

Notfallstationen: strukturelle und organisatorische Empfehlungen für die Qualitätssicherung

Arbeitsgruppe der Interessengemeinschaft ärztliche Leiter Notfallstationen*

La version française suivra

Alle Bezeichnungen gelten für weibliche und männliche Personen.

Der Begriff «Notfallstation» ist weit verbreitet und wird deshalb in diesem Leitfaden auch häufig angewandt, obwohl er für grössere Abteilungen nicht unbedingt korrekt ist. Es handelt sich dabei nicht einfach um eine Bettenstation, sondern um eine spezialisierte Struktur, welche eine intensive Abklärung, Überwachung und Betreuung erlaubt.

Synonyme für «Notfallstation» sind:

- «Notfallaufnahme» (d);
- «Notfallzentrum» (d);
- «Centres d'Urgence» (f);
- «Pronto Soccorso» (i).

fallmedizin, wobei die Charakteristika von der SGNOR fixiert wurden und diese nur die Notfallmedizin vor dem Eintritt in das Spital betreffen.

Trotzdem hat die Gesamtheit der Schweizer Spitäler, welche an Notfällen beteiligt sind, in den letzten Jahren eine bedeutende Frequenzsteigerung erlebt, welche in identischer Weise in allen westlichen Ländern zu beobachten ist. Diese Zunahme braucht eine Anpassung der medizinischen Strukturen, des Bereiches Pflege und der Organisation und sogar auch Anpassungen baulicher Art, ohne dass in der Schweiz eine Referenz für die Qualität dieser Punkte festgelegt ist. Es wurden demnach lokale Anpassungen durchgeführt, wobei hier persönliche Meinungen und lokale historische Strukturen berücksichtigt worden sind. Somit wurden die fundamentalen Strukturen der Notfallzentren zuwenig berücksichtigt und ihr Auftrag nicht neu definiert. Man findet heutzutage also eine Fülle von Führungsstrukturen, von medizinischen Organisationen, der Pflege, in der Organisation des Patientenflusses, von baulichen Ressourcen aber auch von untergeordneten Diensten.

Trotz dieser Organisationsunterschiede ist die Gesamtheit der Notfallzentren mit einer gewissen Anzahl von gemeinsamen Problemen konfrontiert. Hier sind als Beispiele die Führung der Station, die ärztliche Organisation, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Ressourcenzuteilung usw. zu erwähnen. Aus diesem Grund haben die Autoren die folgenden Qualitätskriterien betreffend die Strukturen in den Schweizer Notfallzentren vorgeschlagen.

Die Autoren haben das Mandat der SGNOR, welche ihre Arbeit unterstützt. Diese Guideline soll nicht nur Referenz für die Struktur, die Renovation oder den Bau von neuen Notfallzentren sein, sondern soll auch eine Evaluationshilfe für die Untersuchung und den Vergleich zwischen den aktuellen Notfallzentren sein.

Die Autoren betrachten die nachfolgend genannten Kriterien noch nicht als aktuell bindend, sondern als Ziele, die in den nächsten Jahren erreicht werden sollen.

* Mitglieder der Arbeitsgruppe
Prof. Bertrand Yersin, CIU, CHUV, Lausanne; Dr. med. Kaspar Meier, Notfallstation, Kantonsspital, Münsterlingen; Dr. med. Ulrich Bürgi, Notfallstation, Kantonsspital, Arau; Dr. med. Gian Reto Kleger, Notfallstation, Kantonsspital, Chur; PD Dr. med. Hans-peter Kohler, Notfallstation, Inselspital, Bern; Martin Herzog, Pflegeleitung Notfallstation, Triemlisptial, Zürich.

Unter Mitarbeit von: PD Dr. med. Joseph Osterwalder, Zentrale Notfallaufnahme, Kantonsspital St. Gallen; PD Dr. med. Bernard Vermeulen, CAU, HCUGE, Genève; PD Dr. med. Heinz Zimmermann, Notfallstation, Inselspital, Bern.

Korrespondenz:
Dr. med. Kaspar Meier
Kantonsspital
Anästhesie
Postfach
CH-8596 Münsterlingen
E-Mail: kaspar.meier@stgag.ch

Vorgeschichte

Die Interessengemeinschaft ärztlicher Leiter Notfallstationen, eine junge Gruppierung, gegründet im Januar 2002, arbeitet unter dem Patronat der SGNOR (Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin). Sie strebt eine Verbesserung der Versorgungsqualität in den Notfallstationen mit Hilfe von Qualitätsstandards sowie einen Gedankenaustausch unter ihren Mitgliedern an.

