



# **Weiterbildungskonzept**

## **Weiterbündungsverbund**

### **Klinik Innere Medizin für das**

#### **Institut Notfallmedizin**

##### **Stadtspital Waid und Triemli**

**Prof. Dr. Lars C. Huber**  
Leiter Departement Innere Medizin und  
Chefarzt Klinik Innere Medizin Standort Triemli

**KD Dr. Elisabeth Weber**  
Chefärztin Klinik Innere Medizin Standort Waid

**Dr. Patrick Sidler**  
Chefarzt Institut Notfallmedizin



2/12

## **Weiterbildungskonzept und Lernzielkatalog der Klinik Innere Medizin für das Institut Notfallmedizin im Stadtpital Waid und Triemli (SWT)**

### **Korrespondenzadressen:**

Prof. Dr. Lars C. Huber  
Leiter Departement Innere Medizin  
Chefarzt Klinik Innere Medizin Standort Triemli  
Birmensdorferstrasse 497  
8063 Zürich  
T: +41 44 416 30 00  
lars.huber@zuerich.ch

KD Dr. Elisabeth Weber  
Chefärztin Klinik Innere Medizin Standort Waid  
Tièchestrasse 99  
8063 Zürich  
T: +41 44 417 20 85  
elisabeth.weber@waid.zuerich.ch

Dr. Patrick Sidler  
Co-Chefarzt Institut für Notfallmedizin  
Birmensdorferstrasse 497  
8063 Zürich  
T: +41 416 73 00  
patrick.sidler@zuerich.ch



3/12

## **INHALT**

INHALT .....	3
1 ALLGEMEINES .....	4
1.1 Grundlagen .....	4
1.3 Ärztliches Team.....	5
1.4 Schichtbetrieb .....	5
1.5 Anerkennung der Weiterbildungsstätte .....	6
2 WEITERBILDUNGSSTELLE .....	7
2.1 Eignung .....	7
2.2 Zielgruppe .....	7
2.3 Rotationen.....	7
2.4 Verantwortlicher Leiter für die Weiterbildung .....	7
2.5 Allgemeine Weiterbildungsziele.....	7
3 Weiterbildungskonzept.....	8
3.1 Einführung in die Arbeitsstätte.....	8
3.2 Betreuung.....	8
3.3 Zielvereinbarungen.....	8
3.4 Evaluation .....	8
3.5 Weiterbildungsinhalte .....	9
3.6 Dokumentation / Monitoring.....	11
3.7 Anpassung des Weiterbildungskonzeptes .....	11
ANHÄNGE .....	12

4/12

## **1 ALLGEMEINES**

### **1.1 Grundlagen**

Die Klinik Innere Medizin und das Institut Notfallmedizin gehören organisatorisch zum gemeinsam geführten Stadtspital Waid und Triemli (SWT). Sowohl die Klinik, wie auch das Institut stehen unter einer standortübergreifenden Leitung und Organisation.

Das vorliegende Weiterbildungskonzept (WBK) beschreibt das Weiterbildungsangebot der Klinik Innere Medizin für internistische Notfälle im Institut für Notfallmedizin des SWT und dessen Umsetzung.

Es basiert auf der Weiterbildungsordnung (21. Juni 2000, letzte Revision 19.12.2019) und auf dem Weiterbildungsprogramm (01. Januar.2011, letzte Revision 20.12.2018) inklusive den publizierten Anhängen 1-3 (Lernziele Basisweiterbildung / Hausarzt / Spitalarzt) und dem allgemeinen Lernzielkatalog (Art. 3 Abs. 2 WBO) der FMH resp. des SIWF.

### **1.2 Allgemeine Kenndaten der Weiterbildungsstätte**

Das SWT ist ein städtisches, öffentliches akademisches Lehr- und Zentrumsspital des Kantons Zürich. Mit insgesamt 31 Kliniken, Instituten und Abteilungen, 5 medizinischen Departemente, mehr als 400 ärztlichen Mitarbeitenden und einem grossen städtischen bzw. überregionalen Einzugsgebiet gehört das SWT zu den grössten nicht-universitären Spitalern der Schweiz.

Das Institut für Notfallmedizin steht unter der organisatorischen Co-Leitung von Dr. Ünal Can (FMH Chirurgie) und Dr. Patrick Sidler (FMH Allgemeine Innere Medizin) und ist dem Departement Medizinische Plattformen (Leiter Prof. Dominik Weishaupt) unterstellt. Es ist organisatorisch in eine Notfallstation, eine Notfallpraxis an beiden Standorten und zusätzlich eine Notfallbettenstation am Standort Triemli gegliedert. Das Institut für Notfallmedizin ist interdisziplinär organisiert. Die Patientenströme aber in internistische und chirurgische Notfälle unterteilt. Die Klinik für Innere Medizin delegiert designierte Kaderärzte, eine Leitende Ärztin und eine Oberärztin meV, an beiden Standorten zur Hauptverantwortung der Betreuung der internistischen Patienten (Dr. med. Sabine Dinges, Standort Triemli und Dr. med. Margit Huber, Standort Waid). Sie werden vorwiegend auf der Notfallstation eingesetzt. Das gesamte ärztliche Personal für die Betreuung internistischer Notfälle wird aus der Klinik für Innere Medizin delegiert. Die fachliche Verantwortung für die im Institut für Notfallmedizin rotierende Ärzteschaft liegt bei der Institutsleitung Notfallmedizin und der Klinikleitung Innere Medizin.

