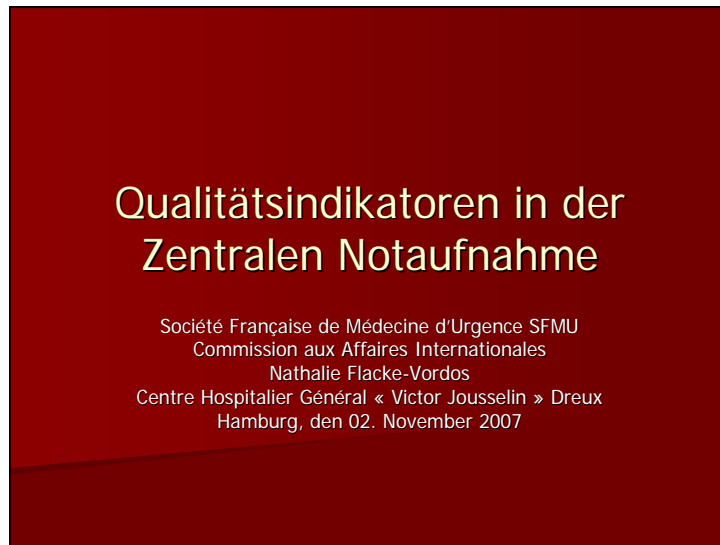


Diapositive 1



Madame la Présidente, verehrte Kollegen, meine Damen und Herren,

Ich danke Ihnen ganz herzlich für die Einladung zur 2. Vollversammlung der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notaufnahmen hier in Hamburg.

Vorgestern hat die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses die Veröffentlichung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser beendet. Sie hat hierzu 41 Indikatoren festgelegt, mit denen sie die Krankenhäuser in der Bundesrepublik beschreibt.

Ich habe die deutschen Qualitätsindikatoren durchgelesen. Als Indikatoren, die in einer Notaufnahme erhoben werden können, erkenne ich:

Ischämiezeichen - Indikation zur Koronarographie

Ad Ambulant erworbene Pneumonie:

Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien

Pulsoxymetrie und erste Blutgasanalyse,

Die antimikrobielle Therapie

Die präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase

Meine Damen und Herren, zögern Sie nicht, in Ihren Notaufnahmen den Computer auszunutzen, diese fünf Indikatoren zu erheben und Sie ihrem Träger jährlich mitzuteilen.

Dies erlaubt dem Träger, die Existenz des Krankenhauses zu schützen, und öffentlich auf die Qualität seines Unternehmens hinzuweisen. Ihr Träger wird Sie mit völlig neuen Augen sehen. Sie werden weniger Schwierigkeiten haben, eine Computerausstattung zu erhalten, und Personal anzufordern, da ihr Team ja mehr kodieren muss, um die Existenz des Krankenhauses zu bewahren und nachweist, dass es viele Herzpatienten, Lungenpatienten und Gallensteinpatienten in der Notaufnahme versorgt.

Geschichte der Qualitätsindikatoren der Notaufnahmen in Frankreich

- 1989 : Steg-Bericht
- 1997 : frz. Fachgesellschaft SFMU = Qualitätsindikatoren
- 1999 : Akkreditierung durch die öffentlichen Gesundheitsbehörden

1989 veröffentlichte Professor Steg, ein Chirurg des Krankenhauses Cochin in Paris, im Auftrag des *Comité économique et social*, im Amtsblatt einen Bericht über die Lage der Notaufnahmen.

Es ging daraus hervor, dass die Notaufnahmen, Teil der Rettungskette, zu schwach ausgestattet waren, um die gleiche Versorgungs-Qualität wie die NAWs zu leisten, und dass die Patienten darunter litten.

So kam zutage, dass die Notaufnahmen nicht durchgehend von Notärzten besetzt waren sondern von AiPlern und jungen Assistenten. Diese hatten keine formelle Ausbildung in Notfallmedizin. Sie verfügten nicht über die materielle Ausstattung, so dass sie bei einer vitalen Bedrohung den Patienten nicht adäquat versorgen konnten.