Als eines der ersten Projekte unserer Gruppierung wurde im April 2003 ein erster Entwurf dieses Leitfadens lanciert und in eine breite Vernehmlassung gegeben. Aufgrund der rund 100 Antworten von Regierungen, Spitalleitungen, Kollegen und Organisationen wurde das Papier gründlich überarbeitet und in die vorliegende Form gebracht.

Einführung

Die Notfallmedizin ist in der Schweiz noch keine anerkannte medizinische Subspezialität. Sie ist nicht als solche von der FMH anerkannt, ausser in der Form eines Fähigkeitszertifikates in Not-

Methode

Die Arbeitsgruppe hat die in der Literatur bereits existierenden strukturellen Vorgaben [1–10] verwendet und hat diese an die Schweizer Situation angepasst, anstatt sie vollständig neu zu erarbeiten.

In dieser Anpassungsarbeit hat sich die Gruppe bemüht, das Schweizer Sanitätskonzept, insbesondere die mittelgrosse bis kleine Dimension der schweizerischen Notfallzentren (siehe unten), sowie die Verhältnisse der kantonalen Pflegeorganisation und die Existenz von Referenzzentren von verschiedenen Typen (kantonale Zentren und universitäre Zentren) zu berücksichtigen. In keiner Weise können diese Referenzen für alle schweizerischen Spitalstrukturen Gültigkeit haben; sie sollen vielmehr als eine Liste von Idealvorschlägen (Optimierungskriterien) zum Anpassen an die lokalen und regionalen Gegebenheiten betrachtet werden.

Hingegen betrachtet es die Arbeitsgruppe für wünschbar, dass ein grundsätzliches Konzept der Multidisziplinarität bei den in den Notfallstationen tätigen Ärzten beibehalten wird.

Die Autoren dieses Leitfadens sind der Meinung, dass bei Strukturänderungen patientenorientiert vorgegangen werden soll. Dabei müssen die bisherigen klinikzentrierten Strukturen hinterfragt werden.

In Anbetracht der stark differierenden Grössen

der schweizerischen Notfallzentren beschlossen die Autoren, in diesen Empfehlungen die Notfallstationen in *drei Gruppen einzuteilen*.

Diese Einteilung war in der Vernehmlassung von 2003 einer der am härtesten umstrittenen Punkte. Sie erfolgt hier aus rein praktischen Gründen zur Formulierung dieses Leitfadens, wurde jedoch revidiert.

Keinesfalls ist diese Einteilung jedoch geeignet, um daraus die folgenden Konsequenzen abzuleiten:

- tarifarische Unterschiede;
- Kriterien zur Zuweisung von Patienten durch die Rettungsdienste;
- Ausbildungsberechtigung.

Die Arbeitsgruppe hat Kenntnis vom Projekt der «Plattform Rettungswesen FMH», in welchem die Notfallstationen kategorisiert werden sollen zum Zweck der Patientenzuweisung (je nach Schweregrad der Verletzung/Erkrankung).

In Absprache mit der «Plattform» haben wir jedoch entschieden, die beiden Klassifikationen vorläufig nicht zu vereinheitlichen, da die beiden Projekte vollkommen unterschiedliche Ziele verfolgen.

Sollte in Zukunft die Klassifikation der «Plattform» landesweit akzeptiert und angewandt werden, so sind die Autoren bereit, das vorliegende Papier dementsprechend anzupassen.

Tabelle 1

Einteilung der schweizerischen Notfallstationen in drei Gruppen. Untenstehende Bemerkungen beachten!

Gruppe	Beschreibung	Konsultationen
III	Notfallzentrum an Zentrumsspital der tertiären Versorgungsstufe verfügt über fast alle Spezialdisziplinen 24/24 Std.	>15 000/Jahr
II	Notfallzentrum an grösserem Kantons- oder Regionalspital mit erweiterter Grundversorgung. Verfügt mindestens über die Kerndisziplinen 24/24 Std. (= Chirurgie / Orthopädie-Traumatologie / Innere Medizin / Gynäkologie-Geburtshilfe) Die Verfahren zur sekundären Verlegung von Patienten sind vertraglich vorbereitet und funktionell.	7000–20 000/Jahr
I	Notfallaufnahme an kleinerem peripherem Spital: kleineres Kantons- oder Regionalspital, welches Akutpatienten 24/24 Std. aufnimmt, aber nur eingeschränkte medizinische und quantitative Kapazitäten hat. Anforderungen mit Einschränkungen auch für nicht-spitalgebundene Notfallstationen (Permanences) anwendbar. Die Verfahren zur sekundären Verlegung von Patienten sind vertraglich vorbereitet und funktionell.	<10 000/Jahr
<i>Bemerkungen</i>		
Die Numerierung der Gruppen wurde bewusst so gewählt, weil in der Literatur die Begriffe «primäre Versorgungsstufe» = Grundversorgung und «Tertiäre Versorgungsstufe» = Maximalversorgung üblich sind.		
Die jährliche Anzahl der Konsultationen bildet kein absolutes Kriterium. Vielmehr muss die Einteilung auch die anderen Charakteristiken des Trägerspitals berücksichtigen, um eine Notfallstation in die Gruppen III oder II einzustufen.		
Für die Struktur derjenigen Notfallstationen, welche weniger als 10 000 Patienten pro Jahr aufnehmen (Gruppe I), wurden nur <i>minimale Kriterien</i> formuliert. Für diese Stationen, obwohl sie bisweilen sehr wichtige Funktionen in kantonalen Versorgungskonzepten erfüllen, können keine optimalen Kriterien formuliert werden, da sie zu stark von der geographischen Situation und der lokalen Spitalstruktur abhängig sind. Eine Anpassung an die unter II genannten Empfehlungen ist von Fall zu Fall anzuraten.		

