bereitschaftsärztinnen und -ärzte

a) Gesetzliche Grundlage und Zuständigkeiten

Nach Artikel 95 GesG stellen die einen universitären Medizinalberuf ausübenden Personen Bereitschaftsdienste in einer Weise sicher, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleistet ist. Mit der Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wurde die AGKF betraut. Wie die Verpflichtung zum Bereitschaftsdienst funktioniert, wird detailliert im Reglement vom 14. November 2002 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst im Kanton Freiburg ausgeführt. Dieses Reglement, das von der AGKF beschlossen und mit Verordnung vom Staatsrat genehmigt wurde, gibt der AGKF die Befugnis, sowohl ihre Mitglieder als auch Ärztinnen und Ärzte, die ihr nicht angehören, zur Mitwirkung an den Bereitschaftsdiensten zu verpflichten. Die AGKF kann bestimmte Kategorien von Fachpersonen vom Bereitschaftsdienst freistellen, namentlich aus Alters- oder Funktionsgründen; in gerechtfertigten Ausnahmefällen kann sie auch eine Einzeldispens erteilen. Der Anhang 1 des Reglements sieht einen Bereitschaftsdienst auch von Spezialärztinnen und Spezialärzten vor, die den ärztlichen Grundversorgern bei Bedarf zur Verfügung stehen. Im April 2007 wurde das Reglement geändert. Die im Februar 2008 in Kraft getretene Änderung hat zum Zweck, eine grössere Zahl von Ärztinnen und Ärzten zur Mitwirkung am Bereitschaftsdienst zu motivieren und zu verpflichten. So sind die Voraussetzungen zur Freistellung vom Bereitschaftsdienst restriktiver geworden. Ausserdem ist eine Ausbildungspflicht für Ärztinnen und Ärzte eingeführt worden, die bislang die Qualitätsanforderungen zur Mitwirkung am Bereitschaftsdienst nicht erfüllt haben. Diese Massnahme ist eine Reaktion auf das von Ärztinnen und Ärzten häufig geltend gemachte Argument, sie seien vom Bereitschaftsdienst freizustellen, weil es ihnen an der hierfür geeigneten Ausbildung fehle. Man muss aber auch sagen, dass einige Ärztinnen und Ärzte am Bereitschaftsdienst mitwirken, obwohl sie aufgrund ihres Alters nicht mehr dazu verpflichtet wären.

b) Organisation und Funktionieren

Heute verfügt der Kanton Freiburg über sieben Bereitschaftsdienstkreise. Es sind dies die Bereitschaftsdienstkreise Saane, Sense, Greyerz, See, Glane, Broye (einschl. bestimmte Gemeinden der Waadtländer Broyeregion wie Avenches und Payerne) und Vivisbach.

In den Bezirken Saane (von 7 bis 22 Uhr), Glane, Greyerz und Vivisbach (von 8 bis 22 Uhr) wählt die Patientin oder der Patient die Nummer der kantonalen Anrufzentrale (026/305 11 40), eine Telefonverbindung, die zur Sanitätsnotrufzentrale führt. Die Sanitätsnotrufzentrale übermittelt Telefonnummer, Namen und Adresse der Patientin oder des Patienten per SMS an die Bereitschaftsärztin oder den Bereitschaftsarzt. Diese oder dieser ruft anschliessend die Patientin oder den Patienten zurück. Für die Bezirke Glane, Greyerz und Vivisbach gilt ferner: Von 22 bis 8 Uhr teilt die kantonale Anrufzentrale die Telefonnummer der Notfallstation des freiburger spitals – Standort Riaz (HFR Riaz) mit, die die Nachfrage bearbeitet. Für den Glanebezirk kann auf Wunsch der Bereitschaftsärztin oder des Bereitschaftsarztes des jeweiligen Tages der Zeitpunkt, ab dem der Anruftransfer zur Notfallstation des HFR Riaz erfolgt, vorverlegt werden.

In den Bezirken Sense, See und Broye können Patientinnen oder Patienten eine Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ihres Bezirks wählen. Auf diesem Weg werden sie mit der Bereitschaftsärztin oder dem Bereitschaftsarzt verbunden oder wird ihnen deren bzw. dessen Rufnummer mitgeteilt. Im Sensebezirk wird die Patientin oder der Patient von 20 bis 8 Uhr an das freiburger spital – Standort Tafers verwiesen, das die Nachfrage bearbeitet. Rufen in diesen vier Bereitschaftsdienstkreisen Patientinnen und Patienten die kantonale Anrufzentrale an, so übermittelt ihnen diese die Telefonnummer des Bereitschaftsdienstkreises, der ihren Sektor abdeckt.

Je nach der am Telefon beschriebenen Situation gibt die Bereitschaftsärztin oder der Bereitschaftsarzt der Person telefonisch Auskunft, bestellt sie in ihre oder seine Praxis, fährt zu ihr nach Hause, schickt ihr die Ärztin oder den Arzt des fachärztlichen Bereitschaftsdienstes oder die Ambulanz.

Zwischen der AGKF und dem HFR sind den ganzen Kanton betreffende Gespräche aufgenommen worden, damit die Patientinnen und Patienten, die nachts eine Bereitschaftsärztin oder einen Bereitschaftsarzt brauchen, an das Spital weitergeleitet und die Bereitschaftsärztin oder der Bereitschaftsarzt nur dann gerufen wird, wenn es notwendig ist.

Saanebezirk

Für den Saanebezirk versieht jeweils eine einzige Ärztin oder ein einziger Arzt den Bereitschaftsdienst. 41 Ärztinnen und Ärzte beteiligen sich mit 31 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) am ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Sensebezirk

Im Sensebezirk deckt ein Bereitschaftsdienstkreis den gesamten Bezirk ab. Die daran mitwirkenden Ärztinnen und Ärzte machen 13 VZÄ aus.

Es gibt eine Rufnummer des Bereitschaftsdienstkreises und jeweils nur eine Ärztin oder einen Arzt im Bereitschaftsdienst. Diese Person stellt den Dienst täglich von 8 bis 20 Uhr sicher. Ausserhalb dieser Zeiten werden die ambulanten Notfälle von einer Assistenzärztin oder einem Assistenzarzt des HFR Tafers übernommen. Kann sich die Patientin oder der Patient nicht fortbewegen und drängt sich ein Hausbesuch auf, so kann die Dienst habende Ärztin oder der Dienst habende Arzt des Spitals jederzeit die Bereitschaftsärztin oder den Bereitschaftsarzt des Dienstkreises aufbieten.

Diese Zusammenarbeit funktioniert seit 1. Januar 2007 und konnte bisher ohne Mehrpersonal vom Dienst habenden Spitalpersonal wahrgenommen werden. Abgesehen von einigen Anpassungen der Telefonzentrale hat sie bisher keine Mehrkosten verursacht. Sie hat eine Entlastung der Bereitschaftsärztinnen und -ärzte ermöglicht und auch einige Ärztinnen und Ärzte, die grundsätzlich aus Altersgründen vom Bereitschaftsdienst freigestellt sind, motiviert, sich weiterhin daran zu beteiligen.

Greyerzbezirk

Jeweils eine Ärztin oder ein einziger Arzt deckt den Bereitschaftsdienst für den Greyerzbezirk ab. 19 Ärztinnen und Ärzte, die 16.5 VZÄ ausmachen, wirken am Bereitschaftsdienst mit.

Aufgrund einer Zusammenarbeit mit dem HFR Riaz werden gelegentlich bestimmte Patientinnen und Patienten der Notfallstation an die Bereitschaftsärztin oder den Bereitschaftsarzt verwiesen, um den Notfalldienst des Spitals zu entlasten. Dabei handelt es sich um Fälle, die nicht lebensbedrohlich sind.

Von 8 bis 22 Uhr wird die Bereitschaftsärztin oder der Bereitschaftsarzt von der Sanitätsnotrufzentrale kontaktiert, nachts wird die Patientin oder der Patient an den Notfalldienst des HFR Riaz geleitet. Die Dienst habende Assistenzärztin oder der Dienst habende Assistenzarzt dieses Standorts beurteilt die Situation und bestellt die Patientin oder den Patienten bei Bedarf in den Notfalldienst des HFR Riaz, wenn die betreffende Person fahrtüchtig ist. Kann sie sich nicht fortbewegen und handelt es sich um keinen lebensbedrohlichen Notfall, so wird die Bereitschaftsärztin oder der Bereitschaftsarzt gerufen und begibt sich zu der Patientin oder zu dem Patienten.

Seebezirk

Jeweils eine einzige Ärztin oder ein einziger Arzt deckt den Bereitschaftsdienst für den Seebezirk ab. 15 Ärztinnen und Ärzte wirken an diesem Bereitschaftsdienst mit.

Am 1. Januar 2009 wurde für den Bereitschaftsdienstkreis eine neue zuschlagspflichtige Nummer eingeführt. Dies dürfte es ermöglichen, einen Teil der Bereitschaftsdienstkosten zu bezahlen.

Glanebezirk

Jeweils eine einzige Ärztin oder ein einziger Arzt deckt den Bereitschaftsdienst für den Glanebezirk ab. 7 Ärztinnen und Ärzte, die 6.45 VZÄ ausmachen, wirken am Bereitschaftsdienst mit. Zu diesem Bestand zählt ein Arzt, der aus Altersgründen nicht mehr verpflichtet wäre, Bereitschaftsdienst zu leisten.

Von 8 bis 22 Uhr wird die Bereitschaftsärztin oder der Bereitschaftsarzt von der Sanitätsnotrufzentrale kontaktiert, nachts wird die Patientin oder der Patient an den Notfalldienst des HFR Riaz geleitet. Die Dienst habende Assistenzärztin oder der Dienst habende Assistenzarzt dieses Standorts beurteilt die Situation und bestellt die Patientin oder den Patienten bei Bedarf in den Notfalldienst des HFR Riaz, wenn die betreffende Person fahrtüchtig ist. Kann sie sich nicht fortbewegen und handelt es sich um keinen lebensbedrohlichen Notfall, so wird die Bereitschaftsärztin oder der Bereitschaftsarzt gerufen und begibt sich zu der Patientin oder zu dem Patienten.

Broyebezirk

Seit 1. Januar 2009 gibt es nur noch einen einzigen Bereitschaftsdienst für die Freiburger und die Waadtländer Broyeregion.

Jeweils eine einzige Ärztin oder ein einziger Arzt hat von 8 bis 22 Uhr Bereitschaftsdienst. 22 Ärztinnen und Ärzte, die 20 VZÄ ausmachen, wirken am Bereitschaftsdienst mit. Die Patientin oder der Patient kann die Bereitschaftsärztin oder den Bereitschaftsarzt über die Rufnummer des Bereitschaftsdienstes erreichen, von wo der Anruf auf die Telefonnummer der Ärztin oder des Arztes umgeleitet wird. Je nach der am Telefon beschriebenen Situation gibt die Ärztin oder der Arzt den Patientinnen oder Patienten telefonisch Auskunft, bestellt sie in die Praxis oder sucht sie nach Möglichkeit auf.

Von 22 bis 8 Uhr wird der Patientenruf an die Notfallstation des Interkantonalen Spitals der Broye – Standort Payerne umgeleitet. Die Assistenzärztin oder der Assistenzarzt der Notfallstation beantwortet den Anruf und ruft die/den für den Pikettdienst zuständige/n Bereitschaftsärztin/-arzt nur dann, wenn die Patientin oder der Patient sich nicht fortbewegen kann.

Vivisbachbezirk

Die Situation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist problematisch. Es gibt effektiv nicht mehr genug ärztliche Grundversorger, um einen ständigen Bereitschaftsdienst sicherzustellen. Die Ärztinnen und Ärzte dieses Bezirks haben deshalb im April 2011 beschlossen, vollständig auf den Bereitschaftsdienst zu verzichten, was ihren gesetzlichen Verpflichtungen zuwiderläuft.

c) **Finanzierung**

Der Einsatz einer Bereitschaftsärztin oder eines Bereitschaftsarztes bei einer Patientin oder einem Patienten wird nach TARMED vergütet.

Die Kosten, die aus der Organisation des Bereitschaftsdienstes in jedem Bezirk anfallen, werden von der Ärzteschaft selber finanziert. In bestimmten Bereitschaftsdienstkreisen decken die Ausgleichsabgaben der vom Bereitschaftsdienst freigestellten Personen sowie die Mitgliederbeiträge der Ärztinnen und Ärzte einen Teil dieser Kosten. Im Greyerzbezirk richtet der Gemeindeverband «Réseau santé de la Gruyère» seit 2008 dem Bereitschaftsdienstkreis 5'000 Franken aus. Diese Summe dürfte zur Deckung der durch den Bereitschaftsdienst im Bezirk anfallenden Kosten (Telefonkosten usw.) ausreichen. Im Sensebezirk erhält jede Bereitschaftsärztin und jeder Bereitschaftsarzt jährlich 2'500 Franken zur Finanzierung der Verfügbarkeitsleistungen, die dem Ambulanzdienst angeboten werden, wenn dessen Einsatz eine ärztliche Mitwirkung erfordert. Im Seebezirk läuft der ärztliche Bereitschaftsdienst über eine kostenpflichtige Nummer, die es ermöglicht, einen Teil der Kosten zu finanzieren.

Der Pikettdienst der Bereitschaftsärztinnen und Bereitschaftsärzte (ausserhalb der Sprechstundenzeiten) wird nicht vergütet, was zu einer gewissen Unzufriedenheit auf Seiten der Bereitschaftsärztinnen und -ärzte führt.

2.1.3. Sanitätsnotrufzentrale Freiburg

a) **Gesetzliche Grundlagen und Zuständigkeiten**

Die Sanitätsnotrufzentrale wurde am 1. Februar 1999 aufgrund des Dekrets vom 12. Februar 1998 über die Errichtung einer Sanitätsnotrufzentrale 144 geschaffen. Dieses Dekret sieht vor, dass der Staat ein externes Organ auf der Grundlage eines öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Vertrags mit dem Unterhalt und Betrieb der Sanitätsnotrufzentrale betraut. So ist das HFR Freiburg – Kantonsspital aufgrund eines öffentlich-rechtlichen Vertrags für Betrieb und Unterhalt der Sanitätsnotrufzentrale zuständig. Das Dekret vom 12. Februar 1998 wurde durch eine Verordnung vom 12. Dezember 2006 bis 31. Dezember 2008 verlängert. Ein neues Gesetz ist kürzlich vom Grossen Rat verabschiedet worden. Dessen Geltungsdauer reicht bis 2012 und kann um drei Jahre verlängert werden.

Die Sanitätsnotrufzentrale untersteht der Aufsicht des Staatsrats. Sie ist mit einer Aufsichtskommission für Finanz- und Verwaltungsangelegenheiten dotiert; diese ist das beratende Organ des Staatsrats für alle Fragen in Verbindung mit dem Management der Sanitätsnotrufzentrale. Die Kommission wacht darüber, dass die Sanitätsnotrufzentrale ihrem Auftrag effizient, rationell und wirtschaftlich nachkommt.

b) **Organisation und Funktionieren**

Die Sanitätsnotrufzentrale hat den Auftrag, die Sanitätsnotrufe aus dem ganzen Kanton entgegenzunehmen, sie einer Triage zu unterziehen und unter Angabe der Schwere des Notfalls und der einzusetzenden Mittel die zuständigen Einsatzdienste anzubieten. Sie verwaltet die Anrufe aus dem ganzen Kanton mit Ausnahme jener aus der Freiburger Broyeregion. Seit 2003 verwaltet sie auch die Anrufe aus Avenches und Umgebung, die von den Murtener Ambulanzen bedient wird. Für Avenches und Umgebung gelangen somit alle Anrufe aus dem Festnetz und der Mobiltelefonie an die Freiburger Sanitätsnotrufzentrale.

Für einige an den Kanton Freiburg angrenzende Berner Gemeinden, die offiziell von den Ambulanzen des See- und des Sensebezirks bedient werden, erfolgen das Management und Nachverfolgung dieser Einsätze durch die Sanitätsnotrufzentrale Bern, und nur die Alarmierung läuft über die Freiburger Sanitätsnotrufzentrale.

Die Sanitätsnotrufzentrale funktioniert mit einer Dotation von 12.2 VZÄ. In der Dotation sind die Kaderpersonen des Dienstes (für Verwaltung, operationelle Belange, Ausbildung & Qualität) und die verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt (0.2 VZÄ) inbegriffen. Das Personal, das zweisprachig sein muss (deutsch und französisch) rekrutiert sich aus Rettungssanitäterkreisen und den Ambulanzzentralen, die ihre Tätigkeit bei Eröffnung der Sanitätsnotrufzentrale eingestellt haben. Zwei Sanitätsleitstellendisponentinnen oder -disponenten (die Disponentin bzw. der Disponent) sind rund um die Uhr anwesend.

Das Dossier für den Erwerb der Anerkennung durch den Interverband für Rettungswesen (IAS/IVR) ist in Vorbereitung und muss im Laufe des Jahres 2011 abgeschlossen werden.

Auf Informatikebene verfügt die Sanitätsnotrufzentrale über vier vernetzte Arbeitsplätze: 2 Hauptstellen, 1 Verwaltungsstelle und 1 Reservestelle. Das Einsatzleitsystem (ELS) dient der Disponentin oder dem Disponenten als Wegleitung im Einsatz der Mittel. Das Einsatzsystem MPDS (Medical Priority Dispatch System) ist an das ELS gekoppelt. Dank diesem Analyse-Instrument mit standardisiertem Fragenkatalog kann jede Situation sicher und professionell bearbeitet werden, welche Disponentin oder welcher Disponent auch immer in der Zentrale anwesend ist. Die Anwendung dieses Programms erfordert eine Grundausbildung mit Zertifizierung, die alle zwei Jahre zu erneuern ist.

Seit 2010 ist jede Ambulanz des Kantons mit einem System ausgerüstet, dank dessen Technologie von jedem Fahrzeug aus ein vollständiger Einsatzbefehl entgegengenommen werden kann: auf den Einsatzort zentrierte Kartographie, vollständige Adresse, Priorität, Schlüsselcode, Synthese der standardisierten Fragen MPDS. Die verschiedenen Statusmeldungen der eingesetzten Ambulanz werden direkt vom Bordcomputer an das ELS in der Zentrale 144 transferiert. Das Ganze ist an eine GPS-Positionierung gekoppelt; diese ermöglicht es der Sanitäterin oder dem Sanitäter, sich gegenüber dem Einsatzort zu orten, und der Disponentin oder dem Disponenten, sich jederzeit ein reales Bild von der Positionierung des Ambulanzpools des Kantons zu machen.

Auf Funkebene verfügt die Sanitätsnotrufzentrale über drei Kanäle:

- > Securo 1 (Sanitätskanal), mit 5 Netzentennen: Ecasseys, Gibloux, HFR – Kantonsspital, Hoechi und Murten.
- > K (Koordinationskanal), mit 2 Antennen: Moléson und Gibloux
- > R (Rega), mit 1 Antenne: HFR – Kantonsspital

Für alle Einsätze tagsüber und nachts werden die Sanitäterinnen und Sanitäter per Funkaufruf alarmiert. Dieser beinhaltet die folgenden Elemente: Priorität, Einsatzort und Einsatzgrund.