1995 veröffentlichte Prof. Steg den 2. Bericht. 1999 begannen die Akkreditierungen der Krankenhäuser und ihrer Fachabteilungen, und darin waren die Notaufnahmen eingeschlossen. Im Zuge dessen wurden Krankenhäuser umgebaut, neue Räumlichkeiten für Notaufnahmen geschaffen, Stellen bewilligt, und Material bestellt. Einzelne Krankenhäuser, einzelne Notaufnahmen mussten schließen, wenn sie im entsprechenden Sektor überschüssig waren und den kürzeren zogen.

Im Anschluss daran empfangen die akkreditierten Notaufnahmen mehr Patienten und mehr vital gefährdete Patienten.

1997 ergriff die frz. Fachgesellschaft die Initiative, erstmals die Qualitätsindikatoren zu definieren, mit denen sie ihre Notaufnahmen evaluieren will.

Die Indikatoren wurden 2001 revidiert und auf 111 Seiten beschrieben.

Die französische Fachgesellschaft bildete ausserdem eine « Evaluations-Kommission », die durch 20 extern durchgeführte Audits von Notaufnahmen die Validität der Indikatoren bestätigt.

Sie erreichte somit ihr Ziel, die Grundlage für ein internes und ein externes Audit der Notaufnahmen zu schaffen.

Professor Bellou war Präsident dieser Kommission, bevor er den Posten in der internationalen Kommission der SFMU übernahm, und im Zuge dessen Vize-Präsident der EuSEM wurde.

Diapositive 3

Grundsteinlegung 7 Jahre nach dem ersten Steg-Bericht



Professor Steg legte sieben Jahre nach Veröffentlichung seines ersten Berichts den Grundstein für das neue Notfall-Gebäude im Krankenhaus Dreux.
Sie sehen hier den Helikopterlandeplatz auf dem Dach,
Im ersten Stock die Notrufannahme (manche von Ihnen wissen, dass die Notärzte in Frankreich auch am Notruftelefon arbeiten),
Im Erdgeschoss die Notfallaufnahme,
Und im Untergeschoss 2 Notarzteinsatzfahrzeuge.
Ich habe Professor Steg angerufen: er ist 80 Jahre alt, eine « Voice of the past » wie Dr Williams vorhin sagte, und es geht ihm gut. Er freut sich, dass sein Bericht von 1989 solche Erfolge erzielt.

Diapositive 4

Aufbau des französischen Dokuments « Référentiel »

- 1. Zielsetzung
- 2. Management der Notaufnahme
- 3. ärztliches Personal
- 4. Pflegepersonal
- 5. Räumlichkeiten, Ausstattung
- 6. Konsilärzte, weiterführende Diagnostik
- 7. Zwischenstation
- 8. Überweisung und Entlassung
- 10. Qualität der Pflege
- 11. Krankenakte

Ich habe für Sie einige Qualitätsindikatoren aus den 111 Seiten des französischen Dokuments herausgesucht.

Das Dokument, « le Référentiel », ist in 11 Kapitel aufgeteilt:

1. Zielsetzung
2. Management der Notaufnahme
3. ärztliches Personal
4. Pflegepersonal
5. Räumlichkeiten, Ausstattung
6. Konsilärzte, weiterführende Diagnostik
7. Zwischenstation
8. Überweisung und Entlassung
10. Qualität der Pflege
11. Krankenakte

Beispiele

- Zielsetzung für den Qualitätsindikator Patientenzufriedenheit: 90 % der Patienten sind mit den Leistungen der Notaufnahme zufrieden
- Zielsetzung Intervall bis zum Beginn der Behandlung eines Herz-Kreislauf-Stillstands : 0 Sek.

Wie sollte man die Qualitätsindikatoren auf der eigenen Station anwenden ?

Ich geben ihnen zwei Beispiele :

Setzen Sie sich zum Ziel, die Meinungen Ihrer Patienten zu kennen, und dass 90 % Ihrer Patienten zufrieden sind.