Liste der Empfehlungen

1. Ärztlicher Dienst

	Kriterium	Gruppe III	Gruppe II	Gruppe I	Bemerkungen
A	Die Station wird durch einen Kaderarzt geführt.	Hauptamtlich	Mindestens 50%	Nebenamtlich	Status und Arbeitsanteil richten sich nach den Strukturen des betreffenden Spitals. Bei nebenamtlicher Tätigkeit Verknüpfung mit einer höheren Kaderstelle (LA oder CA), entweder an einer der beteiligten Kliniken oder an einem Dienstleister (z.B. Anästhesie).
B	Einstellvertretender ärztlicher Leiter ist bezeichnet.	In der Regel hauptamtlich	Mindestens nebenamtlich	Vertretung durch anderen Kaderarzt	Status und Arbeitsanteil richten sich nach den übertragenen Funktionen, insbesondere im klinischen Bereich. Hohe Dotation (mehrere Stellen), wenn in medizinischer Funktion, z.B. als Teamleader bei Polytrauma, eingesetzt.
C	Pikettdienst der ärztlichen Leitung 24/24 Std.	Durch eigene Kaderärzte	Abstützung auf die höheren Kaderstufen der beteiligten Disziplinen		Einsatz je nach zugewiesener Funktion sowie bei besonderen Ereignissen (quantitativ und qualitativ)
D	Pflichtenheft	Ärztlicher Leiter und Stellvertreter verfügen über ein Pflichtenheft, welches von den beteiligten Chefärzten und der Spitäldirektion genehmigt ist.			Insbesondere sind festgehalten: – Unterstellung, Pflichten; – Kompetenzen (Weisungsrecht gegenüber den in der Notfallstation tätigen Ärzten der Kliniken, Erlass von Richtlinien).
E	Operationelle Verantwortung	Ärztlicher Leiter Notfallstation			Insbesondere sind festgehalten: – Abgrenzung der medizinisch-fachlichen Verantwortung zwischen der ärztlichen Leitung Notfallstation und den behandelnden Kliniken; – Vorgehen bei der Erstellung von Richtlinien.
F	Medizinisch-fachliche Verantwortung	Muss gemäss den lokalen Gegebenheiten geregelt werden. Schlussverantwortung trägt der ärztliche Leiter der Notfallstation respective seine Vertretung gemäss den Zeilen A–C. Fachübergreifende Prozesse regelt der ärztliche Leiter im Konsens mit den beteiligten Kliniken.		Wie I oder Anbindung an eine beteiligte Klinik an Departement/Klinik	Insbesondere sind festgehalten: – eigene Stellenpläne; – Dienstwege; – Budgetkompetenz usw.; – Einflussnahme der beteiligten Kliniken.
G	Die hierarchische Unterstellung der Notfallstation ist definiert.	In der Regel eigener Bereich direkt unter Spitäldirektion			Kaderarzt = Facharzt oder entsprechende Qualifikation durch Chefarzt ad personam zugestanden. Insbesondere sind festgehalten: – Anzahl der Stellen, Präsenz; – Zuteilungen für die Ausbildungen für Fachärzte/Schwerpunkte; – Reaktionsfristen für prioritär zugeteilte Ärzte; – minimale Vorbildung; – Ersatz bei Ferien/Militär/Krankheit; – Qualifikationswesen.
H	Die ärztliche Betreuung der Station durch die behandelnden Kliniken ist in einem Stellenplan geregelt, welcher durch die beteiligten Kliniken und die Spitäldirektion genehmigt ist.	Permanente Präsenz von Assistenzärzten. Kaderärzte und Spezialisten prioritär verfügbar, permanente Präsenz anzustreben. Spezialisten prioritär verfügbar.	Permanente Präsenz von Assistenzärzten. Kaderärzte und Spezialisten prioritär verfügbar.		Ersatz von ACLS/ATLS/PALS durch andere gleichwertige Kurse? Regelmässiges internes Training in Zusammenarbeit mit Anästhesie, Innerer Medizin, Traumatologie?
I	Die Station verfügt über einen ärztlichen Einsatzplan zur Behandlung von kritisch erkrankten/verletzten Patienten.	Teamleader mit ACLS/ATLS und/oder PALS inner maximal 10 Minuten 24/24 Std.	Teamleader mit ACLS/ATLS innert maximal 10 Minuten.	Kaderärzte ACLS, ATLS und/oder PALS erwünscht, zumindest interne Fortbildung.	Zeiten je nach Spitalfunktion anpassen, Berücksichtigung der Piktettstellung gemäss Arbeitsgesetz. Die Sicherstellung dieser Dienste ist auch mit spitälexternen Ärzten möglich, sofern die zeitlichen Limiten eingehalten werden können.
J	Verfügbarkeit von Fachärzten der Hauptdisziplinen.	– Zur Behebung von vitalen Störungen – Bei dringlichen Problemen – Konsiliarisch	maximal 10 Minuten maximal 30 Minuten individuell festzulegen		