Vom internistischen Team werden ca. 12'500 Patienten/ Jahr (Triemli 15'000, Waid 7'500) auf der Notfallstation abgeklärt und beurteilt, knapp 10'000 (Triemli 6'000, Waid 4'000) davon werden stationär aufgenommen. Mehr als 90% der internistischen Hospitalisationen erfolgen notfallmässig.

5/12

Die Räumlichkeiten der Notfallstation am Standort **Triemli** bestehen aus 20 monitorisierten Behandlungsplätzen (inklusive Isolationszimmer), einer Agitationskoje und zwei Schockräumen. Das Institut für Radiologie ist mit konventionellem Röntgen, Computertomographie und Sonographie räumlich in das Institut für Notfallmedizin integriert. Ein Facharzt für Radiologie ist an 24/7 verfügbar.

Am Standort **Waid** sind alle 12 Behandlungsplätze mit einem zentralen Monitoring ausgestattet und es wird ein Schockraum betrieben. Das Institut für Radiologie ist mit konventionellem Röntgen, Computertomographie und Sonographie der Notfallstation unmittelbar angegliedert. Ein Facharzt Radiologie steht 24/7 zur Verfügung (Teleradiologie werktags ab 23.00 Uhr und am Wochenende ab 22.00 Uhr).

In der Notfallpraxis an beiden Standorten werden hauptsächlich „walk-in Patienten“ der Triagekategorien 4 (normal) und 5 (nicht dringend) ambulant behandelt. Die Behandlung erfolgt durch ein dafür eingeteiltes Ärzteteam, das von der Klinik Innere Medizin (KIM) und Klinik für Chirurgie gestellt wird. Am Standort Waid wird das Team durch Rotationsassistenten der Klinik Innere Medizin und durch dienstleistende Hausärzte gestellt. Ausserhalb der Öffnungszeiten der Notfallpraxis werden sämtliche Patienten an beiden Standorten auf der Notfallstation behandelt.

Die Fachdisziplinen Innere Medizin und Chirurgie sind mit je einem Assistententeam 24/7 anwesend und behandeln alle Patienten mit Unterstützung der entsprechenden anderen Fachdisziplinen aus dem SWT. Am Standort Triemli sind auch die Kaderärzte 24/7 anwesend, am Standort Waid ist ab 23.00 Uhr ein Kaderarzt Innere Medizin auf Pikett.

### **1.3 Ärztliches Team**

Das ärztliche Personal zur Behandlung der internistischen Notfallpatienten im Institut für Notfallmedizin wird aus der KIM delegiert. Die Betreuung der medizinischen Patienten erfolgt durch Assistenzärzte der Klinik für Innere Medizin und auf kaderärztlicher Ebene durch Internisten mit FMH-Titel Allgemeine Innere Medizin der Klinik Innere Medizin und des Instituts für Notfallmedizin. Das Weiterbildungskonzept der Klinik für Innere Medizin findet sich in einem separaten Dokument.

### **1.4 Schichtbetrieb**

#### Standort Waid

##### *Kaderärzte*

Es sind zwei Kaderarztschichten geplant (Frühdienst, Spätdienst) – ab 24.00 Uhr ist der Kaderarzt auf Pikett und muss innerhalb 30 Minuten auf der Notfallstation sein.

6/12

#### *Assistenzärzte*

Die Assistenzärzte teilen sich den 24/7 – Betrieb in 5 Schichten auf (Frühdienst, Mitteldienst, Spätdienst, Abenddienst und Nachtdienst). Die Schichtdauer ist mit maximal 9 Stunden geplant. In der Praxis arbeitet ein Assistenzarzt Montag bis Freitag im Tagdienst (Rotation à 3 Monate, siehe WBK Klinik Innere Medizin).

Das entspricht 5.4 FTE Oberärzte und 9 FTE Assistenzärzte. Das Verhältnis Weiterbildner zu Weiterzubildende beträgt somit 1.6.

#### Standort Triemli

#### *Kaderärzte*

Während 24 Stunden sind 3 Schichten mit Präsenzdienst geplant (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst). Montag - Freitag ist zusätzlich ein Kaderarzt in der Notfallpraxis vor Ort, am Wochenende übernimmt diese Schicht in der Praxis ein erfahrener Assistenzarzt.

#### *Assistenzärzte*

Die Assistenzärzte sind in 7 Schichten (Sommer) und 8 Schichten (Winter) pro 24 Stunden geplant (2x Frühdienst, 2x Mitteldienst, 2x Spätdienst und 1x Nachtdienst). Die geplante Schichtdauer beträgt maximal 9 Stunden.

Dies entspricht 6.4 FTE Oberärzte und 11.2 FTE Assistenzärzte. Das Verhältnis Weiterbildner zu Weiterzubildenden beträgt somit 1.75.

Die Arbeitszeiten werden im PEP-System verwaltet. Die Dienstpläne gewähren die Einhaltung des Arbeitsgesetzes.

### **1.5 Anerkennung der Weiterbildungsstätte**

Die Weiterbildungsstätte ist aktuell für den Facharzttitel FMH Allgemeine Innere Medizin Kategorie A (3 Jahre) bzw. Kategorie IV (1 Jahr) und als Basisweiterbildung für medizinische Spezialitäten anerkannt.