Setzen Sie sich auch das, wenn auch hypothetische Ziel, einen Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand, der durch die Tür Ihrer Station geschoben wird, ohne jeglichen Zeitverlust zu reanimieren.

Qualitätsindikatoren gemäss der frz. Fachgesellschaft

- Der Träger beschreibt in einem Grundsatzdokument die Zielsetzung des Krankenhauses
- Die Notaufnahme beschreibt in einem Grundsatzdokument ihre Aufgabenstellung.

Ganz wesentlich ist, dass der Träger und die Notaufnahme je ein Grundsatzdokument der eigenen Aufgabenstellung verfassen.

In der Regel ist es außerdem nützlich, im Krankenhaus eine Arbeitsgruppe « notfallmedizinische Versorgung » zu bilden: der Direktor, die Pflegeleitung, Vertreter der betroffenen Fachrichtungen (Innere Medizin, Chirurgie, Kardiologie, Gynäkologie-Geburtshilfe, Kinderheilkunde ua.) sollten mit einem ärztlichen und einem pflegerischen Vertreter der Notaufnahme, eventuell des NAWs die Arbeitsgruppe bilden.

Diese Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit der Notaufnahme, und der Versorgung krankenhauserinterner Notfälle (akute Atemnot bei einem Patienten der Chirurgie, Oberschenkelfraktur eines Besuchers im Treppenhaus, Thoraxschmerz bei einem Mitarbeiter) Nach Bedarf beschäftigt sich die Arbeitsgruppe mit dem Notarztwagen.

Diapositive 7

Evaluierung

- Die Notaufnahme dokumentiert
 - die eigene Aktivität,
 - die Organisation der Pflege,
 - und die Aktionen zur globalen Pflege des Patienten
- Statistiken

Die Notaufnahme stellt sich der Herausforderung, sich selbst zu analysieren.

Sie dokumentiert

- die eigene Aktivität,
- die Organisation der Pflege,
- und jedwede Aktion zur globalen Pflege des Patienten.

Dabei stört die Evaluierung der ärztlichen Tätigkeit

nicht die deontologischen Prinzipien,

noch die Unabhängigkeit der Ärzte bei der Ausübung ihrer Tätigkeit.

Statistiken

- Täglicher Ausdruck, Zusammenfassung zum Jahresende
- Demographie
- Verteilung über die Wochentage und über die Monate
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
- Kodierung:
 - Durchlaufener Weg
 - Vitalgefährdung

Sie führt Statistiken die sie täglich ausdrucken kann wie beim SARS oder bei der Hitzewelle, oder auch jährlich zusammenstellen kann um den Jahresbericht zu stützen.

So gibt die Notaufnahme an, wieviele Patienten sie jährlich empfängt, und darunter

Wieviel Prozent jünger als 15 Jahre alt sind,

Wieviel Prozent älter als 75 Jahre alt sind,

Wie das Geschlechterverhältnis aussieht.

Diese Zahlen sollten auch nach Wochentagen oder nach Monaten dargestellt werden können.

Außerdem ist interessant, wieviele unter den Patienten anlässlich eines Traumas kommen.

Ein wichtiger Indikator ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Notaufnahme (Durchschnitt, Standardabweichung, Mittel, 95% Perzentile)

Details zum überweisenden Arzt, wie etwa

Der behandelnde Arzt,

Der Arzt des NAWs

Ärzte des eigenen Krankenhauses,

Ärzte anderer Krankenhäuser.

Pro Patient werden sein Parcours durch die Notaufnahme und Durchgangsstation kodiert

Wie er überwiesen wurde, und wohin er entlassen, oder überwiesen wurde

Ob die Leistungen geplant oder ungeplant waren

Außerdem wird kodiert, wie schwer der Patient erkrankt war:

CCMU 1 : keine Vitalgefährdung, keine Leistungen erbracht, z.B. Schnupfen

CCMU 2: keine Vitalgefährdung, Leistung erbracht, z.B. untypischer Thoraxschmerz, EKG