2. Spezielle Funktionen

Kriterium	Gruppe III 24/24 Std.	Gruppe II 24/24 Std.	Gruppe I 24/24 Std. oder vorbereitete Verlegung	Bemerkungen
A Operationssaal verfügbar	24/24 Std.	24/24 Std.	24/24 Std. oder vorbereitete Verlegung	
B Intensivstation verfügbar	24/24 Std.	24/24 Std.	24/24 Std. oder vorbereitete Verlegung	
C Koronarangiographie verfügbar	24/24 Std.	24/24 Std., teilweise und/oder vorbereitete Verlegung	In der Regel vorbereitete Verlegung	
D In Kliniken, welche spezielle Verfahren betreiben, ist die Verfügbarkeit des entsprechenden Personals durch spezielle Protokolle geregelt.	je nach Schwerpunkten	je nach Schwerpunkten		Ärzte und nichtärztliches Fachpersonal! Interventionelle Radiologie (Lyse und/oder Embolisierung), Akut-PTCA, Stroke-Unit, Verbrennungen, Paraplegien usw.
E Verlegungen				Optimalerweise bestehen vorbereitete, gemeinsam mit dem Zielspital erarbeitete Protokolle, welche einen raschen Transfer sicherstellen.
F Die Station verfügt über eine Anlaufstelle, welche innerst maximal 10 Minuten kompetent Auskunft über die Aufnahmekapazität für Patienten geben kann (direkte Zuweisungen oder Verlegungen).	24/24 Std.	24/24 Std.		Funktionssucher, Checkliste für die notwendigen Abklärungen, kann auch durch nichtärztliches Personal erfolgen (z.B. erfahrene Schichtleitung).
G Die Station verfügt über ein System zur Vortriage der Patienten.				Triagealgorithmus (regelmässige Überprüfung), schriftliche Dokumentation auf Laufblatt, in der Regel durch erfahrene Pflegeperson.
H Katastrophenorganisation				Der ärztliche Leiter und die Pflegeleitung der Notfallstation sind mitverantwortlich für die Katastrophenorganisation des Spitals.
I Stationär zu behandelnde Patienten				Protokoll für die Übernahme der Patienten durch die behandelnden Kliniken Insbesondere sind geregelt: – Verlegungen nachts und am Wochenende; – Entlastung der Notfallstation bei Kapazitätsengpässen.

3. Pflegedienst

Kriterium	Gruppe III	Gruppe II	Gruppe I	Bemerkungen
A Die Station verfügt über eine Pflegeleitung.	Vollamtlich	Vollamtlich	Nebenamtlich, in der Regel Mitarbeit in der Schicht	Stellvertretung je nach Grösse der Station vollamtlich, evtl. verknüpft mit Schichtleitung oder Ausbildungsverantwortlichem.
B Spezielle Qualifikation der Pflegefachkräfte (Weiterbildung Notfallpflege gemäss Berufsbild).	Mindestens 50% anzustreben	Zumindest Schichtleitungen	Pflegeleitung, wenn möglich Schichtleitungen	Wie weit werden andere Spezialausbildungen (Anästhesie, IPS) anerkannt?
C Für spezielle Fachbereiche der Pflege wird eine verantwortliche Person bezeichnet, welche als fachliche Bezugs-person in ihrem Bereich gilt.	Ja	Nur für grössere Bereiche	Nur für grössere Bereiche	Beispiele: Ausbildung, Wundversorgung, Nachtklinik usw. In der Regel im Nebenamt.
D Besatzung im Betrieb (Schichtzeiten, Dotation).				
E Regelung zur Unterstützung der Notfall-pflege bei akuten Kapazitätsproblemen.				Durch kurzfristigen Beizug von Pflegefachkräften anderer Stationen.
F Notfalldiagnostik				Notfallpersonal kann unverzüglich ein 12-Kanal-EKG aufnehmen.
G Die Station verfügt 24/24 Std. über eine ausgebildete Person zur Anlage von härtenden Verbänden.	Innert 60 Min.	Innert maximal 120 Min.	Innert maximal 120 Min.	Vorrang des Patienten mit akutem koronarem Ereignis. Evtl. in Kombination mit anderen Bereichen (z.B. OP-Pflege).