Die Sanitätsnotrufzentrale verwaltet durchschnittlich 30 Ambulanzeinsätze pro Tag. Diese Zahl beinhaltet täglich fünf bis sechs Verlegungen zwischen Spitälern. Denn die Sanitätsnotrufzentrale ist auch für das Management von Verlegungen zuständig, weil die Freiburger Ambulanzen sowohl Primär- als auch Sekundäreinsätze leisten. Das Verlegungsmanagement bedeutet eine grosse Herausforderung für die Sanitätsnotrufzentrale, handelt es sich doch darum, Verlegungen zu organisieren und zu planen, ohne jemals einen Sektor des Kantons jeglichen Rettungsmittels zu berauben.

c) **Finanzierung**

Die Sanitätsnotrufzentrale wird vollumfänglich vom Staat finanziert. Somit ist ihr Budget im Voranschlag des Amtes für Gesundheit eingetragen. Für das Jahr 2011 wurde der Budgetrahmen auf 1'721'000 Franken festgesetzt: 1'382'000 Franken für Lohnkosten und Sozialleistungen und 339'000 Franken für die übrigen Betriebskosten.

2.1.4. **Ambulanzdienste**

a) **Gesetzliche Grundlagen und Zuständigkeiten**

Nach Artikel 107 Abs. 3 GesG sind die Gemeinden für die Organisation und den Betrieb der Ambulanzdienste zuständig. Um dieser gesetzlichen Anforderung und weiteren Verpflichtungen im Gesundheitsbereich nachzukommen, haben sich die Gemeinden jedes Bezirks im Mehrzweckverband organisiert.

Um die Qualität der Pflegeleistungen zu gewährleisten und die Patientinnen und Patienten zu schützen, unterstellt das Gesundheitsgesetz alle Institutionen des Gesundheitswesens einer Betriebsbewilligung. Das Reglement vom 5. Dezember 2000 über die Ambulanzdienste und Patiententransporte legt die Voraussetzungen für die Erteilung dieser Bewilligung an die Ambulanzdienste fest. Heute verfügen alle Ambulanzdienste über die IVR-Anerkennung, aufgrund dieser das Amt für Gesundheit eine Betriebsbewilligung erteilt. Das obgenannte Reglement präzisiert auch die Verpflichtung der Ambulanzdienste zur Zusammenarbeit untereinander und betraut die Sanitätsnotrufzentrale, die die Prioritäten zu Beginn jedes Einsatzes festsetzt, mit der Regulierung und Koordination der Sanitätseinsätze.

Für bestimmte Veranstaltungen stellen die Ambulanzdienste auf Verlangen und auf Kosten der Organisatoren eine zusätzliche Ambulanz zur Verfügung. Abgesehen von solchen Fällen erfolgt die Nachfrage nach dem Einsatz einer Ambulanz über die Sanitätsnotrufzentrale, die die Nachfrage an die nächstgelegene verfügbare Ambulanz weiterleitet. Dies veranlasst einige Dienste, Leistungen ausserhalb ihrer Einsatzzone anzubieten. Für die Freiburger Brojeregion werden die Ambulanzeinsätze ausschliesslich durch die Sanitätsnotrufzentrale des Kantons Waadt veranlasst.

Die medizinische Verantwortung für die delegierten medizinischen Verrichtungen liegt bei der verantwortlichen Ärztin oder dem verantwortlichen Arzt des Ambulanzdienstes.

Im September 2010 wurde die Freiburgische Vereinigung Leiter Rettungsdienste (FVLRD) gegründet. Der Hauptzweck dieser Vereinigung besteht darin, die Zusammenarbeit unter den Ambulanzdiensten zu fördern und als bevorzugte Ansprechpartnerin der auf diesem Gebiet zuständigen Entscheidungsinstanzen zu fungieren.

b) Organisation und Finanzierung

Saanebezirk

Organisation und Funktionieren

Der Gemeindeverband des Saanebezirks für die sozialmedizinischen Dienste hat namentlich den Betrieb eines Ambulanzdienstes zur Aufgabe. Das Management und der Betrieb des Ambulanzdienstes des Saanebezirks (SAS) hängen direkt vom Direktionskomitee des Verbandes ab.

Der SAS funktioniert mit 25 VZÄ, darunter 23 diplomierte Rettungssanitäter/innen, ein/e Transportsanitäter/in in Ausbildung und eine Transporthilfe. Auf Verlangen und bei Bedarf ergänzen professionelle Aushilfssanitäter/innen den Personalbestand. Zur Dotation des Dienstes kommt eine ärztliche Verantwortliche oder ein ärztlicher Verantwortlicher zu 0.10 VZÄ. Die Einsatzzone des Dienstes erstreckt sich auf alle Gemeinden des Saanebezirks. Der Dienst funktioniert tagsüber mit drei einsatzbereiten Teams, nachts mit zwei. Jedes Team beinhaltet mindestens eine/einen diplomierte/n Rettungssanitäterin/-sanitäter.

Finanzierung

Der SAS wird finanziert durch:

- > die Erträge von Seiten der Versicherer,
- > die Beteiligung der versorgten Personen (von den Versicherern nicht gedeckter Anteil) und
- > die Gemeinden. Der Beitrag der Gemeinden beläuft sich für das Jahr 2010 auf 15.65 Franken je Einwohner/in, und für das Jahr 2011 ist er auf rund 18.20 Franken veranschlagt (Berechnung aufgrund der zivilrechtlichen Bevölkerung am 31.12.2009). Dieser Betrag muss das Defizit decken.

Der jeweilige Anteil derer, die den SAS finanzieren, geht aus der folgenden Tabelle hervor.

	<i>Anteil der Versicherer¹ und Patienten</i>	<i>%</i>	<i>Anteil der Gemeinden des Saanebezirks</i>	<i>%</i>	<i>andere</i>	<i>%</i>	<i>insgesamt</i>	<i>%</i>
2008	2'293'209	62.79	1'358'826	37.21	0.00	0.00	3'652'035	100.00
2009	2'418'461	64.61	1'324'761	35.39	0.00	0.00	3'743'222	100.00
2010	2'448'634	62.72	1'455'365	37.28	0.00	0.00	3'903'999	100.00
Bu 2011	2'428'000	58.88	1'635'750	41.12	0.00	0.00	4'123'750	100.00

¹Der für die Versicherer geltende Tarif ist für alle Bezirke gleich. Die prozentualen Unterschiede rühren aus der Art und der Länge der durchgeführten Transporte her.

Der bei den Versicherern und den Patienten eingezogene Betrag variiert zwischen 692 Franken je Einsatz im Jahr 2009 und 669 Franken je Einsatz im Jahr 2010.

Sensebezirk

Organisation und Funktionieren

Durch den «Gemeindeverband Gesundheitsnetz Sense» haben die Gemeinden des Sensebezirks eine Vereinbarung mit der Gesellschaft «Ambulanz und Rettungsdienst Sense AG» abgeschlossen, um

ihre gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen. Diese Vereinbarung legt die Erwartungen der Gemeinden und die Finanzierung fest.

Der Ambulanzdienst des Sensebezirks ist eine Aktiengesellschaft im Sinne von Artikel 620ff. OR. Er wird durch zwei Organe geleitet und betrieben, den Verwaltungsrat und das Direktionskomitee, das aus der Präsidentin oder dem Präsidenten und drei Mitgliedern des Verwaltungsrats besteht.

Der Ambulanzdienst des Sensebezirks funktioniert mit 14 VZÄ, davon 9 VZÄ diplomierte Rettungssanitäter/innen. Seine Einsatzzone erstreckt sich auf alle Gemeinden des Sensebezirks und drei Gemeinden des Kantons Bern (Laupen, Neuenegg, Kriechenwil).

Tagsüber funktioniert der Dienst mit zwei einsatzbereiten Teams, das eine mit Standort im HFR Tafers, das andere mit Standort in Wünnwil. Nachts ist ein einziges Team einsatzbereit. Tagsüber und nachts kann allenfalls auf Verlangen der Sanitätsnotrufzentrale ein weiteres Team aktiviert werden. Meist besteht jedes Team aus zwei diplomierten Rettungssanitäter/innen, zuweilen aus einem/einer diplomierten Rettungssanitäter/in und einer Person in Ausbildung. Die medizinische Verantwortung für den Dienst liegt beim stellvertretenden Anästhesie-Chefarzt des HFR Tafers.

Handelt es sich um einen Fall der Priorität 1 (Notfall mit wahrscheinlicher Beeinträchtigung der Vitalfunktionen), so führt die Ambulanz zur Unterstützung auch eine Anästhesie-Pflegefachperson des HFR Tafers mit. Wenn der Ambulanzeinsatz eine ärztliche Mitwirkung erfordert, wird gemäss einem Vertrag zwischen dem Gesundheitsnetz Sense und der Ärztevereinigung des Sensebezirks zur Verstärkung eine Ärztin oder ein Arzt gerufen. Die Bereitschaftsärztin oder der Bereitschaftsarzt fährt mit der Ambulanz oder begibt sich direkt zu der Patientin oder dem Patienten.

Finanzierung

Der Ambulanzdienst des Sensebezirks wird finanziert durch:

- > die Erträge von Seiten der Versicherer,
- > die Beteiligung der versorgten Personen (von den Versicherern nicht gedeckter Anteil) und
- > die Gemeinden. Vorgesehen ist, dass der Gemeindeverband den Ambulanzdienst mit einem Jahresbetrag je Einwohnerin und Einwohner entschädigt. Für 2010 belief sich der von den Gemeinden ausgerichtete Betrag auf 12.50 Franken je Einwohner/in; für 2011 steigt dieser Betrag auf 15 Franken (Berechnung aufgrund der zivilrechtlichen Bevölkerung am 31.12.2009).

Der jeweilige Anteil derer, die den Ambulanzdienst des Sensebezirks finanzieren, geht aus der folgenden Tabelle hervor.

	<i>Anteil der Versicherer¹ und Patienten</i>	<i>%</i>	<i>Anteil der Gemeinden des Sensebezirks</i>	<i>%</i>	<i>andere</i>	<i>%</i>	<i>insgesamt</i>	<i>%</i>
2008	1'131'500	69.50	496'500	30.50	0.00	0.00	1'628'000	100.00
2009	1'277'100	71.91	498'900	28.09	0.00	0.00	1'776'000	100.00
2010	1'332'200	72.77	498'900	27.23	0.00	0.00	1'832'100	100.00
BU 2011	1'200'000	66.67	600'000	33.33	0.00	0.00	1'800'000	100.00

¹ Der für die Versicherer geltende Tarif ist für alle Bezirke gleich. Die prozentualen Unterschiede rühren aus der Art und der Länge der durchgeführten Transporte her.

Der bei den Versicherern und den Patienten eingezogene Betrag variiert zwischen 757 Franken je Einsatz im Jahr 2009 und 776 Franken je Einsatz im Jahr 2010.

Freiburger Süden

Organisation und Funktionieren

Im Januar 2004 beschlossen die drei Gemeindeverbände des Freiburger Südens (Glane, Greyerz und Vivisbach), für die drei Bezirke des südlichen Kantonsteils einen einzigen Ambulanzdienst einzuführen. Mit der Einsetzung, dem Management und der Verantwortung wurde das Spital des Freiburger Südens betraut. Auf diese Weise entstand der «Service d' Ambulance Sud Fribourgeois» (ASF) mit Stützpunkt in Vaulruz.

Die Bezirke des südlichen Kantonsteils unterzeichneten eine neue Vereinbarung mit dem HFR. Das Management des Ambulanzdienstes wird jetzt vom HFR sichergestellt, das seit 1. Januar 2008 im Auftrag der Gemeinden der drei Bezirke die Kompetenzen, Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten des Ambulanzdienstes ausübt.

Der ASF hängt von der Direktion des HFR ab, wobei die zuständigen Gemeindeverbände zum finanziellen Beitrag der Gemeinden Stellung nehmen.

Die Einsatzzone des Ambulanzdienstes erstreckt sich über die Gemeinden der drei Bezirke, die ihn finanzieren. Der Dienst funktioniert mit 24 VZÄ, davon 16 VZÄ diplomierte Rettungssanitäter/innen, 7 VZÄ Transportsanitäter/innen und eine verbleibende VZÄ, die zwischen einem/einer diplomierten Rettungssanitäter/in und einem/einer Transportsanitäter/in aufgeteilt wird. Zwei Teams sind Tag und Nacht einsatzbereit. Jedes Team besteht aus einer/einem diplomierten Rettungssanitäter/in und einer/einem Transportsanitäter/in.

Finanzierung

Der ASF wird finanziert durch:

- > die Erträge von Seiten der Versicherer,
- > die Beteiligung der versorgten Personen (von den Versicherern nicht gedeckter Anteil) und
- > die Gemeinden. Der Beitrag der Gemeinden beläuft sich auf 14.55 Franken je Einwohner/in für das Jahr 2010 und ist auf 16.45 Franken für das Jahr 2011 veranschlagt (Berechnung aufgrund der zivilrechtlichen Bevölkerung am 31.12.2009).

Eine Kommission der Ambulanzen des Freiburger Südens vereinigt die Präsidentinnen und Präsidenten der drei Gemeindeverbände und die Direktion des HFR. Die Voranschläge und Geschäftsrechnungen des Ambulanzdienstes werden der Kommission unterbreitet, und die Präsidentinnen und Präsidenten haben die Aufgabe, die Informationen an ihren jeweiligen Gemeindeverband weiterzugeben. Schlussendlich sind es die Gemeinden, die über ihre Delegierten im Gemeindeverband zu den Geschäftsrechnungen und Voranschlägen des Ambulanzdienstes des Freiburger Südens Stellung nehmen.

Die Investitions- und Betriebskosten werden nach der zivilrechtlichen Bevölkerung unter den drei Gemeindeverbänden aufgeteilt. Die Verteilung unter den Gemeinden erfolgt nach den Statuten jedes einzelnen Gemeindeverbands.

Der jeweilige Anteil derer, die den ASF finanzieren, geht aus der folgenden Tabelle hervor.

	<i>Anteil der Versicherer¹ und Patienten</i>	<i>%</i>	<i>Anteil der Gemeinden des Freiburger Südens</i>	<i>%</i>	<i>andere</i>	<i>%</i>	<i>insgesamt</i>	<i>%</i>
2008	1'751'743	62.29	1'060'428	37.71	0	0.00	2'812'171	100.00
2009	1'891'307	66.38	957'766	33.62	0	0.00	2'849'073	100.00
2010	2'036'185	63.31	1'180'000	36.69	0	0.00	3'216'185	100.00
Bu 2011	1'880'000	58.52	1'332'500	41.48	0	0.00	3'212'500	100.00

¹ Der für die Versicherer geltende Tarif ist für alle Bezirke gleich. Die prozentualen Unterschiede rühren aus der Art und der Länge der durchgeführten Transporte her.

Der bei den Versicherern und den Patienten eingezogene Betrag variiert zwischen 635.30 Franken je Einsatz im Jahr 2009 und 625.35 Franken je Einsatz im Jahr 2010.

Seebezirk

Organisation und Funktionieren

Der Ambulanz- und Rettungsdienst Murten und Umgebung ist ein gemeinnütziger Verein, dem alle Gemeinden des Seebezirks und bestimmte Waadtländer und Berner Gemeinden als Mitglieder angehören. Mitglieder sind auch die Samaritersektionen der Einsatzzone des Ambulanz- und Rettungsdienstes Murten und Umgebung.

Der Ambulanz- und Rettungsdienst Murten und Umgebung hängt also direkt von den Vereinsorganen ab.

Die Einsatzzone erstreckt sich auf die Gemeinden des Seebezirks, die Gemeinden des Bezirks Broye-Vully (Waadt) und die benachbarten Berner Gemeinden. Diese Gemeinden beteiligen sich an der Finanzierung des Dienstes.

Der Ambulanz- und Rettungsdienst Murten und Umgebung funktioniert mit 16 VZÄ, davon 7.7 VZÄ diplomierte Rettungsanitäter/innen, 3 VZÄ Transportsanitäter/innen, 4 VZÄ Personen in Ausbildung, 0.7 VZÄ diplomierte Pflegefachpersonen sowie 1.4 VZÄ Teilzeitchauffeure. Die medizinische Leitung des Dienstes nimmt eine Anästhesieärztin oder ein Anästhesearzt des HFR Tafers mit rund 0.10 VZÄ wahr.

Der Dienst funktioniert tagsüber von 8 bis 20 Uhr mit zwei einsatzbereiten Teams, nachts mit einem Team. Manchmal ist es möglich, je nach Verfügbarkeit des Personals ein drittes Team zusammenzustellen. Jedes Team besteht aus zwei Personen.

Finanzierung

Der Ambulanzdienst Murten und Umgebung wird finanziert durch:

- > die Erträge von Seiten der Krankenversicherer,
- > die Beteiligung der versorgten Personen (von den Versicherern nicht gedeckter Anteil),
- > die Jahresbeiträge der Mitgliedgemeinden. Für das Jahr 2011 betragen die Beiträge 15 Franken je Einwohnerin und Einwohner für die Gemeinden des Seebezirks, in Berücksichtigung des Finanzkraftindexes, und 15 Franken für die Gemeinden des Bezirks Broye-Vully. Die Berner

Nachbargemeinden bezahlen einen Solidaritätsbeitrag von 1 Franken je Einwohnerin und Einwohner;

- > Gönnern, Spenden und Legate sowie
- > Kapitalzinsen.

Die von der Bevölkerung der Einsatzzone bezahlten Spenden erscheinen nicht in der Betriebsrechnung des Ambulanzdienstes Murten und Umgebung, denn sie werden für einen klar umrissenen Gebrauch verwendet, die Anschaffung von Material und Fahrzeugen. Dieser Spendenfonds wird getrennt aufgelistet und unterbreitet; er ermöglichte bisher die Finanzierung aller Fahrzeuge sowie des Materials.

Der jeweilige Anteil derer, die den Ambulanzdienstes des Seebezirks finanzieren, geht aus der folgenden Tabelle hervor.

	<i>Anteil der Versicherer¹ und Patienten</i>	<i>%</i>	<i>Anteil der Gemeinden des Seebezirks</i>	<i>%</i>	<i>Anteil der Gemeinden des Bezirks Broye-Vully und der Berner Nachbargemeinden</i>		<i>andere</i>	<i>%</i>	<i>insgesamt</i>	<i>%</i>
2008	1'263'353	67.84	465'255	24.98	102'296	5.49	31'2450	1.68	1'862'149	100
2009	1'306'963	68.11	472'455	24.62	109'589	5.71	30'000	1.56	1'919'007	100
2010	1'233'734	66.09	479'730	25.70	113'122	6.06	40'184	2.15	1'866'770	100
Bu 2011	1'250'000	66.74	480'000	25.63	113'000	6.03	30'000	1.60	1'873'300	100

¹ Der für die Versicherer geltende Tarif ist für alle Bezirke gleich. Die prozentualen Unterschiede rühren aus der Art und der Länge der durchgeführten Transporte her.

Der Ankauf der Ausrüstungen kann mit diesen Beträgen nicht gedeckt werden; diese werden ausschliesslich aus Spenden finanziert. Für die Jahre 2006 bis 2008 wurde ein Fahrzeug für 180'000 Franken angeschafft und ausschliesslich aus Spenden finanziert. Auch für 2009 bis 2010 wurde ein Fahrzeug für 210'000 Franken mit den Spenden bezahlt.

Der bei den Versicherern und den Patienten eingezogene Betrag betrug 673 Franken je Einsatz im Jahr 2009 und 660 Franken je Einsatz im Jahr 2010.

Broyebezirk

Organisation und Funktionieren

Mit einfachem Gesellschaftsvertrag beschlossen der Verband der Spitalzone VII für die Waadtländer Broyeregion und der Gemeindeverband des Broyebezirks für den Betrieb des Bezirksspitals der Freiburger Broye (heute Association des communes pour l'organisation médico-sociale de la Broye), ihre jeweiligen statutarischen Aufgaben durch das Interkantonale Spital der Broye wahrzunehmen. Zu diesen Aufgaben zählt für den Freiburger Verband die Organisation eines Ambulanzdienstes. Auch das Zonenspital von Payerne, dessen Rechtsträger die Association de la zone hospitalière VII war, hatte den Auftrag des Kantons Waadt erhalten, den Betrieb des regionalen Ambulanzdienstes sicherzustellen.