7/12

## 2 WEITERBILDUNGSSTELLE

### 2.1 Eignung

Alle Assistenzärztinnen und -ärzte sind in der Klinik für Innere Medizin angestellt (siehe separates Weiterbildungskonzept). Die Stelle wird als 2-Jahres-Curriculum angeboten und eignet sich vor allem für fortgeschrittene Assistenzärzte (ab 2. Ausbildungsjahr) mit dem **Ausbildungsziel FMH Allgemeine Innere Medizin oder einer Spezialdisziplin**. Eine mindestens einjährige Erfahrung in einer anderen klinischen Disziplin (Chirurgie, Anästhesie etc.) ist für Assistenzärzte aber Voraussetzung bzw. wird erwünscht. Die Weiterbildungsstelle ist für Berufsanfänger oder als internistisches Fremdjahr weniger geeignet.

### 2.2 Zielgruppe

95% der Assistenzärzte sind Anwärter für den Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. eine Spezialität, ca. 5% für andere Facharzttitel (Anästhesie etc.). Quoten existieren nicht.

### 2.3 Rotationen

Die Rotation ins Institut für Notfallmedizin findet in der Regel 2-3 Monate nach Stellenantritt am Primärstandort statt. Sie wird in Blöcken von jeweils 4-5 Wochen geplant, wobei eine beliebige Anzahl von Blöcken aneinandergereiht werden kann. Der Zeitpunkt des Einsatzes im Institut für Notfallmedizin ist abhängig von der Vorerfahrung, den aktuellen Bedürfnissen der Klinik, des Instituts für Notfallmedizin und den Wünschen des Assistenzarztes.

Eine Rotation auf die Notfallstation an den jeweils anderen Standort ist möglich im Rahmen einer mindestens 6monatigen Austausches innerhalb der KIM. Während dieser Zeit werden am anderen Standort Einsätze auf der Normalstation und im Institut für Notfallmedizin geplant (siehe WBK KIM).

Eine Rotation auf die Chirurgie und damit für die chirurgische Versorgung der Patienten im Institut für Notfallmedizin am Standort Triemli ist bei Interesse für 6 Monate möglich.

### 2.4 Verantwortlicher Leiter für die Weiterbildung

Für die internistische Weiterbildung im Institut für Notfallmedizin sind die Chefärzte der KIM sowie die Kaderärztinnen der Klinik Innere Medizin (Dr. S. Dinges, Dr. M. Huber) und der Chefarzt des Institutes für Notfallmedizin mit FMH-Titel allgemeine Innere Medizin (Dr. P. Sidler) in Zusammenarbeit mit dem ganzen Kader der Inneren Medizin verantwortlich.

### 2.5 Allgemeine Weiterbildungsziele

Die Erfüllung der Weiterbildungsziele entsprechend der Weiterbildungsordnung (21. Juni 2000, letzte Revision 19.12.2019) Kapitel I, Art. 3. ist gewährleistet. (siehe auch Lernzielkatalog)

8/12

## **3 Weiterbildungskonzept**

### **3.1 Einführung in die Arbeitsstätte**

Vor dem ersten Arbeitstag im Institut für Notfallmedizin findet eine eintägige strukturierte Einführung mit den nachfolgenden Inhalten statt:

- Administration/ Leistungserfassung
- Räumlichkeiten/ Geräte: Eine Mitarbeiterin der Notfallpflege übernimmt die Einführung in die Örtlichkeiten und Gerätebedienung.
- Medizinische Abläufe: Die Dienst-Kaderärztin führt anhand einer Checkliste und einem schriftlichen Pflichtenheft in die ärztlichen Abläufe ein und eine Kaderärztin der Abteilung für Neurologie gibt eine Einführung in die Akutbehandlung des Schlaganfalls (Standort Triemli, Stroke Unit).

### **3.2 Betreuung**

Der dem Assistenzarzt bei Stellenantritt in der Klinik für Innere Medizin zugeteilte Tutor bleibt auch während der Rotation ins Institut für Notfallmedizin zuständig. Daneben besteht durch die fast durchgehende Anwesenheit der Kaderärzte eine enge Betreuung, die auch regelmässige unmittelbare Feedbackgespräche beinhaltet (siehe auch 3.5.3 Nicht-strukturierte Weiterbildung).

### **3.3 Zielvereinbarungen**

Abläufe von Zielvereinbarungen und Evaluation sind im Weiterbildungskonzept der Klinik für Innere Medizin definiert. Sie unterscheiden sich für die Notfallrotation grundsätzlich nicht: Die Zielvereinbarungen sind Teil der Evaluationsgespräche und werden regelmässig durchgeführt. Sie werden als solche ausformuliert. Bei Bedarf werden weitere Gespräche zur Führung und Stützung der Assistenzärzte anberaunt (siehe auch 3.4 Evaluation).

### **3.4 Evaluation**

Die Assistenzärzte werden nach sechs bis zehn Monaten ihrer Arbeitszeit durch den Tutor evaluiert. Dabei wird differenziert auf Fachkompetenz, Selbstkompetenz, Sozialkompetenz und Führungskompetenz eingegangen und explizit auch der Einsatz auf im Institut für Notfallmedizin besprochen.

Die Beurteilung ist die Zusammenfassung der im Vorfeld von den übrigen Kaderärzten abgegebenen Einzelbeurteilungen. Die Assistenzärzte erhalten ebenfalls ein Formular zur Vorbereitung des Gesprächs und werden aufgefordert, eine eigene Beurteilung abzugeben. Das Gespräch findet mit Tutor und Chefarzt/ Chefärztin KIM statt.