Im Rahmen der Vernehmlösung wurde auch angeregt, analog zur Intensivpflege Vorgaben über den Stellenplan des Notfallpflegepersonals zu machen.

Eine erste Übersicht hat jedoch gezeigt, dass die Dotationen in einigen zufällig angefragten Stationen sehr unterschiedlich sind. Dies beruht vor allem auf dem unterschiedlichen Leistungsauftrag der Stationen: Wie ausführlich ist die Ablägung stationärer Patienten vor Verlegung auf die stationäre Abteilung? Wird eine Nachbettenstation betrieben? Eigene Abteilung für Kurzhospitalisationen? Beteiligung am Rettungsdienst? Nur effektive Notfallpatienten oder auch ambulante Nachkontrollen?

Vorgaben für eine personelle Dotation bedingen deshalb eine ausführliche Untersuchung und die Erstellung von Berechnungsmodellen, was den Auftrag und die Kapazitäten dieser Arbeitsgruppe übersteigt. Möglicherweise wird dieses Thema im Rahmen eines späteren Projektes angegangen.

4. Logistische Unterstützung, externe Dienste

Kriterium	Gruppe III	Gruppe II	Gruppe I	Bemerkungen
A Die Station hat Zugang zu einem Laboratorium, welches 24/24 Std. die notfallmedizinisch notwendigen Untersuchungen innert maximal 60 Minuten liefert. Lebenswichtige Resultate (Blutgase, Blutzucker, Elektrolyte) stehen kurzfristig zur Verfügung.*	* Innert 15 Min., dezentrale Verarbeitung in Station	* Innert 15 Min., dezentrale Verarbeitung in Station erwünscht	Evtl. extern * Innert maximal 30 Min.	
B Konventionelle radiologische Untersuchungen sind 24/24 Std. verfügbar.	Bevorzugt, integriert in Notfallstation	Bevorzugt, wenn möglich integriert in Station	Innert 30 Min.	Spezielle radiologische Untersuchungen (Ultraschall, CT, Angio) werden mit einem (zumindest provisorischen) schriftlichen Befund dokumentiert.
C CT 24/24 Std.	Bevorzugt, wenn möglich integriert in Station, max. Wartezeit für Notfälle 60 Min.	Bevorzugt (max. Wartezeit für Notfälle 60 Min.)	Innert 30 Min.	
D Interventionelle Angiographie ist 24/24 Std. verfügbar (Koronarangiographie siehe 2.C).	Innert 6 Std.	Innert 6 Std., eventuell in Zusammenarbeit mit anderem Zentrum		
E Notfallszonographie (Abdomen, Thorax).	Innert 15 Min.	Innert 15 Min.	Innert 30 Min.	Durch Radiologen oder durch Ärzte der verantwortlichen Kliniken.
F Die Station hat Zugang zu einer Blutbank mit den gängigen Produkten (Ec, FFP).	Innert 60 Min.	Innert 60 Min.	Innert 60 Min.	
G Die Station kann 24/24 Std. Produkte aus der Spitalapotheke anfordern.	Innert 120 Min.	Innert 120 Min.	Evtl. In Zusammenarbeit mit externer Apotheke oder Referenzspital	Antidote stehen gemäss Liste der Arbeitsgruppe Antidota des Schweizerischen toxikologischen Informationszentrums (STIZ) und der Gesellschaft der Schweizerischen Spital- und Amtsapotheker (GSASA) zur Verfügung.
H Krisenintervention	Die Station verfügt über eine Liste von Personen, welche in Krisenintervention ausgebildet sind (Ärzte, Pflegende, Seelsorger, Sozialarbeiter usw.).			
I Unterstützung des Personals bei Aggressionen.	Eigener Sicherheitsdienst des Spitals	Eigener Sicherheitsdienst des Spitals oder Aufgebot Polizeipatrouille 24/24 Std.	Aufgebot einer Polizeipatrouille 24/24 Std.	Wenn möglich Alarmsystem in allen Sektoren der Station.
J Die Station hat auch ausserhalb der üblichen Arbeitszeiten Zugang zu den folgenden Diensten/Materialien: – Reinigung/Desinfektion; – Wäsche, Sterilgut, Einwegmaterial.	Innert 180 Min.	Innert 180 Min.	Gemäss lokalen Möglichkeiten	