Somit wird das «Centre de secours» der Broyeregion vom Interkantonalen Spital der Broye gemanagt und geleitet, das heisst, durch seinen Verwaltungsrat und seine Direktion.

Die Einsatzzone des «Centre de secours» der Broyeregion erstreckt sich auf alle Gemeinden der Freiburger und Waadtländer Broyeregion. Ausgenommen sind die Gemeinden des Bezirks Avenches, die vom Ambulanzdienst des Seebezirks bedient werden.

Das «Centre de secours» der Broyeregion funktioniert mit 14.08 VZÄ, davon 8.18 VZÄ diplomierte Rettungssanitäter/innen, 4.5 VZÄ Transportsanitäter/innen und 1.48 VZÄ Transporthilfen.

Die medizinische Verantwortung für den Dienst hat die Chefärztin oder der Chefarzt der Anästhesiologie-Abteilung inne.

Das «Centre de secours» der Broyeregion funktioniert mit einem rund um die Uhr verfügbaren Team und einem weiteren Team, das von Montag bis Freitag von 7 bis 19 Uhr zur Verfügung steht. Jedes Team besteht aus mindestens einem/einer diplomierten Rettungssanitäter/in und einem/einer Transportsanitäter/in. Beide Teams sind für Primärnotfälle einsatzbereit, mit einer Besatzung und einem Fahrzeug, die dem Einsatzbefehl entsprechen.

Finanzierung

Das «Centre de secours» der Broyeregion wird finanziert durch:

- > die Erträge von Seiten der Versicherer,
- > den Anteil der versorgten Personen (von den Versicherern nicht gedeckter Anteil), den Staat Waadt und
- > die Gemeinden der Freiburger Broyeregion. Der Beitrag der Gemeinden beläuft sich für 2010 auf 10.25 Franken je Einwohnerin und Einwohner; für 2011 wurde er auf 11.30 Franken budgetiert. Eine Vereinbarung zwischen dem Kanton Waadt und den Gemeinden der Freiburger Broyeregion regelt die Finanzierungsmodalitäten für jeden Partner.

Der jeweilige Anteil derer, die den Ambulanzdienst Broye finanzieren, geht aus der folgenden Tabelle hervor.

	<i>Anteil der Versicherer¹ und Patienten</i>	<i>%</i>	<i>Anteil der Gemeinden der Freiburger Broye</i>	<i>%</i>	<i>Anteil des Kantons Waadt</i>	<i>%</i>	<i>andere</i>	<i>%</i>	<i>Insgesamt</i>	<i>%</i>
2008	976'233	64.17	237'427	15.61	307'131	20.19	460	0.03	1'521'251	100
2009	1'010'639	62.97	245'705	15.31	346'355	21.58	2'301	0.14	1'605'000	100
2010	1'034'175	58.75	264'999	15.05	415'495	23.60	45'762	2.6	1'760'431	100
Bu 2011	1'000'000	59.03	291'480	17.21	402'520	23.76	0	0.0	1'694'000	100

¹ Der für die Versicherer geltende Tarif ist für alle Bezirke gleich. Die prozentualen Unterschiede rühren aus der Art und der Länge der durchgeführten Transporte her.

Der bei den Versicherern und den Patienten eingezogene Betrag betrug 664 Franken je Einsatz im Jahr 2009 und 646 Franken je Einsatz im Jahr 2010.

Für die Beurteilung der Tätigkeit der im Kanton Freiburg aktiven Ambulanzdienste zeigt die folgende Tabelle die Verteilung der Einsätze zwischen Primäreinsätzen (vom Notfallort in eine Institution des Gesundheitswesens) und Sekundäreinsätzen (von einer Institution in eine andere) und entsprechend dem Dringlichkeitsgrad.

Tätigkeit 2008		<i>Priorität 1</i>	<i>in %</i>	<i>Priorität 2</i>	<i>in %</i>	<i>Priorität 3</i>	<i>in %</i>	<i>Total</i>	<i>in %</i>	<i>Verteilung zw. Primär- und Sekundäreinsätzen</i>
Ambulanzdienst Saane	Primäreinsätze	1'604	64.99	743	30.11	121	4.90	2'468	100.00	74.58%
	Sekundäreinsätze	61	7.25	219	26.04	561	66.71	841	100.00	25.42%
	Total	1'665	50.32	962	29.07	682	20.61	3'309	100.00	100.00%
Ambulanzdienst Sense	Primäreinsätze	622	62.76	306	30.88	63	6.36	991	100.00	65.72%
	Sekundäreinsätze	53	10.25	173	33.46	291	56.29	517	100.00	34.28%
	Total	675	44.76	479	31.76	354	23.47	1'508	100.00	100.00%
Ambulanzdienst Freiburger Süden	Primäreinsätze	1'252	62.13	638	31.66	125	6.20	2'015	100.00	74.68%
	Sekundäreinsätze	68	9.96	205	30.01	410	60.03	683	100.00	25.32%
	Total	1'320	48.93	843	31.25	535	19.83	2'698	100.00	100.00%
Ambulanzdienst Seebezirk	Primäreinsätze	691	65.07	253	23.82	118	11.11	1'062	100.00	54.83%
	Sekundäreinsätze	52	5.94	262	29.94	561	64.11	875	100.00	45.17%
	Total	743	38.36	515	26.59	679	35.05	1'937	100.00	100.00%
Ambulanzdienst Broye	Primäreinsätze	758	65.23	291	25.04	113	9.72	1'162	100.00	76.40%
	Sekundäreinsätze	70	19.50	203	56.55	86	23.96	359	100.00	23.60%
	Total	828	54.44	494	32.48	199	13.08	1'521	100.00	100.00%

Tätigkeit 2009		<i>Priorität 1</i>	<i>in %</i>	<i>Priorität 2</i>	<i>in %</i>	<i>Priorität 3</i>	<i>in %</i>	<i>Total</i>	<i>in %</i>	<i>Verteilung zw. Primär- und Sekundäreinsätzen</i>
Ambulanzdienst Saane	Primäreinsätze	1'735	66.40	716	27.40	162	6.20	2'613	100.00	74.79%
	Sekundäreinsätze	41	4.65	170	19.30	670	76.05	881	100.00	25.21%
	Total	1'776	50.83	886	25.36	832	23.81	3'494	100.00	100.00%
Ambulanzdienst Sense	Primäreinsätze	712	64.85	298	27.14	88	8.01	1'098	100.00	65.09%
	Sekundäreinsätze	85	14.43	143	24.28	361	61.29	589	100.00	34.91%
	Total	797	47.24	441	26.14	449	26.62	1'687	100.00	100.00%
Ambulanzdienst Freiburger Süden	Primäreinsätze	1'425	63.96	651	29.22	152	6.82	2'228	100.00	74.69%
	Sekundäreinsätze	75	9.93	146	19.34	534	70.73	755	100.00	25.31%
	Total	1'500	50.28	797	26.72	686	23.00	2'983	100.00	100.00%
Ambulanzdienst Seebezirk	Primäreinsätze	720	62.12	299	25.80	140	12.08	1'159	100.00	59.65%
	Sekundäreinsätze	39	4.97	162	20.66	583	74.36	784	100.00	40.35%
	Total	759	39.06	461	23.73	723	37.21	1'943	100.00	100.00%
Ambulanzdienst Broye	Primäreinsätze	697	57.75	390	32.31	120	9.94	1'207	100.00	78.43%
	Sekundäreinsätze	83	25.00	182	54.82	67	20.18	332	100.00	21.57%
	Total	780	50.68	572	37.17	187	12.15	1'539	100.00	100.00%

Priorität 1: Soforteinsatz, Vorrangigkeitssignale eingeschaltet für eine Intervention mit Wahrscheinlichkeit der Beeinträchtigung von Vitalfunktionen

Priorität 2: Unverzögerlicher Einsatz, Vorrangigkeitssignale nur eingeschaltet, wenn für das Vorankommen nötig, für eine Intervention ohne Wahrscheinlichkeit der Beeinträchtigung von Vitalfunktionen

Priorität 3: Einsatz ohne Vorrangigkeitssignale auf programmierte Nachfrage oder Nachfrage, die eine Frist erlaubt

2.1.5. **Mobile ärztliche Betreuung**

Im Kanton Freiburg bieten drei Akteure eine mobile ärztliche Betreuung präklinischer Notfälle an:

- > SMUR Sarine: dieser gelangt nur im Saanebezirk zum Einsatz.
- > SMUR Broye: dieser gelangt in den Gemeinden der Freiburger und der Waadtländer Broyeregion zum Einsatz.
- > REGA (Schweizerische Rettungsflugwacht): diese kann im ganzen Kanton zum Einsatz kommen.

a) **SMUR Sarine**

Gesetzliche Grundlagen und Zuständigkeiten

Der SMUR Sarine funktioniert seit dem 5. Januar 1998 die Woche hindurch von 8 bis 20 Uhr. Diese Tätigkeit ist das Ergebnis einer Vereinbarung, die am 11. April 1997 zwischen der Gesundheits- und Sozialfürsorgedirektion (heute Direktion für Gesundheit und Soziales), dem früheren Kantonsspital und dem Ambulanzdienst Saane (SAS) über die ärztliche Betreuung der Ambulanzen dieses Dienstes abgeschlossen wurde.

Am 31. Dezember 2005 kündigte der SAS die geltende Vereinbarung wegen der Schwierigkeit des Kantonsspitals, regelmässig Ärztinnen und Ärzte bereitzustellen, die diese ärztliche Betreuung sicherstellen können. Seither regelt trotz eines neuen Vereinbarungsvorschlags von Seiten der Verantwortlichen des SMUR, des SAS, des ASF und der Sanitätsnotrufzentrale keine rechtliche Grundlage das weitere Funktionieren dieses Dienstes. Faktisch ist daher dessen Tätigkeit heute nahezu inexistent.

Organisation und Funktionieren

Da der Ambulanzdienst des Saanebezirks vom Gemeindeverband Saane finanziert wird, beschränkt sich seine Einsatzzone grundsätzlich auf diesen Bezirk.

Die medizinische Leitung wird von einer Kaderärztin oder einem Kaderarzt sichergestellt, deren oder dessen Stelle 0.1 VZÄ entspricht.

Die SMUR-Besatzung besteht aus einem/einer professionellen Rettungssanitäter/in IVR/SRK des SAS und einem/einer älteren Arzt/Ärztin aus dem HFR Freiburg - Kantonsspital. Der Wille der verschiedenen Verantwortlichen des SMUR und des Ambulanzdienstes war es stets, dem SMUR erfahrene Ärztinnen und Ärzte zur Seite zu stellen, die fähig sind, lebensbedrohliche Notfälle zu versorgen. Alle Ärztinnen und Ärzte des SMUR sind daher Kaderärzte des HFR oder zumindest Anästhesie-Assistenzärztinnen und -ärzte mit zweijähriger Ausbildung in Innerer Medizin und einjähriger Ausbildung in Anästhesie.

Der Einsatz erfolgt nach dem Anmeldesystem. Dies erlaubt es der Ärztin oder dem Arzt, sich rasch zu entfernen, wenn der Schweregrad des Notfalls keine ärztliche Begleitung bis zum Spital erfordert, und sich gegebenenfalls rasch zu einem nächsten Einsatz zu begeben.

Montags bis Freitags gehört der/die SMUR-Sanitäter/in zum dritten Ambulanzteam. Demzufolge ist die dritte Ambulanz des SAS nicht verfügbar, wenn ein SMUR-Einsatzbefehl erfolgt ist. Am Wochenende funktioniert der SAS mit nur 2 Teams von Rettungssanitäter/innen, und die SMUR-Ärztin oder der SMUR-Arzt startet mit der Ambulanz, die den Einsatz leistet.

Es sei erwähnt, dass während der Fussball Europameisterschaft während 19 Tagen ein SMUR-Experiment durchgeführt wurde. In Zusammenarbeit mit den Ambulanzdiensten des Kantons funktionierte der SMUR täglich während 19 Stunden, von 7 Uhr morgens bis 2 Uhr früh. An einigen besonderen Tagen wurde diese Zeitspanne sogar bis 4 Uhr verlängert. Während diesen 19 Tagen erhöhte sich die Zahl der SMUR-Einsätze auf 64; hinzu zu zählen sind 7 Einsätze zwischen 2 und 7 Uhr, für die eine Notärztin oder ein Notarzt nötig gewesen wären. Somit belaufen sich die Einsätze während dieser Zeit auf durchschnittlich 3.7 pro Tag. Aufgrund dieser Erfahrung kann die Tätigkeit eines kantonalen SMUR rund um die Uhr auf 1'364 Einsätze im Jahr veranschlagt werden; allerdings ist diese Hochrechnung mit einer gewissen Vorsicht zu behandeln.

Finanzierung

Der SAS verrechnet bei jedem SMUR-Einsatz eine Pauschale für die Bereitstellung des Fahrzeugs und der Rettungssanitäterin oder des Rettungssanitäters. Das Spital seinerseits verrechnet die ärztliche Leistung nach TARMED und nach den verwendeten Medikamenten.

Das SMUR-Fahrzeug ist vom SAS finanziert worden, das Monitoring/Defibrillationsgerät vom Spital. Die übrige Ausrüstung sowie der Fahrzeugunterhalt werden vom SAS sichergestellt und finanziert. Die persönliche Ausrüstung der SMUR-Ärztinnen und -Ärzte werden grösstenteils vom SAS sichergestellt.

b) SMUR Broye

Gesetzliche Grundlagen und Zuständigkeiten

Gemäss einem Grundsatzentscheid der Delegiertenversammlung vom 30. November 2005 beteiligen sich die Gemeinden des Broyebezirks an der Finanzierung des auch die waadtländische Broyeregion bedienenden SMUR. Am 30. November 2006 genehmigten die Delegierten einstimmig die Vereinbarung vom 6. November 2006 über die Finanzierung der präklinischen Notfalldienste des Interkantonalen Spitals der Broye. Unterzeichnet wurde diese Vereinbarung vom Service de la santé publique des Kantons Waadt, dem Gemeindeverband des Freiburger Broyebezirks für den Betrieb des Bezirksspitals und dem Interkantonalen Spital der Broye. Die Einsätze des SMUR werden ausschliesslich durch die Sanitätsnotrufzentrale des Kantons Waadt ausgelöst.

Organisation und Funktionieren

Die Gemeinden der Freiburger und der Waadtländer Broyeregion werden vom SMUR bedient, der im Interkantonalen Spital der Broye, Standort Payerne, stationiert ist. Um in den Genuss dieser Leistung zu kommen, beteiligen sie sich an der Finanzierung des SMUR, der die gleiche Einsatzzone abzudecken hat wie der Ambulanzdienst der Broye.

Die Mitwirkung an den Tätigkeiten des SMUR ist in das Pflichtenheft aller Assistenzärztinnen und -ärzte des Departements für Innere Medizin eingetragen. Assistenzärztinnen und -ärzte des ersten Jahres wirken erst ab ihrem zweiten Assistenz-Halbjahr mit. Durchschnittlich aber wirken

Assistenzärztinnen und -ärzte des zweiten Jahres an dieser Tätigkeit mit. Zu Beginn der SMUR-Tätigkeit nimmt jede bzw. jeder dieser Assistenzärztinnen und -ärzte an einem viertägigen Ausbildungskurs teil; dieser beinhaltet auch einen praktischen Übungstag mit Beteiligung eines Ambulanzdienstes und eines Feuerwehrkorps des Kantons Waadt. Während des Jahres werden zur Wahrung der Kompetenzen regelmässig weitere Trainingskurse am CHUV organisiert. An diesen wirken die verantwortlichen SMUR-Ärztinnen und -Ärzte jedes Waadtländer Zonenspitals als Lehrpersonen mit. Darüber hinaus können die ärztlichen «Smuristinnen und Smuristen» des Interkantonalen Spitals der Broye rund sechsmal jährlich zweitägige Praktika beim SMUR des CHUV absolvieren.

Alle assistenzärztlichen «Smuristinnen/Smuristen» verfügen über ein Einsatzheft, das die angemessenen Verhaltensweisen, Protokolle und Verrichtungen beschreibt. Dieses Einsatzheft wird regelmässig entsprechend den neuen wissenschaftlichen Empfehlungen aktualisiert. Durch die Chefärztin bzw. den Chefarzt des SMUR oder der Notfallstation des Interkantonalen Spitals der Broye wird für alle einzelnen assistenzärztlichen «Smuristinnen/Smuristen» ein Debriefing sichergestellt.

Jeder Einsatz ausserhalb des Spitals ist Gegenstand eines Berichts, der in das Patientendossier eingeht. Mit dem ständigen Anliegen der Qualitätsverbesserung werden alle Einsatzberichte von der verantwortlichen Ärztin oder dem verantwortlichen Arzt des SMUR überprüft. Bei Problemen in der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten führt die verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt des SMUR oder die Chefärztin bzw. der Chefarzt der Notfallstation ein konstruktives Gespräch mit der/dem implizierten assistenzärztlichen «Smuristin/Smuristen». Und zu Beginn der Tätigkeit im SMUR oder wenn ein Alarm auf eine ernste Situation schliessen lässt, begleitet die Chefärztin oder der Chefarzt des Notfalldienstes sehr oft die/den assistenzärztlichen «Smuristin/Smuristen».

Finanzierung

Der finanzielle Beitrag der Gemeinden des Freiburger Broyebezirks betrug 8.40 Franken je Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2010 und ist für 2011 auf 7.75 Franken budgetiert.

c) **REGA**

Gesetzliche Grundlagen und Zuständigkeiten

Die REGA ist eine selbständige gemeinnützige Stiftung, Korporativmitglied des Schweizerischen Roten Kreuzes.

Organisation und Funktionieren

Der Einsatz eines REGA-Helikopters erfolgt auf Anruf einer Patientin oder eines Patienten, einer Sanitätsnotrufzentrale oder auf Verlangen einer Rettungssanitäterin bzw. eines Rettungssanitäters am Ereignisort über die Sanitätsnotrufzentrale. Der Alarm geht an das REGA-Center in Zürich. Wenn die Wetterverhältnisse es erlauben, schickt dieses den verfügbaren (operationellen) Helikopter los, der am nächsten beim Ereignisort stationiert ist. Für unseren Kanton werden hauptsächlich die Helikopterbasen Bern (REGA 3) und Lausanne (REGA 4) in Anspruch genommen. Zur Verstärkung dienen auch die Basen Zweisimmen (REGA 14) und Genf (REGA 15). Die REGA wird auch für ärztlich betreute Verlegungen von einem Spital in ein anderes beansprucht. Der Einsatz erfolgt über die Sanitätsnotrufzentrale.

Für das Jahr 2007 gab es 176 Primäreinsätze und 82 Sekundäreinsätze auf insgesamt 258 REGA-Einsätze im Kanton Freiburg.

Finanzierung

Die REGA verrechnet die erteilten Leistungen direkt der Patientin bzw. dem Patienten oder der Versicherung. Für Verlegungen zwischen Spitälern geht die Rechnung in der Regel an das Spital, das den Einsatz verlangt hat.

2.1.6. Notfalldienst der Spitäler

a) **Gesetzliche Grundlagen und Zuständigkeiten**

Nach dem Gesetz vom 27. Juni 2006 über das Freiburger Spitalnetz (FSNG) ist das HFR verpflichtet, Leistungen in verschiedenen Bereichen zu erteilen, darunter die Notfallpflege. Die Organisation dieser Pflege muss derjenigen entsprechen, die in der vom Staatsrat genehmigten Spitalplanung vorgesehen ist.