9/12

Weitere Evaluationsgespräche finden nach 2-3 Monaten, dem ersten Jahr und zweiten Jahr statt, um die Lernfortschritte zu evaluieren und neue Ziele zu definieren.

Am Ende einer Notfallrotation erfolgt ein abschliessendes Feedbackgespräch durch die Leitende Ärztin resp. durch die Oberärztin meV. An beiden Standorten wird der Chefarzt des Instituts für Notfallmedizin beigezogen. Eine Zusammenfassung des Gesprächs geht an den Tutor.

### **3.5 Weiterbildungsinhalte**

#### **3.5.1 Allgemeine Ziele**

Durch die Weiterbildung im Institut für Notfallmedizin sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Diagnosestellung und Therapieeinleitung bei internistischen ambulanten und stationären erwachsenen Patienten aller Altersgruppen anlässlich ungeplanter Konsultationen
- Kenntnisse über Wirksamkeit, Kosten und Risiken von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen
- Beurteilung der Dringlichkeit und gezielter Einsatz von diagnostischen Massnahmen in Notfallsituationen
- Zusammenarbeit mit Grundversorgern und Spezialisten zur Koordination von Diagnostik und Behandlung ambulanter und stationärer Patienten
- Aufbau einer empathischen Beziehung zu Patienten und Angehörigen
- Verständliche und einfühlsame Kommunikation über Krankheit und mögliche Verläufe
- Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten
- Kennen der eigenen Grenzen
- Entscheidungsfindung bei nicht urteilsfähigen Patienten in deren mutmasslichem Sinne
- Berücksichtigung von psychischen, sozialen und kulturellen Gesichtspunkten

#### **3.5.2 Spezifische Ziele**

- Fundierte Erhebung von Anamnese und klinischem Status bei Erwachsenen im ambulanten und stationären Bereich
- Erlernen der klinischen Fähigkeiten und Sammeln der nötigen Erfahrung, die eine zuverlässige Erstbeurteilung der Patienten ermöglicht
- gezielter Einsatz und Befundinterpretation von radiologischen und labortechnischen Untersuchungen
- Zeitnahe Gesamtbeurteilung auf Basis der vorhandenen Befunde mit Erstellen einer Differentialdiagnose
- Erstellen eines Behandlungsplanes und Entscheid über ambulante oder stationäre Therapiemöglichkeiten, sowie Therapieeinleitung bei akuten Erkrankungen



10/12

- Erlernen der Fähigkeit, Patienten und Angehörige über Diagnose, Prognose und Therapieoptionen aufzuklären
- Diagnosestellung und Therapieeinleitung bei häufigen ambulant behandelbaren Beschwerden – unter anderem
  - Infektionen der oberen und unteren Atemwege
  - Hautausschläge
  - Rückenschmerzen
  - Kopfschmerzen
  - Psychosomatische Beschwerden
- Erkennen und Einleiten von Initialmassnahmen bei Notfallsituationen aller medizinischen Bereiche – unter anderem:
  - Akutes Koronarsyndrom
  - Hypertensive Krise
  - Lungenödem
  - Rhythmusstörungen
  - Lungenembolie
  - Respiratorische Insuffizienz bei Asthma/ COPD
  - Sepsis
  - Intoxikationen
  - Schwere Elektrolytstörungen
  - Intestinale Blutungen
  - Akute cerebrovaskuläre Ereignisse
  - Status epilepticus, Koma
  - Anaphylaxie
- Kennen und Ausführen der Massnahmen bei Herz-Kreislaufstillstand
- Aktive Teilnahme bei Behandlungen im Schockraum
- Erstellen einer Dokumentation für weiterbehandelnde Kollegen
- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit
- Arterielle und venöse Punktionen
- Medikamentöse und elektrische Konversionen
- Punktionen von Liquor, Pleura, Aszites, Gelenken
- Kenntnisse der Bedeutung und in der Anwendung eines standardisierten Triage-Systems (Standort Triemli: Manchester Triage System; Standort Waid: ESI-Triage-System)

### 3.5.3 Weiterbildungsveranstaltungen

Die Assistenzärztinnen und -ärzte nehmen an den obligatorischen Weiterbildungsveranstaltungen von KIM und DIM teil, wenn immer im Schichtplan möglich bzw es der Notfallbetrieb zulässt. Die obligatorischen und fakultativen Weiterbildungsveranstaltungen von KIM/ DIM sind im Dokument „**Weiterbildungskonzept Klinik für Innere Medizin**“ aufgeführt. Zusätzlich bestehen in der Rotation im Institut für Notfallmedizin die folgenden Weiterbildungsangebote:



11/12

#### Nicht-strukturierte Weiterbildung

- Täglicher strukturierter Übergaberapport mit Fallbesprechung (15min)
- Interaktive Diskussion zu notfallmedizinischen Themen 1x/Woche (15min)
- Eine kaderärztliche Supervision ist zu 100% verfügbar. Grundsätzlich wird jeder Patient mit dem Kaderarzt besprochen. Die Besprechung des Falles mit Differentialdiagnose und Planung von Abklärung und Behandlung erfolgt im Sinne eines Lehrgespräches. Die gemeinsame klinische Visite bietet Gelegenheit für bedside Teaching.
- Alle Berichte werden vom Kaderarzt gegengelesen und bei Bedarf korrigiert und besprochen.