5. Richtlinien

Kriterium	Gruppe III	Gruppe II	Gruppe I	Bemerkungen
A Klinische Guidelines werden insbesondere erstellt für – häufige Situationen; – seltene Situationen, bei welchen ein rasches und zielgerichtetes Handeln wichtig ist (z.B. Infektionen mit einem besonders ansteckenden Erreger)	Eigene Richtlinien, für seltene Fälle Übernahme von den Kliniken. Elektronische Form	Eigene Richtlinien oder Übernahme von den Kliniken. Elektronische Form	In der Regel Übernahme von den Kliniken. Elektronische oder gedruckte Form	Bestehende internationale Richtlinien wie ACLS, ATLS und PALS werden übernommen. Richtlinien werden nach validierten Methoden der medizinischen Literatur erstellt und revidiert [12]. Mindestens alle 2 Jahre werden sie auf ihre Gültigkeit überprüft. Ausgabe- und Revisionsdatum sowie Autor müssen ersichtlich sein.
B Empfohlene Richtlinien			<ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme, Triage, Entlassung und Verlegung von Patienten; - Übernahme und Übergabe von Rettungsdienst(e)/am Rettungsdienst; - Zugang zu toxikologischen Informationsdiensten; - Behandlungsyerweigerung; - nicht identifizierbare Patienten; - Sicherheit und Kontakte im Verkehr mit Polizei und Untersuchungsrichtern; - Umgang mit Gewalt (inkl. Vorgehen zur Beilegung); - interne Notfälle, speziell Brandausbruch im Spital; - Fehlermanagement (CIRS), Rapporte bei Stürzen und anderen Unfällen von Patienten; - Behandlung von Beschwerden; - Bescheinigung über Anzeichen von Gewalt (Kontusionen und Wunden); - Massnahmen bei Vergewaltigung; - Sedation und/oder Fixation von unruhigen Patienten; - Hygiene und Isolation; - Betreuung von Angehörigen; - Chemieunfall; - Zwangseinweisung (fürsorgerischer Freiheitsentzug); - Betreuung von inhaftierten Patienten; - Vorgehen in medizinisch oder politisch (VIP) riskanten Fällen (Bezug der höchsten Kaderebene, Spitäldirektion usw.). 	Liste gemäss lokaler Situation erweitern oder kürzen.
C Katastrophenplan. Die Station verfügt zusammen mit der Spitäldirektion über ein Konzept für einen Massenanfall von Patienten, in welchem zumindest folgendes geregelt ist:			<ul style="list-style-type: none"> - Abstimmung auf den kantonalen Katastrophenplan; - Auslösung des Alarms (Welche Stufe? Durch wen?); - Aufgebotssystem für Personal; - Organisation auf der Notfallstation, Führung; - Belegung der eigenen sowie der zusätzlichen Räume; - Triage und Leitsystem für die verschiedenen Patientenkategorien; - eigene Reserven an Infusionen, Medikamenten, Liegen und Material sowie Sicherstellung des Nachschubes; - Kommunikation mit internen und externen Stellen. 	Liste gemäss lokaler Situation erweitern oder kürzen.