Diese Planung erfasst zwei Arten Notfälle:

> *Ambulante Notfälle:*

Es handelt sich um die Versorgung nicht programmierter Fälle, die in der Regel keinen Spitalaufenthalt erfordern. Die Patientin oder der Patient kann nach ihrer oder seiner Versorgung nach Hause zurückkehren.

> *Stationäre Notfälle:*

Es handelt sich um die Versorgung nicht programmierter Fälle, die besondere medizinische Untersuchungen, eine nachhaltige Betreuung oder einen chirurgischen Eingriff mit Benützung einer vollständigen technischen Plattform (Operateur/in, Assistent/in, Anästhesist/in, OP-Pflegepersonal usw.) erfordern. Die Patientin oder der Patient wird nach der Untersuchung oder dem chirurgischen Eingriff in eine Abteilung des Spitals aufgenommen.

b) **Organisation und Funktionieren**

Mit Ausnahme der Standorte Billens und Châtel-St-Denis bieten alle HFR-Standorte eine Notfallversorgung, wenn es sich auch beim Standort Meyriez-Murten lediglich um Notfälle handelt, die nicht lebensbedrohlich sind. Beim Interkantonalen Spital der Broye ist die Versorgung je nach Standort unterschiedlich.

HFR Freiburg – Kantonsspital

Der Notfalldienst des HFR Freiburg – Kantonsspital ist eine vollwertige Abteilung mit einer eigenen Chefärztin oder einem eigenen Chefarzt. Die Notfallabteilung nimmt rund um die Uhr und an sieben Tage die Woche alle an sie gelangenden Personen auf, behandelt sie und weist sie wenn nötig stationär ein oder verlegt sie in ein anderes Spital. Kinder mit nicht chirurgischen Problemen werden im pädiatrischen Notfalldienst behandelt; ausgenommen sind Fälle, für die ein Reanimationssaal nötig ist.

Die Notfallabteilung beschäftigt 29.6 VZÄ Krankenpflegepersonal (4 bis 6 Pflegefachpersonen tagsüber und 3 in der Nacht), eine Oberärztin oder einen Oberarzt und 5 Assistenzärztinnen und

Assistenzärzte (3 für die medizinischen, 2 für die chirurgischen Notfälle) tagsüber, wohingegen nachts 2 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte anwesend sind (1 für die Innere Medizin, 1 für die Chirurgie).

Die Patientinnen und Patienten werden in 18 «Behandlungsboxen» betreut. 2010 belief sich die Zahl der vom Dienst durchgeführten Konsultationen auf 29'800.

Die Einführung einer «filière rapide», dank der Patientinnen und Patienten, die eher einer ärztlichen Konsultation als einer Notfallbehandlung bedürfen, selektiver erfasst werden können, wird derzeit geprüft und dürfte Ende 2011 erfolgen.

HFR Tafers

Der Notfalldienst des HFR Tafers untersteht der Verantwortung der Leitenden Ärztin oder des Leitenden Arztes der Inneren Medizin. Er nimmt rund um die Uhr und an sieben Tagen die Woche alle an ihn gelangenden Personen auf, behandelt sie und weist sie wenn nötig stationär ein oder verlegt sie in ein anderes Spital.

Der Dienst beschäftigt 5,1 VZÄ Krankenpflegepersonal (1 Pflegefachperson tagsüber und 1 Pflegefachperson nachts). Tagsüber ist eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt anwesend, und nachts leistet eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt Pikettdienst. Nachtsüber verfügt der Spitalstandort als ganzer über eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt, die oder der sich auch um Notfälle kümmert, sowie über eine Ärztin oder einen Arzt im Pikettdienst, die oder der wenn nötig gerufen wird.

Die Patientinnen und Patienten werden in 6 «Behandlungsboxen» betreut. 2010 belief sich die Zahl der vom Dienst durchgeführten Konsultationen auf 7'008.

HFR Riaz

Der Notfalldienst des HFR Riaz wird von einer eigenen Chefärztin oder einem eigenen Chefarzt geleitet. Er nimmt rund um die Uhr und an sieben Tagen die Woche alle an ihn gelangenden Personen auf, behandelt sie und weist sie wenn nötig stationär ein oder verlegt sie in ein anderes Spital.

Der Dienst beschäftigt 12 VZÄ Krankenpflegepersonal (3 Pflegefachpersonen tagsüber und 2 in der Nacht). Tagsüber sind 2 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte anwesend (1 für medizinische, 1 für chirurgische Notfälle, wohingegen in der Nacht eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt für Notfälle vorhanden ist).

Die Patientinnen und Patienten werden in 8 «Behandlungsboxen» betreut. 2010, belief sich die Zahl der vom Dienst durchgeführten Konsultationen auf 15'050.

HFR Meyriez-Murten

Gemäss der im März 2008 vom Staatsrat beschlossenen Spitalplanung wurde die chirurgische Abteilung geschlossen; die Versorgung nicht lebensbedrohlicher Notfälle wird aber nach wie vor gewährleistet. Um der Spitalplanung zu entsprechen, wählte das HFR eine Lösung, die in der Errichtung einer «Permanence» bestand; diese empfängt Patientinnen und Patienten ohne

Voranmeldung. Versehen wird diese Permanence von Allgemeinärztinnen und -ärzten (4.5 VZÄ) mit langjähriger Erfahrung in ihrem Beruf und in Notfallpflege. Diese Ärztinnen und Ärzte werden von der Ärzteschaft der Inneren Medizin des Spitals unterstützt, indem diese einen Pikettdienst rund um die Uhr sicherstellt. Die Permanence ist von 8 bis 22 Uhr in Betrieb. Ausserhalb dieser Zeiten stellt eine Dienst habende Assistenzärztin oder ein Dienst habender Assistenzarzt eine Erstversorgung sicher. In komplexen Fällen kontaktiert sie oder er eine ärztliche Kaderperson im Pikettdienst; wenn nötig wird die Verlegung der Patientin oder des Patienten in ein anderes Spital organisiert.

Der Dienst beschäftigt 3 VZÄ Krankenpflegepersonal (1 Pflegefachperson tagsüber). In der Nacht übernimmt die für die Etage zuständige Pflegefachperson die Notfälle. Die Patientinnen und Patienten werden in 4 «Behandlungsboxen» betreut.

2010 hat die Permanence 16'085 Konsultationen verzeichnet.

Interkantonales Spital der Broye – Standort Payerne

Die Notfallstation des Interkantonalen Spitals der Broye – Standort Payerne untersteht der operationellen Leitung einer Leitenden Notärztin oder eines Leitenden Notarztes. Sie nimmt rund um die Uhr und an sieben Tagen die Woche alle an sie gelangenden Personen auf, behandelt sie und weist sie wenn nötig stationär ein oder verlegt sie in ein anderes Spital.

Für die Sicherstellung der Notfall- und der Poliklinik-Konsultationen beschäftigt der Dienst 15.0 VZÄ Pflegefachpersonen und 2.9 VZÄ Fachpersonen Gesundheit (FaGe). Tagsüber sowie nachts sind 2 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte anwesend (1 medizinische, 1 für chirurgische Notfälle). Die Patientinnen und Patienten werden in 6 «Behandlungsboxen» betreut.

2010 belief sich die Zahl der Notfallkonsultationen auf 15'238, diejenige der Poliklinik-Konsultationen auf 5'676, somit auf insgesamt 20'914.

Interkantonales Spital der Broye – Standort Estavayer-le-Lac

Im Interkantonalen Spital der Broye – Standort Estavayer-le-Lac ist eine Notfallversorgung von Montag bis Freitag von 7.30 bis 19 Uhr möglich, samstags, sonntags und feiertags von 9 bis 19 Uhr. Die versorgten Notfälle müssen mit den personellen und technischen Ressourcen, die diesem Standort zugeteilt sind, vereinbar sein. Notfälle, die diesen Rahmen sprengen, werden zum Standort Payerne oder in ein anderes Spital weitergeleitet.

c) Finanzierung

Die von den Notfallstationen der Spitäler versorgten Notfälle werden nach TARMED verrechnet, wohingegen Fälle, die stationär eingewiesen werden, nach den geltenden Tarifen in Rechnung gestellt werden.

2.1.7. Psychiatrische Notfallversorgung

Die Woche hindurch von 8 bis 18 Uhr ist das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit, Psychosoziales Zentrum Freiburg (FNPG – PSZ) für psychiatrische Notfälle zuständig. Ab 18 Uhr und an Wochenenden steht die Dienst habende Ärztin oder der Dienst habende Arzt des FPGN – PSZ nur den Freiburger Spitälern zur Verfügung. Für andere Nachfragen, auch solche von Seiten

der Polizei, ist die Bereitschaftsärztin oder der Bereitschaftsarzt des Bereitschaftsdienstkreises, wo sich die Patientin oder der Patient befindet, zuständig. Sie oder er kann eine niedergelassene psychiatrische Berufskollegin oder einen niedergelassenen psychiatrischen Berufskollegen beiziehen, denn die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie stellen einen spezialärztlichen Bereitschaftsdienst sicher (ärztliche Zweitversorger).

Die Alarmierung der Dienst habenden Ärztin oder des Dienst habenden Arztes des FNPG – PSZ erfolgt über die Sanitätsnotrufzentrale (Pager-Meldung). Für den Einsatz der niedergelassenen Psychiaterin oder des niedergelassenen Psychiaters wird deren oder dessen Handy-Nummer von der Sanitätsnotrufzentrale der Bereitschaftsärztin oder dem Bereitschaftsarzt übermittelt, die oder der dann direkt den Kontakt aufnehmen kann.

Das heutige Funktionieren der psychiatrischen Notfallversorgung wird derzeit untersucht, und ein psychiatrisches Notfallkonzept wird erarbeitet.

2.1.8. **Weitere Akteure des präklinischen Notfallversorgung**

Weitere Akteure erleichtern oder verbessern die präklinische Notfallversorgung.

Mobiles Team für psychosoziale Notfälle (EMUPS)

Seit 1. März 2010 besteht ein Dienst für psychosoziale Unterstützung unter der Bezeichnung EMUPS. In der Praxis kommt er im Anschluss an die Interventionen der üblichen Rettungsdienste zum Einsatz. Das mehrdisziplinäre Team unterstützt Personen und deren Angehörige, die besonders traumatisierenden Ereignissen oder Situationen ausgesetzt sind. Dieses Team wurde aufgestellt, nachdem sich die Polizei immer öfter dem Phänomen häuslicher Gewalt sowie Personen in Schwierigkeiten, die eine sofortige psychologische Unterstützung erfordern, gegenüber sah.

Das EMUPS kann nur über die herkömmlichen Rettungsdienste mobilisiert werden und gründet auf einer Partnerschaft zwischen den Fachpersonen des FNPG und selbständigen Psychologinnen und Psychologen. Es setzt sich aus rund 40 Personen zusammen, die einen einsatzbereiten Pikettdienst sicherstellen. Diese Leistungen werden sowohl tagsüber wie auch nachts durch zwei Fachpersonen rund um die Uhr sichergestellt,

Die Leistung beinhaltet die Arbeit, die in den letzten Jahren durch selbständige Psychologinnen und Psychologen im Rahmen des SOS Psy geleistet wurde. Diese Fachpersonen sind in das EMUPS-Dispositiv aufgenommen worden.

Notfallseelsorge der Region Murten und Tafers

Dieser Dienst für psychologische Unterstützung ist für den ganzen Seebezirk tagtäglich rund um die Uhr verfügbar. Er stellt eine Gruppe von freiwillig ausgebildeten Pastorinnen/Pastoren und Psychologinnen/Psychologen zur Verfügung. Der Einsatz erfolgt auf Verlangen der am Einsatzort befindlichen Rettungssanitäter/innen über die Sanitätsnotrufzentrale. Es wird eine Pager-Meldung geschickt, und die Person im Bereitschaftsdienst kontaktiert anschliessend die Sanitätsnotrufzentrale oder direkt die Rettungssanitäterin oder den Rettungssanitäter am Einsatzort. In besonders schwierigen Situationen leistet dieser Dienst eine enorm wichtige Unterstützung. Seit 2010 besteht auch im Sensebezirk ein Dienst für psychologische Unterstützung.

First responder für die Region Jaun

Dieser Dienst wurde in Zusammenarbeit mit den Samariterinnen und Samaritern der Region Jaun organisiert, um eine lokale Hilfe bei bestimmten Einsätzen, wo es um lebensbedrohliche Notsituationen geht, anzubieten. Der Grund für diese Organisation liegt in der Entfernung dieser Region. Alarmiert wird der Dienst mit Pager-Meldung über die Sanitätsnotrufzentrale, gleichzeitig mit dem Aufgebot der Ambulanz.

Rettungskolonne (SAC)

Die Rettungskolonne wird auf Anruf oder auf Verlangen der Rettungssanitäterinnen und -sanitäter am Ereignisort für Einsätze in schwierigem Gelände aufgeboden. Die Alarmierung erfolgt über das REGA-Center in Zürich.

Polizei

Die Polizei interveniert in Situationen, wo die öffentliche Ordnung oder Sicherheit gefährdet ist.

Feuerwehr

Die Feuerwehr interveniert regelmässig gleichzeitig mit den Ambulanzen, vor allem aus folgenden Gründen: Bergung Eingeschlossener, Auslaufen von Kohlenwasserstoff oder anderen gefährlichen Stoffen, Brandgefahr oder Brand, Hilfe beim Tragen, Einsatz in schwierigem Gelände.

Apotheke

Auch die Apotheken spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung von Fällen, in denen lediglich Arzneimittel auf Empfehlung der Apothekerin oder des Apothekers und ohne ärztliche Verordnung abzugeben sind. Für schwerere Fälle, die die Abgabe von ärztlich verordneten Arzneimitteln erfordern, ist der Bereitschaftsdienst der Apotheken ein wichtiges Element der Notfallbetreuung durch die Bereitschaftsärztinnen und -ärzte. Die Sanitätsnotrufzentrale informiert nachts und am Wochenende über die Dienstapotheke jedes Bezirks. Ausserhalb der Öffnungszeiten und nur für dringende Notfälle übermittelt die Sanitätsnotrufzentrale die Handy-Nummer des Dienstapothekers oder der Dienstapothekerin.

2.1.9. Präklinische Versorgung in ausserordentlichen Lagen

a) **Gesetzliche Grundlagen und Zuständigkeiten**

Die gesetzlichen Grundlagen im Bereich der ausserordentlichen Lagen sind:

- > das Gesetz vom 13. Dezember 2007 über den Bevölkerungsschutz (BevSG)
- > das Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 (GesG)

b) **Organisation und Funktionieren**

Die Akteure der präklinischen Notfallversorgung sind sowohl für Alltagseinsätze als auch bei ausserordentlichen Ereignissen gefordert, vor allem bei Grossunfällen oder grösseren Schadenfällen und Katastrophen.

Der Kanton verfügt aber auch über «ausserordentliche» Akteure und Mittel, die ebenfalls mobilisiert werden können, um die präklinische Versorgung in ausserordentlichen Lagen zu verstärken. Diese Akteure und Mittel sind namentlich: die berufliche sanitäre Einsatzgruppe (GISP), das Sanitätsunterstützungsfahrzeug (VSS), die psychologische Betreuungsgruppe und der Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe (GRIMCA).

Weiter unten, im Kapitel 1.2. *Koordinationsmassnahmen*, geht es um die Wichtigkeit der Koordination zwischen den üblichen Akteuren der präklinischen Notfallversorgung und diesen «ausserordentlichen» Akteuren.

Berufliche sanitäre Einsatzgruppe (GISP)

Die berufliche sanitäre Einsatzgruppe (GISP) besteht derzeit aus rund 40 lauter freiwilligen Gesundheitsfachleuten: Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen mit Spezialisierung in Anästhesie, Notfallmedizin oder Intensivpflege. Die GISP wird bei Katastrophen, Grossunfällen oder grösseren Schadenfällen sowie punktuell in den Sicherheitsdispositiven grosser Sport- und Kulturveranstaltungen eingesetzt. Sie stellt die Pflege und Behandlung in der Sanitätshilfsstelle sicher. Administrativ untersteht die GISP der Verantwortung des Kantonsarztamtes.

Die Organisation und das Funktionieren der GISP sind derzeit nicht ausreichend geregelt. Das Kantonsarztamt (KAA) diskutiert dieses Thema mit dem Amt für Gesundheit (GesA), damit die GISP baldmöglichst über eine gesetzliche Grundlage verfügt (s. Koordinationsmassnahmen, Ziffer 1.2.2).

Sanitätsunterstützungsfahrzeug (VSS)

Das in Zusammenarbeit mit dem Kanton Waadt angeschaffte Sanitätsunterstützungsfahrzeug (véhicule de soutien sanitaire, VSS) verbessert den Einsatz der GISP erheblich. Dank dem VSS können das Material und die Ausrüstung, die für die Sanitätshilfsstelle nötig sind, in einem einzigen Fahrzeug konzentriert werden. Dieses Fahrzeug ist in die Einsatzverstärkungsmittel des Einsatzplans für den Katastrophenfall (Plan *ROUGE*) und des Einsatzplans für Grossunfälle und grössere Schadenfälle (Plan *ORANGE*) integriert.

Der Betrieb des in Payerne stationierten VSS wird zum einen von der Waadtländer regionalen Zivilschutzorganisation (Unterhalt und Führung) und zum anderen von der GISP sichergestellt. Das im März 2010 von den zuständigen Diensten der Kantone Waadt und Freiburg unterzeichnete Reglement des VSS Payerne regelt namentlich die Modalitäten, die für die Alarmierung, die Benützung und den Einsatz des Fahrzeugs gelten. Übrigens hat auch die Stadt Lausanne ein VSS angeschafft, das bei Bedarf im südlichen Teil des Kantons Freiburg zum Einsatz kommen könnte. Andererseits könnte das in Payerne stationierte Fahrzeug wenn nötig im nördlichen Teil des Kantons Waadt zum Einsatz kommen.

Psychologische Betreuungsgruppe

Die psychologische Betreuungsgruppe hat zum Zweck, den in ein ausserordentliches, potenziell traumatisierendes Ereignis verwickelten Personen (Opfer, Augenzeuginnen und -zeugen, Familien usw.), aber auch den Mitgliedern der bei einem solchen Ereignis aufgeborenen Einsatzkräfte psychologische Nothilfe zu leisten.

Die *psychologische Betreuungsgruppe* ist eine vom Nationalen Netzwerk Psychologische Nothilfe (NNPN)⁵ zertifizierte Einsatzorganisation. Sie besteht aus freiwilligen Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiatern oder Personen, die eine Ad-hoc-Ausbildung in psychologischer Nothilfe erhalten haben. Die Gruppe kann im Katastrophenfall vom Kantonalen Führungsorgan (KFO) und bei Grossunfällen und grösseren Schadenfällen von der Einsatzleitung mobilisiert werden.

Eine nachhaltige Koordinationsstruktur muss noch im Rahmen eines vom KAA geführten Projektes definiert werden (s. Koordinationsmassnahmen, Ziffer 1.2.2).

Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe (GRIMCA)

Zwecks Optimierung der Sanitätsverstärkungen bei Grossunfällen oder Katastrophen wurde unter der Schirmherrschaft des Groupement romand des services de santé publique (GRSP) eine Gruppe mit der Bezeichnung «Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe (GRIMCA)» aufgestellt. Deren Zweck besteht darin, den Gesundheitsbehörden eines Kantons, der von einem Ereignis mit zahlreichen Verletzten betroffen ist, einen Pool aus Ärztinnen und Ärzten aus anderen Westschweizer Kantonen zur Verfügung zu stellen, zur Unterstützung und Verstärkung der vom Ereignis betroffenen kantonalen Gesundheitseinrichtungen. Es handelt sich darum, über die Sanitätsnotrufzentralen der Westschweizer Kantone ein Frühalarmsystem einzuführen, das die Bereitstellung der sanitätsdienstlichen Verstärkungen ermöglicht.