#### Strukturierte Weiterbildung

- Mega-Code 1x/Monat mit Teilnahme jeweils eines Assistenzarztes Medizin zum Training von Reanimationssituationen im Team (Standort Triemli)
- Regelmässiges Schockraumtraining an beiden Standorten

#### **3.5.4 Lernunterstützende Massnahmen**

Alle fixen und mobilen PC-Arbeitsplätze haben einen Internetzugang und bieten Zugriff auf die über die Bibliothek zugänglichen Journals und Datenbanken, die hausinternen Weisungen, zudem UptoDate und Notfall-Standards.

#### **3.6 Dokumentation / Monitoring**

Die invasiv durchgeführten Massnahmen (Punktionen, Katheter) und von den Asssistenzärzten geführte Gespräche (Diagnosemitteilung, „Breaking Bad News“, etc.) werden von den Assistenzärzten erfasst und vom begleitenden Kaderarzt nach der Durchführung visiert (ABA). Das Logbuch für Innere Medizin wird durch die Assistenzärzte geführt.

#### **3.7 Anpassung des Weiterbildungskonzeptes**

Das Weiterbildungskonzept wird auf der Homepage der Klinik Innere Medizin SWT und der FMH publiziert und wird in regelmässigen Abständen den erforderlichen Neuerungen angepasst und überarbeitet.

Zürich, 24.07.2020

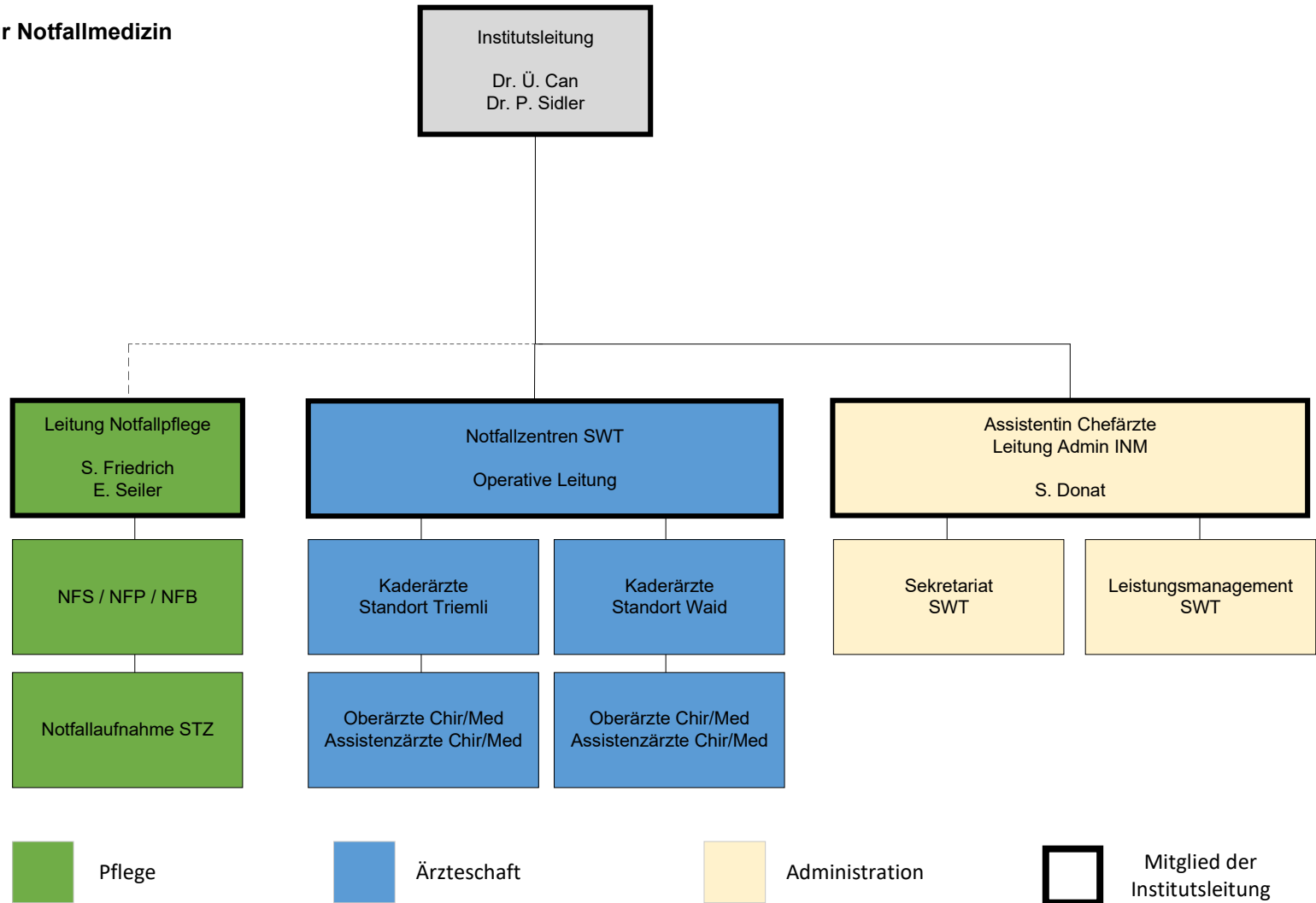
Prof. Dr. Lars C. Huber/ KD Dr. Elisabeth Weber/ Dr. Patrick Sidler