CCMU 3 : Vitalgefährdung möglich, z.B. mittelschwerer Asthmaanfall

CCMU 4 : klare Vitalgefährdung, Leistungen zur Stabilisierung erbracht

CCMU 5 : klare Vitalgefährdung, keine Leistungen zur Stabilisierung erbracht

D : Exitus

Statistiken 2

- Zahl der Patienten in der ZNA zu bestimmten Uhrzeiten
- Patienten anderer Sektoren
- Beanspruchte Leistungen des Krankenhauses
- Anzahl an Beschwerden

Es ist wichtig zu wissen, wieviele Patienten zu welchen Uhrzeiten anwesend sind, beispielsweise um 8 Uhr, um 13 Uhr, um 18 Uhr und um 22 Uhr.

Es ist weiterhin sinnvoll zu wissen, wieviele Patienten nicht aus dem Sektor kommen. Man sollte auch notieren, ob die Patienten schon einmal ins Krankenhaus aufgenommen wurden, und wieder kommen.

Weiterhin sollte man darstellen können, wieviel Prozent der Patienten von den krankenhausinternen Leistungen Nutzen ziehen:

Konsilärzte

Labordiagnostik

Standard-Röntgenaufnahmen

SozialarbeiterIn

Medikation.

Anzahl der notfallmässigen Operationen für Patienten zwischen 20.00 und 07.00 Uhr, die durch die Notaufnahme überwiesen wurden.

Schliesslich sollte die Zahl der Beschwerden der letzten drei Jahre bekannt sein:

Ad Pflege

Wartezeiten

Empfang

Räumlichkeiten

Information

Rechnungen.

Statistiken 3

- Durchgangstation :
 - Anzahl Patienten
 - Bettenzahl
 - Aufenthaltsdauer
 - Prozentsatz der Belegung
 - Entlassung/Überweisung

In der Durchgangstation sollte Daten erhoben werden wie:

Jahresziffer der aufgenommenen Patienten

Bettenzahl der Durchgangstation,

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Stunden (Durchschnitt, Mittel, Standardabweichung, 95% Perzentile)

Anteil der Patienten die mehr als zwei aufeinanderfolgende Nächte dort verbracht haben

Prozentsatz der Belegung

Entlassungsmodus/Überweisung auf eine Akutstation, auf eine Geriatrie oder in ein anderes Krankenhaus

Statistiken 4

- Jahreszahl an Konsultationen : Zahl Pflegepersonal (KrankenpflegerInnen, Boten)
- Jahreszahl an Konsultationen :

Es wird detailliert aufgeführt, wie der Personalschlüssel für das Pflegepersonal sich verhält und wie für die Ärzte (mit Vollapprobation).

Davon getrennt wird dargestellt, wieviele ÄiPler dort arbeiten, in welchem Verhältnis zu den Patientenzahlen, aber auch in welchem Verhältnis zu den Ärzten.

Verantwortung

- Es gibt einen Chefarzt der Notaufnahme.
- Es gibt eineN PflegeleiterIn, der für PflegerInnen, RaumpflegerInnen, Boten zuständig ist.

Für ein adäquates Management der Notaufnahme sind die Mittel für eine Chefarztstelle bereitgestellt. Diese Chefarztstelle ist einem Notarzt übertragen.

Zur Chefarztstelle wird eine Stelle für die/den PflegeleiterIn bewilligt.

Die/der PflegeleiterIn ist sowohl für PflegerInnen, RaumpflegerInnen, als auch Boten zuständig ist.

Qualifizierung der Ärzte

- Durchgehende Anwesenheit eines Notarztes,
- Fällen ärztlicher Entscheidungen.

Der Träger stellt Ärzte ein, die sich als Notfallmediziner qualifiziert haben. Entsprechende Mittel werden bereitgestellt, die einen Dienstplan ermöglichen, bei dem Notärzte tag und nacht, sieben Tage die Woche anwesend sind.

Man soll Vorsicht mit der Aufgabenübertragung walten. Hier darf man nicht an der falschen Stelle sparen. Es zeugt von Qualität, wenn die Pfleger nicht die Verantwortung für Entscheidungen übernehmen, die sie nicht tragen können.