Bei besonderen Ereignissen (Grossveranstaltung, Massenversammlung usw.), ermöglicht der GRIMCA die Organisation der Bereitstellung von Sanitätsverstärkungen, um einer allfälligen Zuspitzung der Lage vorzugreifen.

Dieser Aspekt der interkantonalen Zusammenarbeit in ausserordentlichen Lagen wird auch unter den Koordinationsmassnahmen erwähnt (s. Ziffer 1.2.2).

c) Finanzierung

Die Kosten der GISP werden vom KAA finanziert, ausser im Fall von Einsatzübungen; diese gehen zu Lasten des Amtes für Bevölkerungsschutz und Militär.

Das VSS von Payerne wird gemeinsam von den Kantonen Freiburg und Waadt finanziert.

Jeder Kanton übernimmt seine eigenen Kosten in Verbindung mit der Einführung und dem Einsatz des GRIMCA.

2.2. Koordinationsmassnahmen

2.2.1. In gewöhnlichen Lagen

Wie im vorigen Kapitel beschrieben gibt es eine Vielzahl von Akteuren in der präklinischen Notfallversorgung. Für ein gutes Funktionieren des Systems und eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass ein Organ deren jeweiligen Bedarf erfasst und die Einsatzmassnahmen koordiniert. Heute koordiniert die Sanitätsnotrufzentrale die für die präklinische Versorgung verfügbaren sanitätsdienstlichen Mittel.

⁵ Das Nationale Netzwerk Psychologische Nothilfe (NNPN) ist eine ständige Fachkommission, die im Auftrag des Beauftragten des Bundesrates für den Koordinierten Sanitätsdienst eingesetzt wurde.

Für die Benützung von Mitteln, die in einem anderen Kanton verfügbar sind, arbeitet die Sanitätsnotrufzentrale regelmässig mit den Sanitätsnotrufzentralen der Nachbarkantone zusammen. So erfolgt für den Einsatz einer ausserkantonalen Ambulanz in einem Sektor, der gerade keine Ambulanz zur Verfügung hat, die Alarmierung über die Sanitätsnotrufzentrale des Nachbarkantons, wohingegen der Einsatz selber von der kantonalen Sanitätsnotrufzentrale aus geführt wird.

Die interkantonale Zusammenarbeit besteht auch für die Broyeregion, wo das Freiburger Gebiet an die Sanitätsnotrufzentrale Lausanne, die Waadtländer Region von Avenches hingegen an die Sanitätsnotrufzentrale Freiburg angeschlossen ist.

Einige an den Kanton Freiburg angrenzende Gemeinden werden offiziell von den Ambulanzen des See- und des Sensebezirks bedient, wobei aber die Nachverfolgung der Einsätze über die Sanitätsnotrufzentrale Bern erfolgt und nur die Alarmierung über die Sanitätsnotrufzentrale Freiburg läuft.

2.2.2. In ausserordentlichen Lagen

Die Organisation des Kantons Freiburg für den Katastrophenfall (ORKAF) umfasst alle Stufen des Kantonalen Führungsorgans (KFO), das sanitätsdienstliche Führungsorgan (SFO), die Oberamt⁶männer, die kommunalen Führungsorgane (GFO) sowie alle Einsatzformationen, die bei ausserordentlichen Ereignissen gerufen werden.

Bei ausserordentlichen Lagen im Gesundheitsbereich muss unbedingt die Führung des Ereignisses organisiert werden, sowohl auf «allgemeiner» Ebene (Ebene sämtlicher Einsatzformationen) als auch auf sanitätsdienstlicher Ebene (Ebene der Gesundheitsakteure).

Die Gesetzgebung über den Bevölkerungsschutz regelt die «allgemeine» Führung (zwischen den verschiedenen Einsatzformationen) bei ausserordentlichen Ereignissen.

Bei Katastrophen und Notlagen wird der Einsatzplan für den Katastrophenfall (*Plan ROUGE*) ausgelöst. Die ORKAF-Führung wird vom KFO sichergestellt.

Das direkt dem Staatsrat unterstellte KFO hat bei ausserordentlichen Ereignissen oder Lagen die Vorbereitung zu leiten und den Einsatz zu führen. Es besteht aus Vertreterinnen und Vertretern aller betroffenen Dienste: Amt für Bevölkerungsschutz und Militär, Bevölkerungsschutz, Kantonspolizei, Feuerwehr, Kantonsärztin oder Kantonsarzt, Zivilschutz und Staatskanzlei (Informationsbüro). Je nach Situation können Spezialisten zur Verstärkung beigezogen werden.

Bei Grossunfällen und grösseren Schadenfällen wird der Einsatzplan für Grossunfälle und grössere Schadenfälle (*Plan ORANGE*) ausgelöst. Der Plan ORANGE deckt also alle Ereignisse, die den gewöhnlichen Rahmen sprengen, aber keine Aufstellung des KFO erfordern. Die Führung wird vor allem von dem Polizeioffizier sichergestellt, der unter der politischen Leitung des Oberamtmanns als Einsatzchef bezeichnet wird.

Über eine am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Revision des GesG wurde auch ein Sanitätsdienstliches Führungsorgan (SFO) eingesetzt. Seine Aufgabe besteht darin, Massnahmen zur Prävention ausserordentlicher Lagen im Gesundheitsbereich zu ergreifen sowie die Vorbereitung auf solche Lagen und bei einem Ereignis den Einsatz zu leiten.

⁶ Der Oberamtmann ist nicht direkt in die Einsatzführung impliziert, nimmt aber deren politische Leitung wahr.

Die Zuständigkeiten des SFO, seine Leistungen, Aufgaben und Strukturen sowie die zu seinem Funktionieren nötigen Ressourcen müssen noch im Rahmen eines Projekts unter Federführung des KAA formalisiert werden. Dies gilt auch für die Anpassung der Organisation und des Funktionierens der sanitätsdienstlichen Elemente der früheren ORKAF an die neue Organisation des sanitätsdienstlichen Bereichs für ausserordentliche Lagen.

Nun ist es in der Praxis nicht immer leicht, zwischen alltäglichen und ausserordentlichen Lagen zu unterscheiden, können sich Situationen doch in die eine oder die andere Richtung verändern. Man muss daher auf eine möglichst flüssige Verstärkung der eingesetzten Mittel zählen können (Übergang von der alltäglichen Lage zum Plan *ORANGE* oder zum Plan *ROUGE* oder vom Plan *ORANGE* zum Plan *ROUGE* und umgekehrt). Die Koordination zwischen den Mitteln der präklinischen Versorgung und den Strukturen, die eingesetzt werden, um aussergewöhnliche Lagen zu bewältigen, ist somit von grösster Bedeutung.

Die konkrete Koordination zwischen den Führungsstrukturen in ausserordentlichen Lagen (SFO und KFO) und den «gewöhnlichen» sanitätsdienstlichen Einsatzmitteln - darunter die Frage der Verstärkung zwischen dem gewöhnlichen Dispositiv (präklinische Versorgung und Spitäler) und dem Dispositiv für die Bewältigung einer ausserordentlichen Lage - wird künftig im Konzept für die Organisation der sanitätsdienstlichen Führung bei ausserordentlichen Lagen und der Ausführungsverordnung zum Gesundheitsgesetz (beide sind in dem vom KAA geführten Projekt vorgesehen) präzisiert. Auch die sanitätsdienstliche Führung am Schadensort wird in diesem Rahmen präzisiert werden.

Die Frage der Koordination zwischen der *psychologischen Betreuungsgruppe*, die nur in ausserordentlichen Lagen nach dem Gesetz über den Bevölkerungsschutz interveniert, und dem EMUPS, das die alltägliche psychosoziale Notfallhilfe sicherstellt, wird künftig ebenfalls im Rahmen des vom KAA geführten Projekts geregelt.

c) **Interkantonale Zusammenarbeit in ausserordentlichen Lagen**

Formen der interkantonalen Zusammenarbeit mit den anderen Westschweizer Kantonen, die alle über ihre eigene Organisation im Katastrophenfall und sanitätsdienstliche Organisation verfügen, bestehen schon heute. Es sei hier an die unter 1.1.9 «Präklinische Versorgung in ausserordentlichen Lagen» erwähnte Westschweizer Zusammenarbeit im Rahmen des GRIMCA erinnert.

2.3. Beurteilung

2.3.1. Allgemeine Einschätzung

Vor den Spitalzusammenlegungen in der Broyeregion und im südlichen Kantonsteil und vor der Einführung des Spitalnetzes für den ganzen Kanton hatte jeder Bezirk ein Spital mit einem Notfalldienst, der tagtäglich rund um die Uhr in Betrieb war, oder bot zumindest eine Versorgung von Notfällen an.

Die Lage hat sich erheblich geändert, insbesondere mit der Errichtung des Freiburger Spitalnetzes, die mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes am 1. Januar 2007 abgeschlossen wurde. Man muss aber sagen, dass die bisherige präklinische Notfallversorgung sehr begrüssenswerte Grundelemente aufweist, die durch die Inbetriebnahme der Sanitätsnotrufzentrale und die Einführung eines einzigen kantonalen Spitalnetzes verstärkt werden konnten. Diese beiden Einrichtungen ermöglichten eine

gewisse Koordination: die Sanitätsnotrufzentrale in Bezug auf die Transporte und die Verlegungen von einem Standort zum anderen, das Spitalnetz in Bezug auf das Management sämtlicher stationärer Notfalldienste des Kantons durch ein einziges Entscheidungsorgan. Zudem funktioniert die Zusammenarbeit mit den Ambulanzdiensten gut.

Indessen ist das heutige System noch nicht völlig zufrieden stellend. Vor allem in der Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren weist es noch einige Mängel auf. In jedem Versorgungsbereich sollten noch Funktionsverbesserungen vorgenommen werden, dies in Berücksichtigung der Zweisprachigkeit des Kantons. Die folgenden Erwägungen stellen eine kurze Analyse der zu behebenden Mängel dar.

2.3.2. Beurteilung der verschiedenen Bereiche

2.3.2.1. Ärztliche Grundversorger und Bereitschaftsärzte

Jeder Bezirk hat seine eigene Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und somit seinen eigenen Zugangsweg zur Bereitschaftsärztin oder zum Bereitschaftsarzt. Der Zugangsweg kann also von einer Region zur anderen variieren, und dies ist eine unbefriedigende Situation. Sie kompliziert die Aufgabe der Sanitätsnotrufzentrale, die die Patientinnen und Patienten zu informieren hat, beträchtlich. Es muss also eine einzige Telefonverbindung eingeführt werden.

Die Zusammenarbeit zwischen einem Bereitschaftsdienst und einem Spital-Notfalldienst zwecks Abdeckung eines Teils des Bereitschaftsdienstes setzt voraus, dass das Spital eine erfahrene Ärztin bzw. einen erfahrenen Arzt statt einer Assistenzärztin oder eines Assistenzarztes in Fachausbildung zur Verfügung stellt.

Die heutige Organisation des Bereitschaftsdienstes, wo die Patientin oder der Patient sich erst an einen Grundversorger wenden muss, um an eine fachärztliche Bereitschaftsärztin oder einen fachärztlichen Bereitschaftsarzt zu gelangen, ist nicht in allen Fällen optimal. Namentlich ist das Prozedere für den Einsatz einer Fachärztin oder Facharztes für Psychiatrie zu lang und zu kompliziert.

Ausserdem wäre die Einsetzung eines pädiatrischen Bereitschaftsdienstes vorzusehen, denn viele ärztliche Grundversorger sind der Auffassung, sie verfügten über keine ausreichenden Kompetenzen für Einsätze bei Patientinnen und Patienten im Kindesalter. In der Folge schicken sie ihre Patientinnen und Patienten systematisch ins Spital.

Heute stellt der Bereich der präklinischen Notfallversorgung ein akutes Problem dar. In der Tat reicht die Zahl ärztlicher Grundversorger und somit die Zahl der Bereitschaftsärztinnen und -ärzte immer weniger aus, um den Bedarf der Bevölkerung zu decken; dies bewirkt eine Überlastung der Spital-Notfalldienste und weitere Schwierigkeiten. Daher müssen Massnahmen ergriffen werden, um dieses Defizit zu kompensieren. Derzeit wird im HFR Freiburg – Kantonsspital und Riaz ein Projekt geprüft, das dem ärztlichen Bereitschaftsdienst gilt. Dank dieser Lösung liesse sich der ärztliche Bereitschaftsdienst dadurch erleichtern, dass der Bereitschaftsärztin oder dem Bereitschaftsarzt die Spital-Infrastruktur zur Verfügung gestellt wird.

2.3.2.2. Ambulanzdienst

Das Einsatzgebiet jedes Ambulanzdienstes ist klar definiert und in das ELS der Sanitätsnotrufzentrale, die die Primär- und Sekundäraufträge entsprechend dem Einsatzgebiet jedes Dienstes verteilt, integriert. Bei Bedarf wird sowohl für Primär- als auch für Sekundäreinsätze die freie Ambulanz des nächstgelegenen Sektors von der Sanitätsnotrufzentrale aufgeboden. Dieses Vorgehen funktioniert und muss für die Verstärkung sowohl auf kantonaler als auch auf ausserkantonaler Ebene funktionieren. Eine solche Vorgehensweise ist umso wichtiger, als mit der Reorganisation der Ambulanzen im südlichen Kantonsteil die Zahl der verfügbaren Einsatzteams zurückgegangen ist.

Das Prinzip, wonach im Fall hoher Priorität die am nächsten befindliche Ambulanz am Ereignisort interveniert, kann zu Situationen führen, in denen die von einem Ambulanzdienst bediente Einsatzzone nicht zwingend mit dem Gebiet der diesen Dienst finanzierenden Gemeinden zusammenfällt.

Zudem steigen die Betriebskosten dieser Dienste von Jahr zu Jahr, und die Tarife werden nicht immer angepasst. Dies ist auf den Druck der Versicherer zurückzuführen und auf die grossen Distanzunterschiede, die sich aus der Topografie bestimmter Bezirke ergeben.

2.3.2.3. Mobiler Dienst für Notfallmedizin und Reanimation

Der Betrieb eines SMUR in einem einzigen Teil des Kantonsgebiets bewirkt eine Ungleichbehandlung zwischen den Regionen und demzufolge zwischen den Bürgerinnen und Bürgern des Kantons. Eine solche Diskriminierung ist weder gerechtfertigt noch zulässig.

Zu sagen ist auch, dass das Fehlen eines rund um die Uhr funktionierenden SMUR für das ganze Kantonsgebiet die ärztlichen Grundversorger dazu zwingt, in Fällen zu intervenieren, für die sie nicht die geeignete Ausbildung haben. Dies veranlasst sie, die REGA zu rufen, die aber nicht immer in zufrieden stellender Weise intervenieren kann, entweder weil die Wetterverhältnisse ihren Einsatz verhindert oder weil zum Zeitpunkt der Alarmierung kein Helikopter zur Verfügung steht.

Aus der Art und Weise, wie der SMUR Sarine funktioniert, konnten die folgenden Schlüsse gezogen werden:

- a. Die medizinische Leitung durch eine Kaderärztin oder einen Kaderarzt mit einer Stelle von 0.10 VZÄ ist ungenügend für die Wahrnehmung der Aufgaben im Zusammenhang mit Betrieb, Ausbildung, Supervision und Mitwirkung an den Bereitschaftsdiensten.
- b. Für eine vor allem logistische Unterstützung müsste der Dienst administrativ einem Spitaldienst zugewiesen werden. Am folgerichtigsten wäre wohl die Zuweisung an die Notfallstation, mit der täglich am engsten zusammengearbeitet wird. Die Leitung des Dienstes müsste durch eine höher dotierte Stelle sichergestellt werden (0.50 bis 0.80 VZÄ), aufgeteilt unter zwei bis drei Personen, die auch im Spital tätig sein müssten.
- c. Anders als bestimmte andere SMUR hat sich der SMUR Sarine für die Bereitstellung erfahrener Ärztinnen und Ärzte entschieden, die in der Lage sind, lebensbedrohliche Notfälle zu versorgen. Die Lösung, Anfänger-Assistenzärztinnen und -ärzte in Anspruch zu nehmen, ist zwar auf den ersten Blick wirtschaftlicher, bringt aber keinerlei Nutzen und könnte sich sogar als gefährlich erweisen, da sie Zeitverluste und Konflikte am Einsatzort generieren kann. Alle SMUR-

Ärztinnen und -ärzte sollten daher ausgebildete Spitalärztinnen und -ärzte sein, die fähig sind, Notfälle zu versorgen, oder zumindest fortgeschrittene Assistenzärztinnen oder -ärzte mit zweijähriger Ausbildung in Innerer Medizin und einjähriger Ausbildung in Anästhesie.

- d. Die Weiterbildung muss unbedingt gewährleistet werden. Da aber die SMUR-Ärztinnen und -Ärzte sehr heterogener Herkunft sind (Innere Medizin, Anästhesie, Intensivpflege usw.) ist die Aufstellung fortlaufender Weiterbildungs- und Debriefingkurse wegen unvereinbarer Arbeitszeiten eine unmögliche Aufgabe. Zudem hat die immer höhere Arbeitsbelastung in diesen Diensten und das Fehlen von Mitteln, die Ärztinnen und Ärzte zur Mitwirkung zu zwingen, diese Tätigkeit immer mehr dem Zufall unterworfen, so dass sie heute fast inexistent ist.
- e) Der SMUR-Chauffeur sollte vorzugsweise eine diplomierte Rettungssanitäterin oder ein diplomierter Rettungssanitäter IVR/SRK sein, eine Person also, die von ihrer Ausbildung her am besten in der Lage ist, eine SMUR-Ärztin oder einen SMUR-Arzt während des Einsatzes zu begleiten.

3. Interkantonaler Vergleich

3.1. Kanton Basel-Stadt

Die Rettungsorganisation des Kantons Basel-Stadt ist ein Bereich des Justiz- und Sicherheitsdepartements. Dieser besteht aus drei Abteilungen (Einsatzzentrale, Feuerwehr und Sanitätsdienst). Es handelt sich um eine öffentliche Organisation, die sich für eine städtische Bevölkerung eignet.

Interessant ist die Feststellung, dass der Sanitätsdienst Basel («Sanität Basel») auch in einem Teil des Kantons Basel-Land zum Einsatz kommt. Die letzte entsprechende Vereinbarung zwischen den beiden Halbkantonen datiert vom 13. Februar 2007 (SGBS 339.240); sie regelt auch die Finanzierung der ausserkantonalen Einsätze, indem sie namentlich auf die Gebührenverordnung vom 18. Dezember 2007 (SGBS 339.220) verweist. Dieser Text ist insofern von gewissem Interesse, als er alle potenziellen Zahler der Einsatzkosten aufführt.

3.2. Kanton Bern

Die Grundlagen des neuen Systems der präklinischen Gesundheitsversorgung wurden bei der Anpassung des Spitalversorgungsgesetzes vom 5. Juni 2005 (SpVG; BSG 812.11) geschaffen. Dieses Gesetz schreibt die Neuorganisation des Berner Spitalsystems vor und stellt das neue System für die präklinische Gesundheitsversorgung vor (Botschaft zum Gesetzesentwurf).

Das SpVG wurde durch eine Ausführungsverordnung ergänzt, deren Artikel 78ff. auf die präklinische Gesundheitsversorgung eingehen.

Ein Blick auf die Artikel 50ff. SpVG zeigt, dass der Staat die präklinische Gesundheitsversorgung parallel zur eigentlichen Spitalversorgung plant. Der Regierungsrat kann eine Kommission einsetzen, die ihn in Fragen des Rettungswesens berät.