12/12

## **ANHÄNGE**

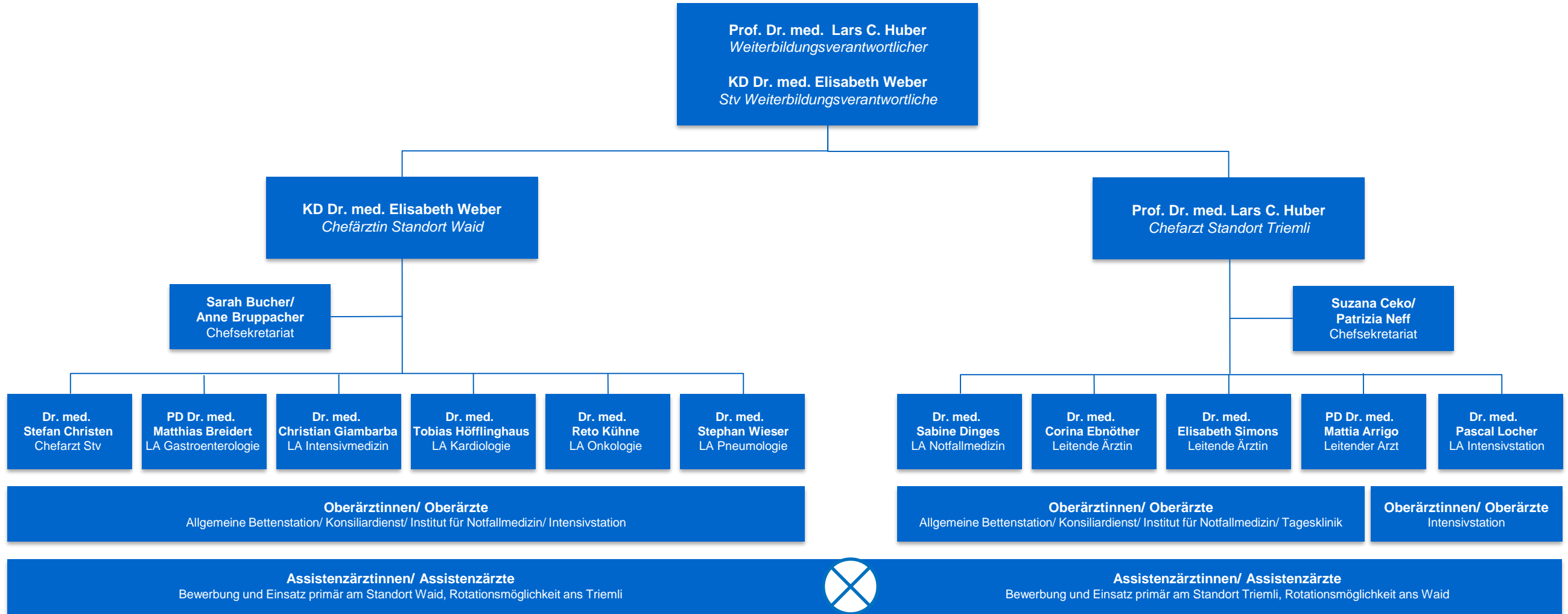
- Beilage B1: Organigramm Institutsleitung Notfallmedizin
- Beilage B2: Organigramm Klinik Innere Medizin
- Beilage B3: Checkliste Einführung NFS Triemli
- Beilage B4: Checkliste Einführung NFS Waid

### Organigramm Institut für Notfallmedizin



# Klinik für Innere Medizin (KIM)

## Organigramm Weiterbildungsverbund





## Checkliste Einführung Notfall Medizin

Datum: \_\_\_\_\_ Name AA: \_\_\_\_\_

- Dienstzeiten NF
- Parkkarte, Pikettzimmer
- Rapportzeiten NF

### REA:

- REA – Sucher (Funktion, Testalarm, Schlüssel)
- Anmeldung IS über Telefon 65220

### Zuweisungen

- Zuweisungen extern (Anmeldung im Ecare)
- Email einrichten; [notfall.medizin@triemli.zuerich.ch](mailto:notfall.medizin@triemli.zuerich.ch)
- Ablauf regulärer Eintritt für nächsten Tage  
(Info, Dispo fächli/Mail Bettendispo, Rücksprache OA)
- Zuweisungen für den OA (hausintern, andere Kliniken / Spitäler)

### Abläufe

- Einführung Ecare (Zugang?)
- Manchester Triage System (Zuteilungsvorschlag, Behandlungsort)
- Einführung Notfallpraxis, Zugang Ticket-Kiosk prüfen
- Erstkontakt Patient gehend
- Erstkontakt Patient liegend / Sanitätsrapport, mit Pflege
- Patientenzuteilung durch Oberarzt
- Wann wird OA involviert? (Entscheidungen von Zuweisungen ext.  
u. intern, Spezialuntersuchungen, Umteilung chir. u. rheumat.)
- Einsatz Unterassistent (Patienten komplett mitbetreuen mit AA,  
AA trägt Gesamtverantwortung)
- Stichverletzungen
- Streptokokkentest
- Kardiologische Patienten / STOPP and GO
- Zusammenarbeit mit Rheumatologie (Dienstregelung etc.)
- Augen-Notfälle
- ORL-Notfälle

### Büro Medizin

- Schliessfächer, Kisten, Fächli (Abwesenheit)
- Geräte (Kamera, Geräte für ORL, etc.)
- Ordnung im Büro (Nacht-Team und Alle)
- BTM Rezepte