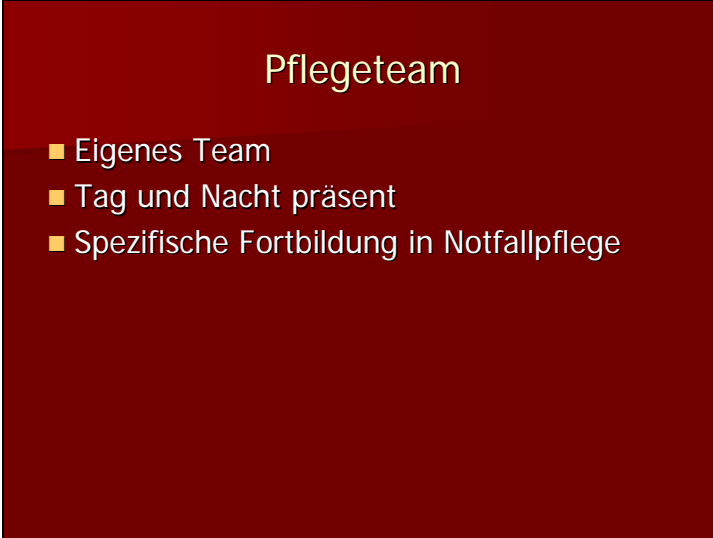
Die AiPler und Assistenzärzte werden zu keiner Zeit in der Notaufnahme allein gelassen. Sie dienen auch nicht dazu, Lücken im Ärzteteam zu schließen.

Weiterhin gibt es einen Ausbildungs-Plan:

So nehmen die ärztlichen Mitarbeiter regelmäßig an Fortbildungen teil und qualifizieren sich weiter.

Außerdem verfügt die Station über eine medizinische Bibliothek, die der Bandbreite der Notfallmedizin entspricht.

Die Stations-eigenen Algorithmen sind in einem einzigen Hefter versammelt. Diese Algorithmen sind allen Mitarbeitern bekannt und jederzeit und leicht auf der Station zugänglich.



Pflegeteam

- Eigenes Team
- Tag und Nacht präsent
- Spezifische Fortbildung in Notfallpflege

Die Pflegemitarbeiter sind der Notaufnahme spezifisch zugeteilt.

Sie leisten die Pflege 24std. durchgängig.

Ihre Zahl muss dem Patientenaufkommen angepasst sein, sowohl über das Jahr hinweg, als auch dem durchschnittlichen Aufkommen je nach Tageszeit.

Die Pflegemitarbeiter sind in allen Sektoren der Notaufnahme und Durchgangsstation tätig.

Sie werden tags und nachts eingesetzt.

Außerdem ist es wichtig, dass die KrankenpflegerInnen der Notaufnahme durch eine spezifische Fortbildung in Notfallpflege ausgebildet sind.

Einführung der Durchgangsstation

- Der Notaufnahme sollte eine Durchgangsstation zugeteilt werden, und die Leitung sollte der Notaufnahme unterliegen.

Es ist wichtig, dass die Notaufnahme durch eine Durchgangsstation ergänzt ist, und dass das Team der Notaufnahme diese managt.

Die Durchgangsstation hat Aufgaben und Ziele, welche in der Notfallaufnahme eigenen Stations-Ordnung definiert werden.

Röntgenuntersuchungen

- 24std.
- unmittelbare Nähe zur Notaufnahme.
- Befundung : von Radiologen, innerhalb von zwei Stunden.

Die gängigen notfallmässigen Röntgenaufnahmen sind 24std. durchgängig möglich.
Diese Röntgenaufnahmen werden in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme durchgeführt.
Die Röntgenanlage ist entweder Teil der Notaufnahme, oder Teil der Radiologie, die aber dann Wand an Wand zur Notaufnahme liegt.
Die Befundung der gängigen Röntgenaufnahmen der ambulanten Notfallpatienten wird vom Radiologen durchgeführt.
Der Befund wird 24. std. durchgängig innerhalb von zwei Stunden ausgehändigt.