Auf Leistungserbringerebene sieht das SpVG in Artikel 53 eine Sanitätsnotrufzentrale vor (SNZ), deren Auftrag es in Artikel 54 festlegt. In den Artikeln 55 und 56 setzt es sodann regionale Rettungsdienste ein, die namentlich innerhalb des ihnen zugeteilten Einsatzgebietes einen

Stützpunkt betreiben. Nach Artikel 57 und 58 SpVG ist zudem der Einbezug weiterer Leistungserbringer vorgesehen, die namentlich auf kantonaler oder interkantonaler Ebene tätig sind, sowie der Einbezug privat praktizierender Ärztinnen und Ärzte in das Rettungswesen. Die vom Staat gewählten Leistungserbringer sind durch einen Leistungsvertrag gebunden (Art. 59ff. SpVG).

Auf Organisationsebene sieht das SpVG in Artikel 64 verschiedene Organisationsformen für die regionalen Rettungsdienste vor, die als rechtlich selbständige Institutionen, von einem regionalen Spitalzentrum (RSZ) oder von einem Gemeinwesen betrieben werden können. Der Artikel 65 sieht alternativ die Errichtung einer kantonalen Rettungsorganisation vor, in der die SNZ und die regionalen Rettungsdienste zusammengefasst werden und die an die Stelle der verschiedenen Leistungserbringer tritt (SNZ, Leistungserbringer der Spitalversorgung, selbständige Institutionen, Gemeinwesen).

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat einen detaillierten Zeitplan für die Umsetzung der Strukturen nach dem neuen SpVG aufgestellt. Dieser Zeitplan gilt auch für das Rettungswesen.

Am 1. März 2006 bezeichnete der Regierungsrat die Vertragspartner für den Abschluss von Leistungsaufträgen. Dieses Dokument sieht die präklinischen Versorgungsleistungen, die Vertragspartner und die Einsatzgebiete der Leistungserbringer vor.

Die Notrufnummern bereiteten ebenfalls Probleme, wie aus der im Januar 2007 eingereichten Motion, die der Harmonisierung dieser Rufnummern und ihrer leichteren Zugänglichkeit galt, hervorgeht. Die Struktur der Notdienstkreise und -gruppen muss künftig vereinfacht werden, wie dies zum Beispiel für den Kreis Seeland vorgesehen ist.

3.3. Kanton Graubünden

Wie der Kanton Wallis hat auch der Kanton Graubünden als Bergkanton langjährige Erfahrung im Rettungswesen. Mit der Teilrevision seines «Krankenpflegegesetzes» im Jahr 1997 (BR 506.000) schuf er feste Grundlagen. Diese Revision betraf die Artikel 32 bis 42. Aufgrund von Artikel 33 dieses Gesetzes nahm die Regierung das im Mai 1999 vom Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit unterbreitete Rettungskonzept an. Dieses Konzept stellt zunächst die Ziele und Grundsätze sowie die Rettungsstrukturen dar. Anschliessend zählt es die in das Rettungskonzept einbezogenen Organisationen auf. Das Konzept fasst auch die verschiedenen Leistungsmandate an den Betreiber der Nummer 144, den Notfall- und Krankentransportdienst auf der Strasse, die leitenden Notärzte, die Ärztesgesellschaft für den Notfalldienst und die Notfalldienste der Stadt Chur zusammen. 2004 erliess die Regierung Ausführungsbestimmungen in Verbindung mit der Organisation des Rettungswesens in Graubünden. Diese Bestimmungen greifen die schon im Krankenpflegegesetz aufgeführten Vorschriften auf und präzisieren sie.

Die Koordination der Einsätze in Notsituationen erfolgt durch den Betreiber der Nummer 144 (Notrufe). Die Regionalspitäler sind für den strassengebundenen Notfalltransport verantwortlich. Der Notfalltransport auf dem Luftweg (REGA) wird vom Betreiber der Nummer 144 koordiniert. Die Rettung im Hochgebirge (vor allem Schneegebiete) wird entweder von den Betreibern der Transportmittelkonzessionäre (Seilbahnen usw.) oder spezialisierten Organisationen (z. B. SAC) übernommen. Für den Sanitätsdienst im Katastrophenfall gibt es ein spezifisches Handbuch.

Der so genannte Notfalldienst (Bereitschaftsdienst), der in erster Linie von der Ärzteschaft sichergestellt wird, ist in sehr detaillierter Weise organisiert. Nach Artikel 34 Abs. 2 des Gesetzes

über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (BR 500.000 « Gesundheitsgesetz ») sind die Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker und Zahnärztinnen und Zahnärzte zur Mitwirkung an einem regionalen Notfalldienst verpflichtet. Die Artikel 32 und 39 Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes schreiben ausserdem die Einsetzung einer Rettungsorganisation durch den Kanton und die Ausrichtung finanzieller Beiträge an die implizierten Akteure vor.

Auf diesen Grundlagen schloss das Departement für Justiz, Polizei und Gesundheit mit der Ärztesgesellschaft Graubündens eine Vereinbarung ab, die namentlich den Auftrag der Ärztesgesellschaft und die Aufgaben des Dienstarztes festlegt (Ziffer 1 und 2 der Vereinbarung). Die Ärztesgesellschaft erliess anschliessend ein Reglement über den Notfalldienst in Graubünden, das vor allem die Regionen des Notfalldienstes absteckt (Art. 3 des Reglements und Reglementsanhang). Gemäss der im Jahr 2007 veröffentlichten Statistik werden die Ärztinnen und Ärzte des Notfalldienstes recht häufig beansprucht.

3.4. Kanton Neuenburg

Die Notfalldienste des Kantons Neuenburg sind in einer kantonalen Föderation vereinigt. Diese Föderation in Form eines Vereins setzt sich aus der Sanitätsnotrufzentrale, den öffentlichen und privaten Ambulanzdiensten und den vom Staat Neuenburg anerkannten SMUR zusammen. Neben diesen ordentlichen Mitgliedern können als ausserordentliche Mitglieder auch das Amt für Gesundheit, die Spitäler, die kantonale Samaritervereinigung, der Neuenburger Feuerwehrverband, die REGA und die Ärztesgesellschaft des Kantons Neuenburg aufgenommen werden. Der Zweck der Föderation besteht darin, ihre ordentlichen Mitglieder bei den kommunalen und kantonalen Instanzen sowie bei den weiteren Partnern des Rettungswesens und der präklinischen Medizin zu vertreten.

Auf finanzieller Ebene funktioniert die Föderation im Wesentlichen dank der Mitgliederbeiträge und finanzieller Unterstützungen (Spenden, Beihilfen). Sie verwendet dieses Geld hauptsächlich für die Ausbildung.

Die Föderation arbeitet in einem Kontext, der durch einen auf Kantonsebene festgelegten Rahmen bestimmt wird. Der Staat kann im Bereich der Gesundheitspolizei gesetzgeberisch tätig sein, indem er vor allem die Voraussetzungen der Betriebsbewilligungen für die Ambulanzen und die SMUR festlegt (règlement concernant les transports de patients et le service mobile d'urgence et de réanimation, RSN 802.105). Das Reglement sieht drei SMUR vor, von denen ein jeder bestimmten Bezirken zugeordnet ist. Sie werden nach den Direktiven des Gesundheitsdepartements von einem Spital betrieben und können Fachärztinnen und Fachärzte ausserhalb des Spitals beiziehen. Derzeit gibt es drei offizielle Ambulanzdienste, die auf dem ganzen Gebiet des Kantons Neuenburg tätig sind, sowie zwei private Ambulanzdienste.

3.5. Kanton St. Gallen

Ein erster Schritt zu einer kantonalen Rettungsorganisation erfolgte 1995, als das St. Galler Parlament beschlossen hatte, eine Rettungsbasis im Kantonsspital St. Gallen zu errichten. Daraufhin wurde das Rettungswesen unter der Verantwortung des Gesundheitsdepartements organisiert, indem jede Spitalregion mit dem Betrieb eines Rettungsdienstes beauftragt wurde, dies im Rahmen des Leistungsauftrags an den Spitalverbund jeder der vier Spitalregionen des Kantons. Effektiv werden die Rettungstätigkeiten vom Betreiber der Notrufnummer 144, d.h. dem Kantonsspital mit seiner Rettungsbasis koordiniert. Die Rettungs- und Notfalltransportorganisationen bedürfen einer

Bewilligung (s. Abschnitt IV^{bis}, Artikel 16^{bis} - 16^{quinqües} der Verordnung über den Betrieb privater Einrichtungen der Gesundheitspflege, Gallex 325.11). Auch alle an den acht Spitalstandorten des Kantons niedergelassenen Rettungsdienste erfüllen die Voraussetzungen nach dieser Verordnung.

Darüber hinaus wird die Rettung auch von weiteren Organismen sichergestellt. In einer kurzen vom kantonsärztlichen Dienst veröffentlichten Darstellung des Systems werden namentlich die REGA mit ihrer Basis in St. Gallen, die vom SAC sichergestellte Bergwacht und die Wasserrettung durch die Schweizerische Rettungsgesellschaft in Zusammenarbeit mit der Kantonspolizei (Seepolizei) aufgeführt.

Der ärztliche Notfalldienst wird durch die privat praktizierenden, in der kantonalen Ärztesgesellschaft vereinigten Ärztinnen und Ärzte sichergestellt. Die Ärztesgesellschaft hat sechs Einsatzregionen errichtet: die Stadt St. Gallen mit den Nachbargemeinden, das Toggenburg, die Region Werdenberg-Sargans, die Region Wil mit namentlich Uzwil, Flawil und Gossau, die Region Rorschach-Rheintal und die Region Rheineck. Die Ärztesgesellschaft scheint diese regionalen Dienste in Koordination mit der Rettungsbasis (Nr. 144) des Kantonsspitals zu betreiben; jedenfalls geht dies aus Punkt 2 eines kantonsärztlichen Rundschreibens zu Beginn des Jahres 2002 hervor.

3.6. Kanton Wallis

Als Alpenkanton hat der Kanton Wallis eine langjährige Rettungstradition. Heute ist das kantonale Rettungssystem Gegenstand eines kantonalen Gesetzes (Gesetz über die Organisation des Rettungswesens, SGS/VS 810.8). Dieses Gesetz definiert die Rettung als «die Meldung, die Suche, den Einsatz, die Bergung, die Betreuung, den Transport, den geeigneten Weg und die Verlegung aller verunfallten, kranken oder sich in Gefahr befindenden Personen, egal an welchem Ort sich diese befinden und welches Transportmittel benützt wird» (Art. 2). Es behandelt auch die Koordination im Rettungswesen (Art. 5-7 des Gesetzes). In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass der Artikel 6 des Gesetzes eine kantonale Dachorganisation vorsieht, die der Genehmigung bedarf, um als gemeinnützig anerkannt zu werden. Konkret nennt sich diese Organisation «Kantonale Walliser Rettungsorganisation» (KWRO).

Die KWRO hat folgende Aufgaben:

- > Ausarbeitung, Anpassung und Umsetzung eines globalen und koordinierten Konzepts für die Organisation des Walliser Rettungswesens
- > Organisation und Einsatz einer raschen und qualitativ hoch stehenden Hilfe für kranke, verunfallte oder in Not geratene Personen auf dem ganzen Kantonsgebiet durch Koordinierung, Beaufsichtigung und Subventionierung sämtlicher Partner und Institutionen des Rettungswesens
- > Entgegennahme und Bearbeitung aller Sanitätsnotrufe durch den Betrieb einer für den ganzen Kanton einheitlichen, zweisprachigen und über die Nummer 144 erreichbaren Sanitätsnotrufzentrale, enge Zusammenarbeit mit der Einsatzzentrale 117 der Kantonspolizei, was die Koordination von Einsätzen, die Sicherheit von Opfern und Einsatzkräften sowie den Informationsaustausch angeht – insbesondere bei Suchaktionen
- > Austausch mit den Notrufzentralen und Rettungskräften der Nachbarkantone und -länder im Hinblick auf eine gut funktionierende Zusammenarbeit bei gemeinsamen Einsätzen und die Entwicklung neuer Rettungskonzepte

Die delegierten Aufgaben und die verfügbaren Mittel der KWRO wurden in einer Verordnung festgelegt. Diese regelt die Finanzierung des Rettungswesens im Detail (Art. 12ff. der Verordnung).

Die KWRO vereinigt in sich 17 verschiedene Organismen und operiert von 9 Ambulanz- und 4 SMUR-Stützpunkten sowie von 4 Helikopterbasen aus.

3.7. Kanton Waadt

Der Kanton Waadt erliess am 26. April 2006 ein Reglement über die präklinische Notfallversorgung und den Patiententransport (Règlement sur les urgences pré-hospitalières et le transport des patients; RSVD 810.81.1). Dieses ist die Grundlage für die Organisation des Waadtländer Systems der präklinischen Notfallversorgung. Es legt fest, was unter präklinischen Notfällen zu verstehen ist, welche Hauptakteure in der Notfallversorgung zum Einsatz kommen, nach welchen Voraussetzungskriterien Ambulanz- oder Helikopterdiensten eine Betriebsbewilligung erteilt wird.

Die Koordination der Einsätze wird über das kantonale Dispositiv für präklinische Notfälle sichergestellt (Art. 30ff. des Reglements). Das Dispositiv wird auf Stellungnahme der Commission pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CMSU) vom Amt für Gesundheit festgelegt. Es beschränkt sich auf die Bezeichnung der Akteure, die zur kantonalen Organisation der präklinischen Notfallmedizin gehören. Die übrigen Akteure arbeiten auf ihr eigenes Risiko und müssen nur den gesundheitspolizeilichen Anforderungen entsprechen (Bewilligungen).

Übrigens bezieht sich das Reglement auf keinen der Neuenburger Föderation oder der kantonalen Walliser Organisation vergleichbaren Dachorganismus.

Im Kanton Waadt besteht eine Rettungskette; diese ist rund um eine einzige Zentrale herum organisiert, welche die geeignete Nothilfe schickt. Die Fondation Urgence Santé (FUS) ist für diese Einsatzzentrale verantwortlich; letztere beherbergt unter dem gleichen Dach die Sanitätsnotrufzentrale und die Telefonzentrale der Bereitschaftsärztinnen und -ärzte. Die Sanitätsnotrufzentrale kann aufgrund fester Kriterien eine Ambulanz aus den 14 Ambulanzdiensten des Kantons und eine ärztliche Betreuung anbieten. Die ärztliche Betreuung kann verschiedene Formen annehmen: ein SMUR, der innert 20 Minuten von einem der acht Spitäler des Kantons her zum Einsatz ausrücken kann, oder ein ärztlich begleiteter Helikopter (Einsatz auf dem ganzen Kantonsgebiet) oder ein Mitglied des Notärzte-Netzwerks (Réseau des médecins d'urgence, REMU) in weiter entfernt liegenden Zonen. Die letzte Art ärztlicher Betreuung ist vorgesehen, um für Zonen, die zu weit von einem Spital entfernt sind, eine akzeptable Frist zwischen Meldung und Einsatz zu gewährleisten. Vorgesehen ist sie auch in Regionen, wo die Bevölkerungsdichte zu gering ist, um die Stationierung eines SMUR zu rechtfertigen. Es handelt sich um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die ihrer Einbindung in die Rettungskette zugestimmt haben. Sie intervenieren im Auftrag der Sanitätsnotrufzentrale mit ihrem eigenen Fahrzeug, das mit Reanimationsmaterial versehen ist. Das Waadtländer Amt für Gesundheit übernimmt die Ausbildungskosten und die Abschreibungskosten für das angeschaffte Material.

Die Tätigkeiten der Notfalldienste sind in einem kurzen Kapitel des Berichtes des Staatsrats über die Gesundheitspolitik 2008-2012 zusammengefasst. Es sei noch darauf hingewiesen, dass die im Bereich der präklinischen Notfallversorgung aktiven privaten Dienste, die nicht vom Staat subventioniert werden, rund einen Drittel der Fälle versorgen. Sie stellen aber drei Viertel der Sekundäreinsätze sicher, d. h. Patiententransporte von einer Pflegeeinrichtung zu einer anderen.

4. Verbesserungsvorschläge

Bevor die Organisationsprobleme der präklinischen Notfallversorgung angegangen werden, ist zu präzisieren, welche Elemente in diesem Tätigkeitsbereich geschaffen oder verstärkt werden müssen.

4.1. Notwendigkeit eines Konzepts

Es muss ein Konzept der präklinischen Notfallversorgung erarbeitet werden. Dieses definiert vor allem die Ziele, die Ressourcen, die Einsatz- und Koordinationsmittel sowie die Aufgaben der verschiedenen Akteure. Das Konzept muss der sanitätsdienstlichen Dimension einer Notfallversorgung, aber auch den übrigen Aspekten Rechnung tragen (Apotheker/innen, Feuerwehr, Polizei, psychologische Unterstützung und anderes mehr). Ausserdem müssen auch die psychiatrische Notfallversorgung und die Installation halbautomatischer Defibrillatoren im Rahmen des Konzepts behandelt werden.

4.2. Verbesserung der Koordination

Wie in den vorigen Kapiteln beschrieben, gibt es zahlreiche Akteure in der präklinischen Notfallversorgung. Obwohl jeder der Akteure eine spezifische Rolle in der Notfallversorgungskette spielt, hängen sie in ihrer Arbeit voneinander ab. Daher ist es wichtig, das Ganze zu koordinieren. Die Koordination durch ein und dasselbe Organ in Berücksichtigung der gesamten Versorgung fördert die Effizienz, ermöglicht aber auch die Orientierung der verschiedenen Akteure im gemeinsamen Anstreben einer qualitativ hoch stehenden Versorgung. In Anbetracht der Koordinationsaufgabe eines solchen Organs muss ein Kompetenzzentrum geschaffen werden.

4.3. Ärztliche Betreuung der präklinischen Notfälle

Die ärztliche Betreuung präklinischer Notfälle muss für Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen Notlagen vorgesehen werden, das heisst für Kranke und Verunfallte in Lebensgefahr oder mit schweren Verletzungen. Im Kanton Freiburg betrifft diese ärztliche Notfallbetreuung eine Anzahl Fälle, die jährlich auf 1'500 zu veranschlagen ist. Somit würden im Durchschnitt etwa vier Fälle pro Tag die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes an Ort und Stelle erfordern. Die Notwendigkeit einer ärztlichen Betreuung in der präklinischen Notfallversorgung beruht aber nicht nur auf der Zahl potenzieller Fälle, sondern auch auf den Vorteilen, die sich aus einer solchen Massnahme ergeben können. So wird durch eine rasche und gute ärztliche Intervention die Überlebenschance oft erheblich verbessert. Dank ihr kann auch vermieden werden, dass bestimmte Fälle in kritischem Zustand in den Spital-Notfalldienst gelangen und einen grossen Teil dieses Dienstes mobilisieren. Weitere Vorteile sind damit verbunden, wie etwa die Reduzierung der Intensität und der Länge des Spitalaufenthalts, die Reduzierung invalidisierender Folgen oder die raschere Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Somit ist die ärztliche Betreuung präklinischer Notfälle ein unentbehrlicher Faktor des Gesundheitssystems und ein wichtiges Glied in einer wirksamen Versorgungskette. Sie ist heute zweifelsohne zu einem unentbehrlichen Element einer guten Organisation des Sozial- und Gesundheitswesens geworden.

Aus wirtschaftlichen, Qualitäts- und geografischen (oder topografischen) Gründen muss sich die ärztliche Betreuung präklinischer Notfälle im Kanton Freiburg auf drei Typen ärztlicher Betreuung ausrichten:

- > SMUR,
- > Einsatz notärztlicher Grundversorger und
- > REGA.