6. Einführung und kontinuierliche Fortbildung des Personals

Kriterium	Gruppe III	Gruppe II	Gruppe I	Bemerkungen
A Einführung	Die Station verfügt über Richtlinien und pflegerischen Bereich			Einführung mit Hilfe von Checklisten
B Die auf der Notfallstation in der Rotation eingeteilten Assistenten müssen eine klinische Vorbildung*, davon ein „Teil** im betreffenden Fachgebiet, haben.	* Mindestens 2 Jahre ** Mindestens 1 Jahr	* Mindestens 6 Monate, idealerweise 1 Jahr ** Mindestens 6 Monate		Anpassung abhängig von Präsenz und Supervision durch Facharzt. Ausnahmen im Dienstbetrieb möglich, falls Supervision sichergestellt
C Minimal Dauer der Rotation auf der Notfallstation	Mindestens 3 Monate	Mindestens 3 Monate		
D Ausbildung mit Prüfung der Technik in BLS und Defibrillation	Zu Beginn der Rotation auf der Notfallstation für alle Assistenten und diplomierten Pflegepersonen.		Pflege: Ausbildung am AED	
E Erforderliche Reanimationskurse für Kaderärzte	ACLS (Internisten), ATLS (Chirurgen), evtl. beides je nach Funktion von Kindern	ACLS (Internisten), ATLS (Chirurgen), evtl. beides je nach Funktion von Kindern	Oder gleichwertige Ausbildung	
F Literatur und Informationssysteme	Die Station stellt ihren Mitarbeitern eine notfallmedizinische Bibliothek sowie einen Internetzugang zu klinischen Informationssystemen zur Verfügung		Bibliothek. Angepasst an Grösse der Station	
G Die Station bietet ihren Ärzten Fallbesprechungen an.	Wöchentlich	Monatlich		Geleitet von einem notfallmedizinisch erfahrenen Kaderarzt
H Die Station fördert die Weiterbildung ihres Pflegepersonals zum Fachausweis Notfallpflege gemäss Berufsbild.	Nach Möglichkeit alle, mindestens aber 50%	Möglichst viele, mindestens Schichtleitungen	Wenn möglich, zumindest alle Schichtleitungen	
I Fortbildung Pflege			Das Pflegepersonal besucht regelmässig Fortbildungen.	In grossen Stationen wenn möglich interne Angebote
J Supervision von invasiven Massnahmen der Ärzte			Invasive Massnahmen, sofern sie auf der Station durchgeführt werden, müssen mindestens 3x unter Aufsicht durchgeführt werden.	Peripherovenöser Zugang, zentralvenöser Zugang, Arterienpunktion, Lumbalpunktion, Pleurapunktion, Thoraxdrainage, Azitespunktion, Blasenkatheterisationen, Blasenpunktionen, einfache Wundversorgung, einfache Repositionen und Gipsverbände.

7. Empfehlungen für Räume und Ausrüstung

Kriterium	Gruppe III	Gruppe II	Gruppe I	Bemerkungen
A Zugänge von aussen	Gehende Patienten: möglichst direkt vom Spitäleingang Ambulanzen: gesicherte Zufahrt, Auslad gedeckt, wenn möglich getrennt vom Zugang für gehende Patienten, möglichst nahe am Schockraum			Evtl. Dusche für Dekontamination in Nähe der Ambulanz-Zufahrt. Zugänge behindertengerecht, zumindest ein Rollstuhl-WC. Der Zugang zur Notfallstation muss außerhalb und innerhalb des Spitals deutlich signalisiert sein, Verwendung des Signals «Star of Life» erwünscht
B Interne Zirkulation	Helikopterlandeplatz: wenn möglich ohne Benutzung einer Ambulanz Lifte: möglichst einfache Zugänge zu Radiologie, Intensivstation und Operationsaal			Lifte: möglichst vermeiden, mit Prioritätssteuerung für Notfallstation
C Geräte und Material				Die Notfallstation verfügt über ein bezeichnetes und inventarisiertes Lager an Geräten und Material, kontrolliert und unterhalten von einer verantwortlichen Person (Gemäss Medizinalgeräteverordnung).
D Reanimations- und Schockraum				Die Notfallstation verfügt über mindestens einen Raum zur Behandlung schwer erkrankter/-verletzter Patienten. Dieser verfügt über Spezialmaterial zur Behandlung von vitalen Störungen gemäss den initialen Behandlungsschritten von ATLS und ACLS, welches täglich und nach jedem Einsatz nach Checklisten überprüft wird.
E Aufnahme von Kindern	Wenn möglich eigener Sektor; zumindest ein vorbereiterter Raum	Zumindest ein vorbereiterter Raum	Wenn möglich ein vorbereiterter Raum	Zumindest Spielzeug in den Warteziomen sowie in den Aufnahmeräumen
F Warteräume				Die Notfallstation verfügt über eine ausreichende Wartezone für Patienten und Angehörige mit: Telefonapparaten, Getränke- und Verpflegungsautomaten, Spielecke für Kinder, Informationsmaterial über die Station, das Spital, die Gesundheitserziehung usw.
G Besprechungszimmer für Patienten und Angehörige	Eigene Räume	Eigener Raum	Raum möglichst in Stationsnähe	
H Ruf- und Alarmsystem				Die Station verfügt über ein adäquates Ruf- und Alarmsystem, insbesonders Notruf in Patientenzimmern, Warteräumen, Toiletten, im Eingang, beim Portier, in der Ambulanz-einfahrt.
I Kurzzeitige Hospitalisationen			Evtl. Nachtraum	Evtl. Nachtraum, Organisation in Absprache mit den übernehmenden Kliniken.
J Die Station verfügt zumindest für einen Teil ihrer Aufnahmepätze über ein Basismonitoring		Elektronische Registrierung der Vitalfunktionen (bedside)	Einzelplätze	EKG, NIBP, Pulsoxymetrie