Einbindung Konsilärzte

- Jeder Konsilarzt soll innerhalb von im voraus definierten präzisen Zeit-Kriterien hinzugezogen werden können.

Die zu Anfang genannte Arbeitsgruppe Notfallmedizinische Versorgung im Krankenhaus definiert in welchen Zeiträumen der Konsilarzt sich zum Patienten in die Notaufnahme begibt.

Das ist wichtig

Beim Instabilen Abdomen bis zur OP,

Beim Schlaganfall bis zur Thrombolyse,

Beim Herzinfarkt bis zur Thrombolyse und dem Herzkatheter

Beim Polytrauma bis zur OP,

Bei der Wundversorgung,

Und beim Dialysepatienten bis zur Dialyse.

Vernetzung

- Versorgungskette chirurgischen Notfälle: Konventionen
- Niedergelassene Kollegen : Brief

Es ist wichtig, zu notfallmedizinischen Situationen in einschlägigen Rettungsketten zu denken, um beispielsweise die Funktion einer Hand zu erhalten.

So ist es wichtig, die Versorgung mit der Handchirurgie zu festigen, und Konventionen zu unterschreiben.

Da die Handchirurgie nicht immer zur Verfügung stehen kann, ist es notwendig, auch mit den benachbarten Handchirurgie-Teams Verträge zu unterschreiben.

Man muss sich also im Sinne der handchirurgischen notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung im eigenen Sektor vernetzen.

In der Konvention muss auch festgelegt werden, welcher Transportmodus geeignet ist, um den Patienten zu überweisen.

Einen Patienten mit einer verletzten Hand kann ich im Privatauto, von einem Angehörigen gefahren, überweisen.

Ein Polytrauma muss mit dem NAW überwiesen werden.

Schließlich ist es auch wichtig, die Beziehungen zu den niedergelassenen Kollegen zu pflegen, und somit die Qualität der Kommunikation zu verbessern.

Der Patient zieht daraus einen großen Nutzen. So ist es empfehlenswert, dass die niedergelassenen Kollegen regelmäßig einen Entlassungsbrief durch den Notarzt erhalten.

Literaturangaben

- BQS : Die BQS veröffentlicht Daten zur Behandlungsqualität in Krankenhäusern. 02.07.2007 BQS Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- Conseil économique et social Steg A : Rapport sur la médicalisation des Urgences. 1993 STEG A Rapport sur la médicalisation des urgences EDITION:France, [Diff.], 1993, 83 p.,
- Gemeinsamer Bundesausschuss : Qualitätsbericht der Krankenhäuser. BQS 2007
- Loi 1991 : SROS Schéma régional d'organisation sanitaire
- **SFMU Commission Evaluation : Guide d'Evaluation.** www.sfm.org

Zur Schlussfolgerung: Es gibt eine Reihe von Qualitätsindikatoren, die in den französischen Notaufnahmen erhoben werden. Ich habe Ihnen auszugsweise einige vorgestellt, die für Deutschland interessant sind.

Übrigens können Sie ohne Weiteres den vollen Text des « Référentiel - Guide d'Evaluation» auf der Webseite www.sfm.org , die hier angegeben ist, erhalten.

Zögern Sie nicht, den Computer durchgehend einzuführen: in Frankreich ist unser Ziel bei 70% der Notaufnahmen bis zum Jahre 2010. Unsere Programme erlauben es, zu gleich welchem Zeitpunkt die Patientendaten einzugeben. Sobald ich die Diagnose gestellt habe, hat der Computer die Codierung gleich hinzugefügt. Dies gilt auch für meine Verschreibungen: ich verschreibe am Computer, die Krankenpflegerin hakt die Verschreibungen ab, und der Computer kodiert die Leistungen umgehend. Ich verbrauche also keine zusätzliche Zeit zum Kodieren.

Entwickeln Sie ihr eigenes Programm, um die Patientenakte in der Notaufnahme zu führen.

Diapositive 20

4. bis 6. Juni 2008 Paris Porte Maillot