4.3.1. **Einsetzung eines kantonalen SMUR**

Grundsatzentscheid

Das Hauptelement für die ärztliche Betreuung in der präklinischen Notfallversorgung ist die Errichtung eines mobilen Dienstes für Notfallmedizin und Reanimation (SMUR), der diese Bezeichnung verdient und einem Akutspital angeschlossen ist, das qualifizierte Ärztinnen und Ärzte für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung bereit stellen muss. Denn nur ein solches Spital kann Personal stellen, das daran gewöhnt ist, die unverzichtbaren medizinischen Einrichtungen zur Sicherstellung der Vitalfunktionen vorzunehmen, und dafür ausgebildet ist. In Anbetracht der begrenzten Tätigkeit, die sich aus dem Bevölkerungsaufkommen des Kantons Freiburg für einen SMUR ergibt, kann ausserdem nur die Einbindung der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte in eine umfassendere Tätigkeit sicherstellen, dass die Kompetenzen dieser notmedizinischen Fachpersonen auf sehr hohem Niveau gewahrt bleiben.

Die Zahl einzuführender SMUR hängt von weiteren Parametern ab, nämlich von der schnellen Erreichbarkeit des Einsatzortes, dem Deckungsgrad des Kantonsgebietes und der Freiburger Bevölkerung, die man erreichen will, sowie von den Kosten zu Lasten der öffentlichen Hand.

In Berücksichtigung aller dieser Faktoren entspricht die Einführung eines einzigen kantonalen SMUR dem Bedarf optimal. Wegen der demografischen Dichte des Kantonszentrums ist es logisch, diesen kantonalen SMUR beim HFR Freiburg – Kantonsspital zu stationieren. Diese Lokalisierung rechtfertigt sich auch damit, dass sich der grösste Teil der Einsätze auf den Raum Gross-Freiburg, Bulle und Umgebung und die Achse Bulle-Freiburg konzentriert. Somit könnte - mit Ausnahme der Regionen Schwarzsee, des oberen Teils der Region Intyamon, Charmey-Jaun, der Region Kerzers und Vully sowie der äussersten Randregionen des Vivisbachbezirks - der grösste Teil des Kantonsgebiets und der Bevölkerung innert einer Einsatzfrist von rund 20 Minuten abgedeckt werden. Eine prozentual höhere Abdeckung durch die Schaffung eines weiteren SMUR in Tafers und/oder Riaz würde sich in Anbetracht der qualitativen Verschlechterung infolge der geringeren Anzahl Einsätze (Verteilung der Gesamtzahl von Einsätzen auf 2 oder 3 SMUR) sowie der entsprechenden Mehrkosten nicht rechtfertigen.

Für die Randregionen kann die Zusammenarbeit mit den ausserkantonalen SMUR in Betracht gezogen werden. Was insbesondere den Freiburger Broyebezirk angeht, so wird dieser weiterhin vom SMUR bedient, der beim Interkantonalen Spital der Broye, Standort Payerne, stationiert ist. Die Frage einer Ausweitung der Einsatzzone dieses SMUR auf einen Teil des Glanebezirks kann in Zukunft noch geprüft werden.

Organisation und Anforderungen

Der kantonale SMUR muss in das HFR Freiburg – Kantonsspital integriert und organisatorisch an dessen Notfalldienst angebunden werden, unter der Verantwortung der Chefärztin oder des Chefarztes dieses Dienstes.

Die an den Tätigkeiten des SMUR mitwirkende Ärzteschaft muss eine Ausbildung in (vorklinischer oder klinischer) Notfallmedizin oder allgemeiner Medizin haben. Grundsätzlich wünschenswert ist, dass die Ärztinnen und Ärzte zur Notfallabteilung des Kantonsspitals gehören. Die Frage der Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten einer anderen Abteilung oder allenfalls eines anderen Standorts bleibt offen. Sie muss in Berücksichtigung der Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte ausserhalb ihrer SMUR-Tätigkeit geprüft werden. Sicher ist, dass die Zugehörigkeit der im SMUR mitwirkenden Ärzteschaft zu einer einzigen Abteilung die Planung, die Ausbildung und die Zusammenarbeit mit den Partnerdiensten erleichtert.

In einem SMUR-Team muss die Ärztin oder der Arzt grundsätzlich von einer diplomierten Rettungssanitäterin oder einem diplomierten Rettungssanitäter begleitet werden. Auch die Zweisprachigkeit muss sichergestellt sein.

Die Einsätze des SMUR werden durch die Sanitätsnotrufzentrale ausgelöst. Sie können auch von der Rettungssanitäterin oder dem Rettungssanitäter, die oder der sich schon am Ereignisort befindet, angefordert werden.

Die Einführung eines kantonalen SMUR, der rund um die Uhr und tagtäglich funktioniert, erfordert eine bestimmte Anzahl Ressourcen. Diese sind auf 4.7 VZÄ SMUR-Ärzt/innen, 5 VZÄ Rettungssanitäter/innen und 0.5 VZÄ verantwortliche ärztliche Kaderpersonen (die auch den Notfalldienst verstärken) zu veranschlagen. Je nach der Schaffung von Synergien mit der Sanitätsnotrufzentrale und/oder dem SAS könnte die Dotation mit Rettungssanitäterinnen und –sanitätern reduziert werden. Ausschliesslich nachts könnte nämlich eine oder einer der beiden in der Sanitätsnotrufzentrale anwesenden Disponentinnen bzw. Disponenten die Funktion als SMUR-Chauffeur wahrnehmen. Dies kommt aber nur unter den folgenden Voraussetzungen in Frage:

- > Die Sanitätsnotrufzentrale befindet sich in der Nähe des Notfalldienstes und des SMUR.
- > Die Sanitätsnotrufzentrale verfügt nachts über zwei Disponentinnen bzw. Disponenten.
- > Die Disponentin oder der Disponent der Sanitätsnotrufzentrale, die oder der auch die Funktion als SMUR-Chauffeur wahrnimmt, ist eine diplomierte Rettungssanitäterin bzw. ein diplomierter Rettungssanitäter. Auf Organisationsebene der Sanitätsnotrufzentrale bedingt dies, dass alle Disponentinnen und Disponenten diplomierte Rettungssanitäterinnen und -sanitäter sind.

Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann die auf 5 VZÄ veranschlagte Dotation mit Rettungssanitäterinnen und –sanitätern für den kantonalen SMUR reduziert werden.

Auf Materialebene braucht es 2 SMUR-Fahrzeuge mit geeigneter Ausrüstung (Signalhörner, Materialverteiler-Gleitschlitten, fixe, mit der Zentrale 144 verbundene Funkstation), medizinischem Material, 3 Funkstationen und Bekleidungs-ausrüstung. Vorzusehen ist auch eine Garage für zwei Fahrzeuge in Spitalnähe. Erforderlich sind auch Räume und Arbeitsplätze für das Personal.

Hervorzuheben ist ferner, dass zu Beginn Ausbildungskosten anfallen, damit jede Ärztin und jeder Arzt über die Ausbildungen ACLS, ATLS, PALS verfügt; diese Ausbildungen müssen alle vier

Jahre aufgefrischt werden. Das Betriebsbudget des kantonalen SMUR muss auch einen Betrag für die Fortbildung vorsehen.

Ein Teil dieser Ausgaben kann als Anfangsinvestition gelten, wohingegen andere in die jährlichen Betriebsvoranschläge eingetragen werden.

4.3.2. **SMUR Broye**

Für die Freiburger und Waadtländer Broyeregion wird die ärztliche Betreuung der Notfälle derzeit vom SMUR mit Stützpunkt am Interkantonalen Spital der Broye, Standort Payerne, sichergestellt. Die Abdeckung durch den SMUR Payerne muss aber auf weitere Regionen des Kantons Freiburg ausgedehnt, namentlich auf den Glanebezirk, um die Einsatzfrist gegenüber dem kantonalen, in Freiburg stationierten SMUR signifikant zu reduzieren und somit eine ärztliche Betreuung innert rund 20 Minuten zu gewährleisten. Es geht also darum, mit dem Kanton Waadt eine Vereinbarung abzuschliessen, um die Modalitäten dieser Zusammenarbeit festzulegen und die Anforderungen an den SMUR Payerne zu definieren.

4.3.3. **Notärztliche Grundversorger**

Für die Rand- oder schwierig zu erreichenden Regionen, wo die Einsatzfrist einer Ambulanz und/oder des kantonalen SMUR und des SMUR Payerne 20 Minuten signifikant überschreitet, muss eine Zusammenarbeit mit notärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern eingeführt werden, wie dies in den Kantonen Waadt und Wallis geschehen ist.

Funktionieren

Die notärztlichen Grundversorger werden unter den privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzten rekrutiert. Sie müssen dem kantonalen Dispositiv der präklinischen Notfallversorgung zugesellt werden, und es bedarf einer engen Verbindung zwischen dem SMUR und diesen Ärztinnen und Ärzten. Dank einer solchen Organisation können die Fachleute auch ihre Anliegen und ihre Verantwortlichkeiten teilen. Diese Zusammenarbeit bedingt auch, dass der kantonale SMUR mit diesen Praktizierenden ständig in Verbindung steht, um sie zu beraten, Debriefings und Anpassungen zu organisieren. Die Partnerschaft mit den betroffenen ärztlichen Grundversorgern setzt also Mittel und eine Fortbildungsmöglichkeit voraus.

Der oder die notärztliche Grundversorger/in wird nach den gleichen Kriterien wie der SMUR von der Sanitätsnotrufzentrale alarmiert. Sie oder er versorgt die Patientin oder den Patienten, bis der SMUR eintrifft.

Die Leistungen der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger im Rahmen einer präklinischen Notfallversorgung werden in einem Pflichtenheft festgelegt. Auch die Anforderungen in Bezug auf Ausbildung und Entschädigung (s. weiter unten) müssen präzisiert werden.

Die Hauptschwierigkeit für die Einsetzung eines Pools notärztlicher Grundversorger besteht in der Schwierigkeit, genügend potenzielle Akteure zu rekrutieren.

Deckung des Kantons

Die Analyse der Einsatzfrist eines kantonalen, in Freiburg stationierten SMUR und des SMUR Payerne zeigt auf, welche Regionen von einer notärztlichen Grundversorgerin oder einem

notärztlichen Grundversorger abgedeckt werden müssen, um die ärztliche Betreuung eines präklinischen Notfalls innert vernünftiger Frist sicherzustellen.

Diese Analyse zeigt, dass praktisch das ganze Zentrum und der Norden des Kantons innert nützlicher Frist von dem in Freiburg stationierten SMUR und dem SMUR Payerne bedient werden. Für den südlichen Kantonsteil sieht die Schlussfolgerung etwas anders aus. In der Tat wird die 20-minütige Einsatzfrist von Freiburg oder Payerne aus für einen beträchtlichen Teil des Kantonsgebiets signifikant überschritten. Die Errichtung eines Pools notärztlicher Grundversorger in der Region Bulle würde es aber ermöglichen, für fast das ganze Gebiet des Freiburger Südens eine ärztliche Betreuung präklinischer Notfälle zu gewährleisten. Die Frage der Schaffung eines zweiten Pools notärztlicher Grundversorger für den südlichen Kantonsteil, der aus niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den Bezirken Glane und Vivisbach besteht, muss künftig ebenfalls analysiert werden, um die Einsatzfrist für die sehr entfernten Gemeinden des südlichen Kantonsteils noch mehr zu verkürzen.

Somit würden mit dem SMUR Freiburg, dem SMUR Payerne und einem Pool notärztlicher Grundversorger in der Umgebung von Bulle nur noch die Region Schwarzsee und diejenige jenseits von Charmey bis Jaun über keine ärztliche Betreuung präklinischer Notfälle innert annehmbarer Zeit verfügen. Die Errichtung eines Pools notärztlicher Grundversorger in jeder dieser Regionen kommt derzeit wegen der stark reduzierten Zahl und dem Alter der in diesen Regionen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht in Betracht. Die ärztliche Betreuung ist zwar jederzeit über einen REGA-Einsatz möglich, doch setzt ein solcher gute meteorologische Bedingungen voraus. Für diese beiden Regionen müssen also besondere Lösungen geprüft werden. Eine der denkbaren Lösungen bestünde namentlich darin, die Attraktivität dieser Regionen für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten zu steigern, indem man mit ihnen die Möglichkeit der Errichtung eines Pools notärztlicher Grundversorger diskutiert, durch den eine ärztliche Betreuung der präklinischen Notfälle sichergestellt werden könnte. In diesem Fall müsste die Notfallversorgung ein vollwertiger Bestandteil der Tätigkeit des ärztlichen Grundversorgers oder der ärztlichen Grundversorgerin werden.

Nötige Mittel

Um für die Ärzteschaft die Attraktivität der Beteiligung am Pool notärztlicher Grundversorger zu steigern, wird man die Ärztinnen und Ärzte für den Pikettdienst, während dem sie bereit sind, sich sofort zu einem Notfall zu begeben und somit ihre Arztpraxis zu verlassen, entschädigen müssen. Zu dieser Entschädigung muss eine Vergütung der aufgewendeten Zeit und für die Benützung des Privatfahrzeugs kommen. Die eigentliche ärztliche Verrichtung wird durch die Versicherung der Patientin oder des Patienten vergütet. Besondere Anstrengungen müssen auch der Fortbildung und Betreuung dieser Ärztinnen und Ärzte durch die SMUR-Ärztenschaft gelten. Mit den Ausgleichsabgaben, die bei den vom Bereitschaftsdienst freigestellten Ärztinnen und Ärzten erhoben werden, beteiligt sich die AGKF an den Ausbildungskosten der notärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger.

Jeder Pool notärztlicher Grundversorger muss mit einer ausreichenden Zahl von Reanimationstaschen versehen werden; diese Anzahl hängt von der Organisation und der Zahl der zum Pool gehörigen Ärztinnen und Ärzte ab. Zur Ausrüstung gehört auch ein Blaulicht, das dem notärztlichen Grundversorger ein rasches Vorankommen ermöglicht. Für die Bewilligung der Blaulichtbenützung muss mit dem Amt für Strassenverkehr und Schifffahrt verhandelt werden.

4.3.4. Rega

In bestimmten Fällen ist es angezeigt, direkt die REGA in Anspruch zu nehmen. Die Einführung der ärztlichen Betreuung präklinischer Notfälle dürfte diese Einsätze allerdings reduzieren.

4.3.5. Verlegungen von Spital zu Spital

Schon heute erfordern einige Verlegungen zwischen Spitälern und zwischen Spitalstandorten eine ärztliche Betreuung während des Transports. Die SMUR-Ärztinnen und -Ärzte können an dieser Betreuung mitwirken, indem sie gleichwohl für die Ambulanzdienste erreichbar bleiben. Vorrangig bleiben aber Primäreinsätze, die eine ärztliche Betreuung erfordern. Die Durchführung einer Verlegung kann stets verschoben oder durch die REGA übernommen werden.

4.4. Ärztliche Notfallpraxen

Die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Kanton, mit der die AGKF betraut ist, wird zunehmend schwieriger. Dies lässt sich sowohl mit Faktoren, die für die Struktur der Ärzteschaft und die Entwicklung der Medizinpraxis charakteristisch sind, als auch mit den wirtschaftlichen Zwängen sowie den Gewohnheiten und Erwartungen der Patientinnen und Patienten erklären.

In der Tat wird wegen des vorgerückten Alters einiger ärztlicher Grundversorger im Kanton die Situation bezüglich des Nachwuchses für den Bereitschaftsdienst kritisch. Ausserdem ist die Medizin immer komplexer geworden, und die Tendenz zur Spezialisierung erfordert vermehrt einen oft pluridisziplinären Ansatz. Infrastrukturen wie Gipsraum, Wundnahraum, Radiologie und Labor verschwinden tendenziell aus den Arztpraxen. Diese Instrumente sind aber für die Notfallversorgung in der Arztpraxis wichtig.

Während des letzten Jahrzehnts haben Patientinnen und Patienten mit Notfallpflegebedarf die Gewohnheit angenommen, sich direkt zum Spital-Notfalldienst zu begeben. Dies führt vor allem abends, an Wochenenden und Feiertagen zu einer Überlastung dieser Dienste. Namentlich wegen des Mangels an ärztlichen Grundversorgern wird sich diese Tendenz künftig zweifellos noch verstärken.

Auf diese Weise sehen sich die Spital-Notfalldienste, die für die Versorgung von Fällen bestimmt sind, welche grundsätzlich als Notfälle zu betrachten sind, mehr und mehr mit Nachfragen konfrontiert, bei denen es eher um dringliche Arztkonsultationen geht. Diese Situation, die allerdings nicht spezifisch für den Kanton Freiburg gilt, hat zur Folge, dass sich die Wartezeiten in den Notfalldiensten der Spitäler verlängern.

Mit einer Partnerschaft zwischen Spital und ärztlichen Grundversorgern könnte diese unbefriedigende Situation verbessert werden und liessen sich die Kompetenzen aller Beteiligten rationell nutzen. Diese Partnerschaft könnte konkret durch eine Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit dem Notfalldienst der Spitäler umgesetzt werden, wie dies in anderen Kantonen schon geschieht. Die Zusammenarbeit könnte zum Beispiel darin bestehen, dass eine frei praktizierende Ärztin oder ein frei praktizierender Arzt in einer noch zu bestimmenden Struktur im Notfalldienst anwesend ist. In Berücksichtigung der Patientengewohnheiten könnte diese Ärztin oder dieser Arzt während der Spitzenzeiten, an Wochenenden und Feiertagen einen Teil der Nachfrage nach ambulanten ärztlichen

Notfallkonsultationen absorbieren. Ein Konzept in diesem Sinne wird derzeit zwischen der AGKF und dem freiburger Spital diskutiert.

4.5. Verwaltung der Notrufe und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Die Analyse der Situation zeigt, dass die Orientierung der Patientinnen und Patienten an der Quelle verbessert werden muss. Dies böte den Vorzug, dass die Patientinnen und Patienten an die richtige Stelle verwiesen werden. Gleichzeitig würden die Bereitschaftsärztinnen und -ärzte sowie die Notfallstationen der Spitäler entlastet, indem sie nur für Fälle beansprucht würden, um die sie sich zwingend selber kümmern müssen.

Zu diesem Zweck erfolgt eine medizinische Telefontriage. In Zusammenarbeit mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg wird daher vom Kanton ein Mandat an eine Telemedizin-Gesellschaft vergeben.

Funktionieren und Finanzierung

Das heutige Funktionieren erfährt keine starke Veränderung. So werden die Anrufe unter der einzigen Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes nachts von 20 bis 8 Uhr und während des Wochenendes sowie die Anrufe unter den Rufnummern der Spital-Notfalldienste (für Kinder und Erwachsene) nachts- und tagsüber an die Zentrale der Telemedizin-Gesellschaft umgeleitet. Die Anrufe werden als Anrufe aus Freiburg identifiziert. Ein/e Telemedizin-Assistent/in wird sie entgegennehmen, die Lage beurteilen und die Patientin oder den Patienten orientieren. Handelt es sich um einen lebensbedrohlichen Notfall, so wird die Freiburger Sanitätsnotrufzentrale für die Aufbietung einer Ambulanz oder des SMUR alarmiert. Für Fälle, die nicht lebensbedrohlich sind, aber dennoch eine notfallmässige Versorgung erfordern, wird entweder der Patientin oder dem Patienten empfohlen, sich zum Spital-Notfalldienst zu begeben, oder wird die Bereitschaftsärztin oder der Bereitschaftsarzt ans Krankenbett gerufen. Für die übrigen Fälle wird die Patientin oder der Patient angewiesen, innert nützlicher Frist die Sprechstunde der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes aufzusuchen. Für Patientinnen und Patienten, die bei einer Partner-Krankenkasse der Telemedizin-Gesellschaft versichert sind, wird eine telefonische Beratung durch eine Ärztin oder einen Arzt der Telemedizin-Gesellschaft angeboten.