**Formulare & Diverses**

- Korpusinhalt anschauen
- No-Tox erklären

**Administrativa**

- CD einlesen lassen
- Anmeldungen div. Untersuchungen (Sono, CT, RX...)
- Dokumentation: Bericht, elektronisches Visum

**Nützliche Informationen**

- Telefonlisten (Drogeninstitut / AH, PZZ etc.; NF-interne Listen)
- Notfall Blaubuch (roter Ordner, Sharepoint )
- Neubeurteilungen Medizin(Fächli)
- Wichtigste NF-Weisungen



# **Einführung auf dem Notfall – Ergänzung zur Checkliste**

## **1. Vor dem Arbeitsbeginn auf dem Notfall**

- Falls ihr keinen Einführungstag auf dem Notfall haben solltet (Ausnahme!), vereinbart bitte einen Termin mit dem/r zuständigen LÄ (E.Simons 63007, S.Dinges 63005) für eine Einführung
- Lasst euch die wichtigsten Geräte zeigen und erklären (Defi/EKG/ABGA/NIV)

## **2. Tagesablauf auf dem Notfall**

- Täglich um 7.45 Rapport/ Übergabe mit Nachtarzt, Jourarzt 1 und OAs. Kurzvisite bei den Patienten je nach Erfordernis.
- Patienten bei Schichtende übergeben mit klarem Auftrag: to do, geplantes Procedere, Rea-Status (gemäss Übergabe-Standard). Patienten, die kurz vor Schichtende eingetreten sind, müssen NICHT abgeschlossen übergeben werden!!
- Bei JEDER Übergabe Zuständigkeit und damit Verantwortlichkeit (!) im eCare ändern!
- Mitteldienst 2 und an Wochenend- und Feiertagen Frühdienst 2 sind primär in der Notfallpraxis tätig

## **3. Regelung der Aufnahme**

- Bedenkt bitte, dass der telefonische Kontakt mit Patienten und Zuweisern eine unserer wichtigen Visitenkarten ist!
- Erkundigt euch bei Dienstantritt über die aktuelle Bettensituation (Haus, IS)
- Grundsätzlich ist jeder zugewiesene Patient anzunehmen. Es ist zu klären, ob der Eintritt via NF oder regulär erfolgen soll.
- Bei grosser Bettenknappheit und stark belegter Notfallstation evtl höflich anfragen, ob bei Patienten anderer Regionen auch eine Hospitalisation in einem anderen Spital möglich wäre und den Zuweiser auf lange Verweildauer auf dem Notfall hinweisen.
- Anmeldungen im eCare erfassen. Anmeldezettel für reguläre Eintritte korrekt, vollständig und leserlich ausfüllen und am dafür vorgesehenen Ort deponieren (Tafel, oder Fach Bettendispo) – Rücksprache mit OA erforderlich und vermerken!
- Übernahme von Patienten eines anderen Spitals oder einer anderen Klinik, Verlegungen auf fachfremde Stationen sind Oberarzt-Entscheidungen.
- Kandidaten für Patienten der Verlegungskategorie A dem OA rasch melden

## **4. Eintritt und Krankengeschichte**

- Jeder liegende Patient sollte, falls irgend möglich, durch Pflege und Arzt gemeinsam erst-beurteilt und erst-behandelt werden. Dies stellt den Informationsfluss sicher und erspart Zeit und Redundanzen und zeigt dem Patienten, dass er von einem Team betreut wird.
- Der Entscheid über die stationäre Aufnahme soll rasch gefällt, kommuniziert und im eCare vermerkt werden.
- Dokumentation und Kommunikation (tagsüber telefonisch an die nachbehandelnden Ärzte) von Verlegungen auf die Abteilung erfolgen gemäss Vorgabe für die Verlegungskategorien

- In kritischen Situation bzw. für Entscheidungen ist der OA frühzeitig zu kontaktieren.
- Dokumentation des Eintrittsstatus erfolgt im MedFolio **oder** auf den Blättern.
- Jeder Patient erhält einen Bericht; Kopie in der Regel an den HA/EA.
- Alle ambulanten KGs müssen vom OA visitiert werden. (zur Unterschrift an Visumstufe 2 schicken). Nach dem Visum werden sie vom Sekretariat bzw Leistungsmanagement kodiert, die Leistungserfassung kontrolliert und dann verschickt

## 5. Administratives

- Für jeden (ambulant und stationär!) Patienten muss die Leistung erfasst werden
- Die Fächer für verspätet eintreffende Befunde und Zeugnisse müssen täglich geleert und der Inhalt bearbeitet werden (zB. Befundweitergabe an Hausarzt)!
- Im Büro arbeiten viele, wechselnde Leute unter häufig hektischen Bedingungen!

Ordnung halten ist daher anspruchsvoll, aber umso wichtiger! Jeder AA hat ein „Fächli“, das er bei Abwesenheit räumen muss und kann seine Kiste im Effektschrank deponieren.

Bitte aus Platzgründen alles bei Abwesenheiten > 1 Woche räumen.

## 6. Unterassistenten

- Sollten 2 Unterassistenten auf dem Notfall eingeteilt sein, macht je einer Früh- und Spätdienst. (7.45-16.00 und 16.00-23.30)
- Die Unterassistenten sollen Gelegenheit haben, Patienten komplett selber zu untersuchen und zu beurteilen, jedoch ist immer ein AA mitverantwortlich, der den Patient kurz erstbeurteilt und dessen Name auch auf den Dokumenten vermerkt wird.