8. Administration

Kriterium	Gruppe III	Gruppe II	Gruppe I	Bemerkungen
A Krankengeschichte	Die Station erstellt für jeden Patienten ein Dossier für die ärztlichen und pflegerischen Aufzeichnungen, welches standardisiert und an die Bedürfnisse der Station angepasst ist. Es enthält Befunde, Diagnosen, schriftliche ärztliche Verordnungen sowie die notwendigen speziellen Dokumentationen (Reanimation, Bestätigung von Gewaltzeichen, Verzichtschein, Arbeitsumfähigkeitszeugnis usw.), wenn möglich mit validierten Scores.			Nach Möglichkeit in Übereinstimmung mit den Krankengeschichten der übernehmenden Kliniken. Vereinfachte Papiere für ambulante Patienten, inklusive System zur raschen Information der nachbehandelnden Ärzte. Die gesetzlichen Grundlagen sind einzuhalten, insbesondere bezüglich Patientenrecht und Datenschutz.
B Zugang zu Patientendaten				Zumindest elektronischer Zugang zu Austrittsberichten und Befunden von Spezialuntersuchungen (Labor, Radiologie, Endoskopien usw.).
C Statistik*				Nach Möglichkeit elektronisch, evtl. verknüpft mit Leistungserfassung sowie Qualitätssicherung (siehe 9. C) Statistik und Leistungserfassung müssen für die Notfallstation separat auswertbar sein.

* Die Betriebsstatistiken der Notfallstationen sind zurzeit nicht einheitlich. Die Definition eines entsprechenden Grunddatensatzes, welcher einen Vergleich der Notfallstationen ermöglicht, ist sehr erwünscht. Diese Aufgabe überschreitet jedoch den Auftrag dieser Arbeitsgruppe und bleibt einem späteren Projekt vorbehalten.

9. Qualitätssicherung

Kriterium	Gruppe III	Gruppe II	Gruppe I	Bemerkungen
A Leitbild				Die Station verfügt über ein Grundsatzdokument (Leitbild, Aufgaben, Ziele), welches allen Mitarbeitern zugänglich ist.
B Pflichtenheft				Alle Mitarbeiter der Station verfügen über ein eigenes Pflichtenheft und über eine periodische Beurteilung durch ihren Vorgesetzten.
C Auswertung				Die Station verfügt über ein Programm der Qualitätsicherung mit Indikatoren über ihre Aktivität, wie die Anzahl der aufgenommenen Patienten, das Ziel ihrer Entlassung sowie der Aufenthaltsdauer, Wartezeiten, Door-to-needle-time für Thrombolyse, Überwachung von SHT usw. [11]
D Critical incident reporting system CIRS				Spitallätern oder übergeordnet, regelmäßige Auswertung
E Beschwerdemanagement				Schriftliche Beschwerdemöglichkeit anbieten, regelmäßige Auswertung

Literatur

- 1 Irish Society for Quality in Healthcare. Accident and emergency department assessment standards. Dublin, 2000. www.isqh.ie.
- 2 Commission de médecine d'urgence de la Société de réanimation de langue française (SRLF). Recommandations concernant l'évaluation de l'activité des services d'accueil des urgences (SAU). Réan Urg 1994;3:299-306.
- 3 Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU). Critères d'évaluation des services d'urgence. Mars 2001. www.sfmu.fr.
- 4 Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU). Audit d'un service d'urgence; méthode. Mars 1999. www.sfmu.fr.
- 5 Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR 2001;14:144-52.
- 6 Rosen RA (ed.). Managing to get it right: the ACEP user's guide to emergency department management. Dallas: American College of Emergency Physicians (ACEP); 1998.
- 7 Huddy J (ed.). Emergency department design; a practical guide to planning for the future. Dallas: American College of Emergency Physicians (ACEP); 2002.
- 8 Commission des urgences de la Société de réanimation de langue française (SRLF) et Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU). Guide des outils d'évaluation aux urgences. Paris: Arnette & Blackwell; 1996.
- 9 American Academy of Pediatrics. Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. Pediatrics 2001;107:777-81.
- 10 Groupe de travail du Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec. Projet Urgence 2000; de paratonnerre à plaque tournante (document de réflexion). Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec; 1999.
- 11 Donabedian A. The quality of care; how can it be assessed? JAMA 1988;260:1743-8.
- 12 Stiell IG, Wells GA. Methodologic standards for the development of clinical decision rules in emergency medicine. Ann Emerg Med 1999;33: 437-47.