In allen Fällen übernimmt der Kanton Freiburg die Kosten in Verbindung mit der telefonischen Triage für die ganze Freiburger Bevölkerung. Der Preis pro Anruf wird auf 30 Franken veranschlagt; dies ergibt Gesamtkosten von rund 660'000 Franken, deren Finanzierung vom Staat und von den Gemeinden sichergestellt wird.

4.6. Koordination zwischen den Akteuren der präklinischen Versorgung und den Führungsstrukturen für ausserordentliche Lagen

Im jetzigen Stadium sei hervorgehoben, dass sich das Management ausserordentlicher Lagen auf sanitätsdienstlicher Ebene auf ausreichende und effiziente Mittel der präklinischen Notfallversorgung stützen können muss; dies setzt voraus, dass die in diesem Bericht vorgeschlagenen sanitätsdienstlichen Verbesserungen – vor allem die Errichtung eines kantonalen SMUR und die Einsetzung eines kantonalen Koordinationsorgans - umgesetzt werden.

Für die Führungsorgane bedeutet die Tatsache, mit dem kantonalen Koordinationsorgan sowohl für die Prävention als auch für den Einsatz über einen einzigen Ansprechpartner für den gesamten

präklinischen Bereich zu verfügen, eine erhebliche Verbesserung des kantonalen Managements ausserordentlicher Lagen auf sanitätsdienstlicher Ebene.

Die Koordination zwischen den Akteuren der präklinischen Notfallversorgung (über das kantonale Koordinationsorgan) und den Führungsstrukturen für ausserordentliche Lagen (KFO und SFO) muss im Konzept und in der Ausführungsverordnung zum Gesundheitsgesetz, wie sie im Rahmen des obgenannten vom KAA geführten Projekts vorgesehen sind, noch detailliert und ausgefeilt werden.

5. Mögliche Organisationsoptionen

Verschiedene Optionen für die Organisation der präklinischen Notfallversorgung sind denkbar, je nach dem Ausmass des staatlichen Eingriffs und dem Aufgabenspektrum, das in diesem Bereich dem Staat und demzufolge der Kantonsverwaltung vorbehalten sein muss.

Nach der geltenden Gesetzgebung und insbesondere dem Gesundheitsgesetz muss der Staat dafür sorgen, dass die Bevölkerung über eine sowohl quantitativ als auch qualitativ bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung verfügt.

In dieser Optik ist es vorrangig und ausschliesslich an ihm, die Berufsausübungsbewilligungen und die Betriebsbewilligungen der Institutionen des Gesundheitswesens zu erteilen und die Aufsicht über das Gesundheitswesen auszuüben. Im Übrigen muss der Staat durch die Erteilung von Subventionen auch das gute Funktionieren des Systems sicherstellen.

Umgekehrt verpflichtet ihn nichts, selber die Rolle eines Pflegeleistungserbringers zu übernehmen. Der Staat und seine Dienststellen brauchen also keine operationellen Aufgaben wahrzunehmen. Nach dem Grundsatz der Subsidiarität kann er sogar Zuständigkeiten an privatrechtliche Organismen oder an Privatpersonen delegieren. In diesem Fall muss er darüber wachen, dass die angestrebten Ziele entsprechend den von ihm delegierten Aufgaben und Kompetenzen erreicht werden.

Aufgrund dieser Überlegungen und der Erfahrungen, die in anderen Kantonen gemacht wurden, insbesondere den Kantonen Waadt und Wallis, sind einige Varianten analysiert worden. Für den Vorschlag an die zuständigen Behörden ist eine davon ausgewählt worden.

5.1. Gesamtheit der Zuständigkeiten beim Staat

In dieser Organisationsvariante bleiben die strategischen Kompetenzen in den Händen des Staates, der auch die Rolle des Koordinators wahrnimmt. Mit dem operationellen Aspekt wird das GesA betraut, das ein detailliertes Konzept ausarbeitet. Das GesA setzt dieses Dispositiv über Leistungsaufträge an die verschiedenen Akteure um. Zur Unterstützung des GesA wird eine beratende Kommission eingesetzt, in der die verschiedenen Akteure vertreten sind.

Der Vorteil dieses Modells besteht darin, dass es ein Minimum an Änderungen gegenüber der heutigen Situation mit sich bringt. Mit Unterstützung durch die beratende Kommission dürfte das eingeführte kantonale Dispositiv aus einem Konsens zwischen den in der Praxis tätigen Akteuren hervorgehen. Jedoch vermindert der rein beratende Charakter dieser Kommission den partizipativen Aspekt dieses Modells beträchtlich.

5.2. Zwischen dem Staat und einem staatsexternen Organismus

geteilte Zuständigkeiten

In dieser Organisationsvariante bleiben die strategischen Kompetenzen in den Händen des Staates, wohingegen die operationellen Zuständigkeiten an einen staatsexternen Organismus delegiert werden; dieser übernimmt die Rolle des Koordinators.

Die Vertretung der verschiedenen Akteure in den Entscheidungsorganen dieses Organismus verleiht diesem Modell gegenüber dem vorigen einen vermehrt partizipativen Charakter. Sie ermöglicht auch die Legitimierung der Entscheide und garantiert eine gewisse Neutralität. Der Staat muss aber in den Entscheidungsorganen vertreten sein, damit eine gewisse Kohärenz mit dem Gesundheitssystem insgesamt gewahrt bleibt. Die Herausforderung wird darin bestehen, eine bestmögliche Ausgewogenheit in dieser Vertretung zu erreichen.

Ein einziger, vom Staat getrennter Organismus bietet den Vorzug, dass es künftig einen einzigen Ansprechpartner für alle Verhandlungen mit dem Staat, den Partnern und den Versicherern und ein sichtbares Kompetenzzentrum im Bereich der präklinischen Notfallversorgung gibt.

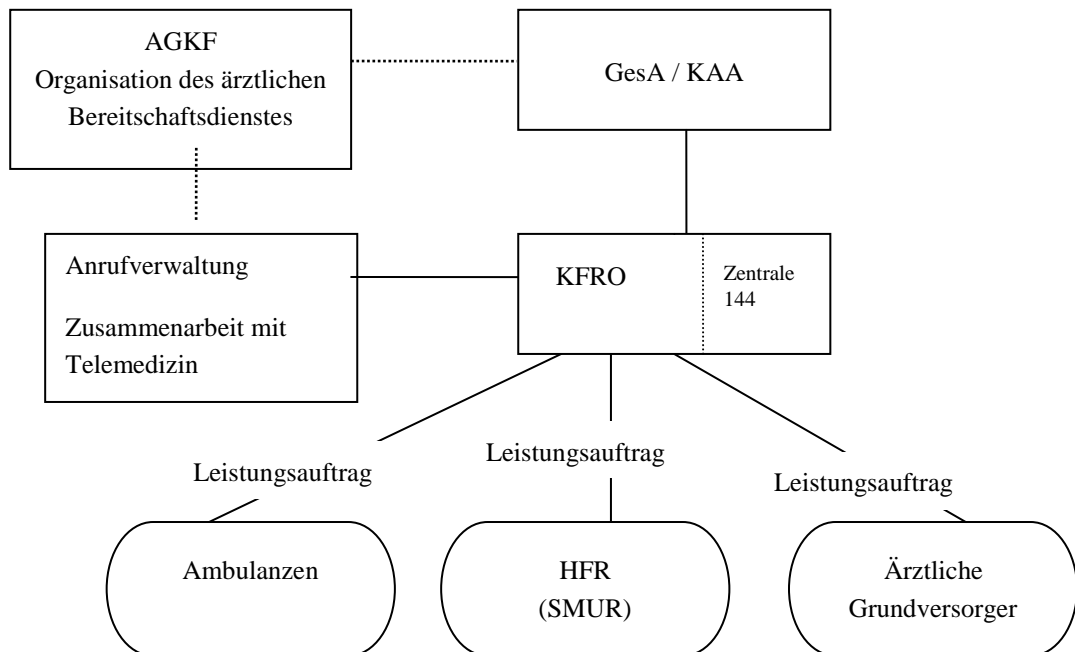
Die Tragfähigkeit eines solchen Modells hängt vom Erfolg ab, mit dem die gegenüber der heutigen Situation erhebliche Änderung künftig umgesetzt, und von der Persönlichkeit, die an die Spitze dieses Organismus gestellt wird.

Die Umsetzung eines solchen Modells, das sich von der heutigen Situation stark unterscheidet, kann nicht von heute auf morgen erfolgen und erfordert Zeit. Dank der Erfahrungen jener Kantone, die ein solches Modell eingeführt haben, können aber «Jugendtorheiten» vermieden und kann die Einführung im Kanton Freiburg beschleunigt werden.

6. Gewählte Organisationsoption

Gewählt wurde die Organisationsoption, nach der ein staatsexterner, noch einzusetzender Organismus mit den operationellen Kompetenzen betraut wird. In der Tat könnte heute kein im Kanton Freiburg bestehender Organismus ein solches Mandat übernehmen. Vorgeschlagen wird die Einsetzung einer «Kantonalen Freiburger Rettungsorganisation» (KFRO) nach dem Walliser Modell.

Das nachstehende institutionelle Organigramm gibt einen Überblick über die gewählte Option.



Unterstrichen sei die eminent wichtige Koordinationsrolle der Sanitätsnotrufzentrale (in der Grafik «Zentrale 144»), die im Organigramm nicht deutlich genug zum Ausdruck kommt.

6.1. Zweck und Aufgaben des Koordinationsorganismus

Der Zweck des Koordinationsorganismus besteht darin, in allen Situationen das gute Funktionieren sämtlicher Akteure im Bereich der präklinischen Notfallversorgung zu gewährleisten, optimal und koordiniert die verschiedenen geografischen Zonen des Kantons abzudecken, die spezifischen Aufgaben eines jeden der Akteure entsprechend dem Bedarf festzusetzen und zu präzisieren. Diesen Auftrag erfüllt er durch die Zuteilung von Leistungsaufträgen an die verschiedenen Akteure.

6.2. Rechtsstellung und Vertretung

Die am besten geeignete Rechtsstellung für diesen Organismus ist diejenige eines privatrechtlichen gemeinnützigen Vereins, dies wegen der Flexibilität seiner Strukturen und der Anpassungserleichterungen, die er aufweist.

6.3. Sanitätsnotrufzentrale

In Anbetracht des Koordinationsauftrags dieses Organismus ist es wünschenswert, dass ihm auch die Verwaltung der Sanitätsnotrufzentrale anvertraut wird. Abgesehen von den Synergien, die daraus erwachsen können, wird damit der Informationsaustausch erleichtert und die Rechtsstellung der Sanitätsnotrufzentrale geklärt.

7. Auswirkungen der getroffenen Wahl

7.1. Finanzierung

In diesem Kapitel ist zu bestimmen, wem die Kosten der präklinischen Notfallbetreuung verrechnet werden. Vom Anteil der Versicherer abgesehen ist zu präzisieren, welcher Anteil dieser Kosten infolge der im 3. Kapitel getroffenen Entscheide zu Lasten der öffentlichen Hand gehen und wie sie zwischen Staat und Gemeinden aufgeteilt werden.

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Kosten und ihre heutige Verteilung.

Netto-Ausgaben 2011	Nettoanteil zu Lasten des Kantons	Nettoanteil zu Lasten der Gemeinden	Total
KFRO			
Sanitätsnotrufzentrale	1'756'300.00	0.00	1'756'300.00
SMUR Saane	0.00	28'000.00	28'000.00
SMUR Broye	0.00	200'198.00	200'198.00
Notärztliche Grundversorgung Sense	0.00	50'000.00	50'000.00
Ambulanzdienste	0.00	4'350'977.00	4'350'977.00
Telefonische Triage			
TOTAL	1'756'300.00	4'629'175.00	6'385'475.00

Künftig müssen bestimmte Glieder der präklinischen Notfallversorgungskette neu geschaffen oder verstärkt werden. Die folgende Tabelle zeigt die voraussichtlichen Gesamtkosten der neuen Organisation auf.

Künftige Ausgaben	Nettoanteil zu Lasten des Kantons	Nettoanteil zu Lasten der Gemeinden	Ausbildungsbeitrag AGKF	Total
KFRO	543'465.59	-	-	543'465.59
Sanitätsnotrufzentrale	1'756'300.00	-	-	1'756'300.00
Kantonaler SMUR	478'941.01	478'941.01	-	957'882.01
SMUR Broye	140'000.00	140'000.00	-	280'000.00
Notärztliche Grundversorgung	125'000.00	125'000.00	50'000.00	300'000.00
Ambulanzdienste		4'350'977.00	-	4'350'977.00
Telefonische Triage	330'000.00	330'000.00	-	660'000.00
TOTAL	3'373'706.60	5'424'918.01	50'000.00	8'848'624.60

Hinzu kommt ein für die Einführung der neuen Organisation nötiges Startbudget. Die Kosten wurden wie folgt veranschlagt:

Anfangsinvestitionen	Total	Nettoanteil zu Lasten des Kantons	Nettoanteil zu Lasten der Gemeinden
TOTAL	597'000.00	339'500	257'500
SMUR	455'000.00	227'500	227'500
2 ausgerüstete SMUR-Fahrzeuge	320'000.00	160'000	160'000
Radiotelefonie-Material	10'000.00	5'000	5'000
Bekleidungs-ausrüstung	30'000.00	15'000	15'000
Mobilier	30'000.00	15'000	15'000
Informatikanschaffungen	10'000.00	5'000	5'000
Ausbildung	30'000.00	15'000	15'000
Umbau Räumlichkeiten	25'000.00	12'500	12'500
KFRO	82'000.00	82'000	
Mobilier	30'000.00	30'000	
Informatikanschaffungen	27'000.00	27'000	
Umbau Räumlichkeiten	25'000.00	25'000	
Notärztliche Grundversorger	50'000.00	25'000	25'000
Ausbildung	15'000	7'500	7'500
Ausrüstung	35'000	17'500	17'500
Telefonzentrale (Verbindung mit Telemedizin-Gesellschaft)	10'000.00	5'000	5'000

7.2. Gesetzgebung

Für die Einsetzung eines Konzeptes der präklinischen Notfallversorgung und eines Koordinationsorgans bedarf es einer gesetzlichen Grundlage. Der Gesetzesentwurf wird sich auf diesen Bericht abstützen.

8. Schlussfolgerung

Eine qualitativ hoch stehende präklinische Notfallversorgung ist ein wesentliches Element des Gesundheitssystems, zu dessen Eintrittspforten sie zählt. Die Gemeinwesen müssen der Freiburger Bevölkerung gewährleisten, dass der Grundauftrag, der darin besteht, in effizienter Weise auf medizinische Notfälle zu reagieren, auf dem ganzen Kantonsgebiet sichergestellt wird.

Die Untersuchung der heutigen Situation zeigt aber die Notwendigkeit auf, dass bestimmte Aspekte der präklinischen Notfallversorgung im Kanton Freiburg verbessert werden müssen. Insbesondere handelt es sich um eine Vervollständigung der für diese Versorgung nötigen Akteure und Mittel und die Optimierung ihrer Koordination. Heute muss diese Versorgung reorganisiert werden, um den strukturellen Änderungen der letzten Jahre im Spitalsektor infolge der Errichtung eines einzigen öffentlichen Spitals und der im März 2008 vom Staatsrat angepassten Spitalplanung Rechnung zu tragen. Auch geht es darum, die im ambulanten Sektor, insbesondere im Bereich der privaten Arztpraxen erfolgten Änderungen zu berücksichtigen.

Die Koordination durch ein und dasselbe Gebilde, die «Kantonale Freiburger Rettungsorganisation» (KFRO), das vom Walliser Modell inspiriert ist, sowie die Einsetzung eines mobilen Dienstes für Notfallmedizin und Reanimation (SMUR) auf Kantonsebene sind die gewählten Hauptmassnahmen, um die Kohärenz des Systems zu gewährleisten und die Effizienz und Qualität der präklinischen Notfallversorgung zu steigern. Im Übrigen muss die Einführung einer telefonischen ärztlichen Triagierung es ermöglichen, die Überlastung der Bereitschaftsärztinnen und -ärzte sowie der Notfalldienste der Spitäler (auf die sich namentlich der Mangel an ärztlichen Grundversorgern auswirkt) zu reduzieren.

Zu unterstreichen ist ausserdem, dass die Akteure und Mittel der präklinischen Notfallversorgung sowohl für alltägliche Einsätze als auch für ausserordentliche Ereignisse (namentlich Grossunfälle oder grössere Schadenfälle und Katastrophen) aufgebote werden. Somit muss sich das Management ausserordentlicher Lagen auf ausreichende und effiziente Mittel der präklinischen Versorgung stützen können. Dies setzt voraus, dass die in diesem Bericht vorgeschlagenen sanitätsdienstlichen Verbesserungen – namentlich die Schaffung eines kantonalen SMUR und die Einsetzung der KFRO – umgesetzt werden. Für die Führungsorgane wird ausserdem die Tatsache, mit der KFRO sowohl für die Prävention als auch für die Vorbereitung und den Einsatz über einen einzigen Ansprechpartner im ganzen präklinischen Versorgungsbereich zu verfügen, eine beachtliche Verbesserung des kantonalen Managements ausserordentlicher Lagen auf sanitätsdienstlicher Ebene bedeuten.

Wie jede Verbesserung des Gesundheitssystems bewirkt die neue Organisation nicht zu vernachlässigende Mehrkosten. Eine effiziente und qualitativ hoch stehende präklinische Notfallversorgung stellt aber ein Basisangebot jeder gut organisierten Gesellschaft dar. So zum Beispiel zählt sie zu den Kriterien für die Niederlassung neuer Firmen. Durch die Synergien und den Mehrwert, die sie mit sich bringen wird, dürften zudem die anfallenden Kosten eingeschränkt werden und in annehmbaren Grenzen bleiben. Dank einer präklinischen Notfallversorgung mit hohem Qualitätsstandard können zuletzt auch andere Kosten vermieden werden, reduziert sie doch die Schwere der Gesundheitsschäden von Notfallpatientinnen und -patienten, kann allenfalls eine bleibende Invalidität verhindern und schaltet Doppelspurigkeiten in der Versorgung der Patientinnen und Patienten aus.

Eine optimale präklinische Notfallversorgung muss in jeder effizienten Gesundheitspolitik als vorrangig gelten.

9. Abkürzungen

AGKF	Ärztegesellschaft des Kantons Freiburg
ASF	Service d'ambulance du Sud fribourgeois
BevSG	Gesetz vom 13. Dezember 2007 über den Bevölkerungsschutz
ELS	Einsatzleitsystem
EMUPS	Mobiles Team für psychosoziale Notfälle
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FNPG	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit
FSN	Freiburger Spitalnetz
FSNG	Gesetz vom 27. Juni 2006 über das Freiburger Spitalnetz
GesA	Amt für Gesundheit
GesG	Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999
GFO	Kommunales Führungsorgan
GISP	berufliche sanitäre Einsatzgruppe
GRIMCA	Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe
GRSP	Groupement romand des services de santé publique
HFR	freiburger spital
IVR	Interverband für Rettungswesen
KAA	Kantonsarztamt
KFO	Kantonales Führungsorgan
NNPN	Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe
Obsan	Gesundheitsobservatorium
ORKAF	Kantonale Organisation im Katastrophenfall im Kanton Freiburg
REGA	Schweizerische Rettungsflugwacht
SAC	Rettungskolonne
SAS	Ambulanzdienst Saane
SFO	Sanitätsdienstliches Führungsorgan
SGNOR	Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
SMUR	Mobiler Dienst für Notfallmedizin und Reanimation
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
VSS	Sanitätsunterstützungsfahrzeug
VZÄ	Vollzeitäquivalent