## 7. einige Einzelheiten

- Bei einem **chirurgischen Schockraum** schaut der Oberarzt, ob Internisten nötig sind, der AA muss nicht primär mit, ausser wenn der OA abwesend ist.
- **NoTox:** Jugendliche (und auch Erwachsene) mit akuter Alkoholintoxikation werden mit dem Bogen von NoTox bezüglich des Rückfallrisikos gescreent (erklären lassen)
- **Stichverletzungen** und andere Expositionen von Körperflüssigkeiten bei Personal werden in der Notfallpraxis versorgt. Das Blatt zur Erfassung dieser Fälle sollte vor Rotationsantritt studiert und mögliche Fragen mit dem OA geklärt werden.



**Einführung Assistenzärzte KIM im Institut für Notfallmedizin (INM) (Checkliste)**

Verfasser:	Huber / Christen / Sidler / Can	24.7.2020	Seite: 1 / 2
------------	---------------------------------	-----------	--------------

Die Einführung findet **am ersten Tag des Notfallzyklus** statt. Der einzuführende Assistenzarzt beginnt seinen Einführungstag am Morgenrapport um 8.00 Uhr.

Der *Springerdienst* übernimmt jeweils an diesem Tag den Notfall – Frühdienst und beginnt als regulärer FD um 7.00 Uhr.

Die Durchführung und Organisation des Einführungstages obliegt der verantwortlichen Kaderärztin am Einführungstag auf der Notfallstation. Die Koordination und Information erfolgt durch die Oberärztin meV Notfall (Dr. med. Margit Huber, Stv. Dr. med. Daniel Strebel). Die Einführungspapiere werden vorgängig abgeben.

### **Vorstellungsrunde**

- Pflegeleitung/Stv. und Schichtleitung Notfallstation
- Leiter Empfang
- Mitarbeiter "Glashüsli" (Notfallaufnahme)
- Leitung & Mitarbeiterinnen Notfallpraxis
- Ärztliches Personal Chirurgie
- Zuständige SekretariatsmitarbeiterIn Notfall
- Chefärzte INM

### **Rundgang**

- Ambulanz-Garage, Dekontaminationsbereich
- Glashüsli inkl. Handhabung Triage Kinder/Schwangere/Ophthalmologie (immer klinische Beurteilung durch Assistenzärzte)
- Warteraum
- COVID - Spezial
- Triagezimmer, Vorstellung ESI Triage-Score
- Schockraum, Rea-Wagen, Defi, Antidot-Schrank
- ABGA-Gerät
- Sonogerät (inkl. Wartung)
- Räumlichkeiten CT/ Röntgen MRI
- Kojen inkl. Monitoring und Rea-Knopf
- Notfallöpsli, Waschraum, Materialraum
- Notfallpraxis
- Roter Knopf im Gang (Polizeiruf)
- Stationsstützpunkt, wichtigste Medikamente, Broschüren häusliche Gewalt
- Tafel erläutern
- AA-Büro (Wo, Was?)
- Reservebüro zeigen (vis à vis Schockraum)
- Küche/ Aufenthaltsraum

## Organisation/Abläufe erläutern

- Anmeldungen Patienten, Anmeldeblock (Iso vermerken). Weiss: Röntgenschirm AA Büro, rosa/blau: zu Pflege, Anmeldungen laufen primär über KA (Mo-Fr 7:30-22:30 Uhr, ausserhalb dieser Zeiten über AA)
- Information an Kaderarzt bei instabilen Patienten und Schockraum
- Elektive Eintritte: an CA-Sekretariat verweisen/ oder Mail
- Erläuterung: Übersichtstafel, rosa Verordnungsblatt, Verordnungen "rotes Kreuz"
- Ambulante Berichte, rote/ blaue Mappe
- Leistungserfassung
- Mail-Zugang grosser Computer, Scannen, Mails in KG ablegen
- 1er P Patienten: Information an EW
- Beizug Spezialisten, Kaderärzte anderer Klinik immer mit Dienst-KA rückbesprechen
- Indikationsstellung für CT/MRI-Untersuchungen müssen vorgängig mit Dienst-KA besprochen werden
- Schmerzkonzept
- Schockraumkonzept
- Telemetrie-Verordnungen
- Pathway "Stichverletzung"
- Eintrittsliste führen für Rapport: Diagnose und Röntgenfragestellung
- Wichtige Telefonnummern (inkl. Konsiliärzte, Psychiatrie-Pikett etc.)
- Röntgenanmeldungen immer zusätzlich telefonisch, am WOE Dienst MTRA
- Dienstzeiten und "wer übergibt welchen Dienst" besprechen
- Aussergewöhnliche Lage/ Katastrophe (IES alles via Kaderarzt)
- Übergabe Patienten, Verlegung IPS am Bett
- "schwarzes Büchli" für besondere Ereignisse erklären
- Medikamentenmitgabe, Dokumentation rotes Blatt (Verrechnung)

## Wo steht das Material?

- Punktionswagen, Material, inkl. Cook-Drainage
- Blutentnahmewagen
- DK-Wagen
- Wundversorgungswagen
- Antikoagulationsausweis, Xarelto-Ausweis
- Peak-Flow
- Ersatzgel und Ersatztücher für Ultraschall (Schockraum)
- Doppler (Büro Chirurgen)
- Medikamente

## Medizinische Literatur/Notfallstandards

- Hausinterne Guidelines ([DMS](#))
- [www.notfallstandards.ch](http://www.notfallstandards.ch)
- [UpTo Date](#)