



KSA

Kantonsspital
Aarau

copAIN

**Massnahmen zur Ressourcen-schonenden
Kooperation der Ärzteschaft und Pflege**

Klinik für Allgemeine Innere und Notfallmedizin (AIN)

Inhaltsverzeichnis

Kapitel	Seite
Vorwort	3
Kommunikation Arzt- und Pflegedienst	4
Vorgaben Standardeintritte	5
Monitoring und Dokumentation KISIM	6
Verordnungskompetenz und Medikamentengabe	7
Infusionen	8 - 11
Volumen / zum Offenhalten / Diuretika / Analgesie / Fieber	8
Elektrolyte	9
Heparin	10
Antibiotika / Schimmelpilz-Therapie	11
Blutentnahmen	12 – 13
Standard-BE	12
Kommunikation kritischer Laborbefunde	12
Blutbild / Anämie / Elektrolyte / Niere / Leber / Schilddrüse	13
Lipide / Entzündung	13
Diagnostic Stewardship Mikrobiologie (DSM)	14 – 15
Serologien/PCR / Blutkulturen	14
Urin / Stuhl / Legionellen / OP	15
BZ-Management	16
CT-Schädel nach Sturz	17
Lungenembolie	18 – 19
Diagnostik	18
Scores	19
Sonographie auf Station	20
Früh-Entlassung	21
Medizinische Poliklinik (MedPol)	21
Ambulante parenterale Antibiotikatherapie (OPAT)	21
Einführung Assistenz-/Oberarzt	22
Allgemeiner Visitenstandard	23
Musterwoche AIN	24

Vorwort

Die Personalknappheit bei der Pflege, in zunehmendem Masse aber auch bei der Ärzteschaft, belastet PatientInnen und Mitarbeitende gleichermaßen. In **interdisziplinären Workshops** haben wir deshalb **Massnahmen** identifiziert **für eine Ressourcen-schonende Kooperation**.

Geleitet von den Maximen **Wertschätzung – Rationalität – Effizienz** haben wir Kommunikationswege, Tagesabläufe und Visitenstrukturen überarbeitet mit dem Ziel, mehr Kapazität für die eigentliche Patientenbetreuung zu finden. Zudem haben Standardverordnungen, Dokumentation, diagnostische und therapeutische Prozesse vereinfacht sowie Pflegekompetenzen gezielt erweitert. Vieles ist damit nicht nur **einfacher** und **schneller**, sondern gar **besser** geworden.

Die hier zusammengestellten Richtlinien verstehen wir als Orientierung, welche individuell **an die Patienten-Situation angepasst** werden muss. Sie sollen gerade für jüngere Kolleginnen und Kollegen eine **Absicherung und Aufforderung** sein zum **"keep things simple"**.

Mit der Zielsetzung rationaler Prozesse erwarten wir, dass Abweichungen begründbar sind. Wir verstehen das Projekt als "work in progress" und sind froh um kontinuierliches Feedback. Die 2. Auflage ist bereits in 3 Monaten geplant.

Wir hoffen, Ihnen mit dieser Zusammenstellung einen im Alltag hilfreichen Begleiter, **un bon copAIN**, zur Verfügung zu stellen, der inspiriert und Freude macht.

Wir danken allen Beteiligten für die engagierte Mitarbeit

Rico Fiumefreddo
Sebastian Haubitz
Thomas Herrmann
Katja Leitner
Daniel Waitzmann

Volker Tempelmann
Stefanie Bur-Schneiter
Julia Streda
Philipp Schütz
Christoph Fux

Kommunikation Arzt- und Pflegedienst

Ziele

- Durch einen standardisierten interdisziplinären Austausch sollen Information und Fragen geteilt werden, ohne die Arbeitsabläufe unnötig zu unterbrechen
- Telefonische Kontakte werden aufs Dringliche reduziert
- Alle anderen Pendenzen und Fragen werden im KISIM gesammelt

Massnahmen

Kommunikationsprinzip

Dringliches

- Wird jederzeit, zeitnah und **persönlich** mitgeteilt
 - z.B. neu verordnetes Antibiotikum, Notfall-CT

Nicht-dringliches

- Wird zu definierten Zeiten **persönlich** mitgeteilt oder via **Stationsmitteilung** im KISIM
- Fixpunkt persönliche Mitteilung:
 - **am Morgen:** Huddle, Visite
 - **am Nachmittag:** Kardex
- Umsetzung gemäss Kapazität
 - z.B. Umstellung der Kostform, Beine einbinden

Visiten

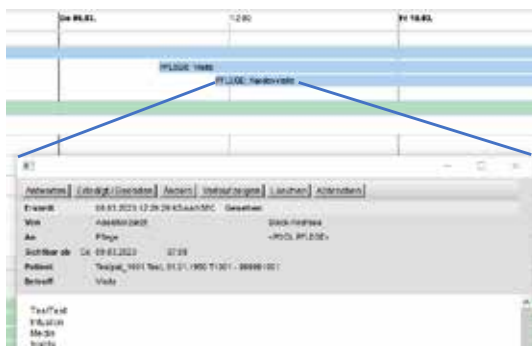
- Auf Visite sollen zum eigenen Patienten alle dringlichen und nicht-dringlichen Anliegen besprochen werden

Handhabung Stationsmitteilung im KISIM

- Pflege, Abteilungs- und Dienstärzte schreiben in die gleiche Mitteilung
- Bleibt in der Kurve offen; wird 2x tgl. an den Fixpunkten eingesehen und aufgeräumt

Praktisch

- In der KISIM-Kurve unter Mitteilungen (2. Zeile von oben) und aktuellem Tag: Rechtsklick: Neue Mitteilung "an Pflege"
- Nach dem Eintrag speichern
- Öffnen und mit "ändern" weiterschreiben



Vorgaben Standardeintritte

Ziele

- In der Standardverordnung bei Eintritt ist das nötige Minimum hinterlegt
- Konzeptionell soll das "mehr" und nicht das "weniger" verordnet werden

Massnahmen

Default

- BD, Puls, Tempi, SaO₂, Stuhlgang einmal tgl.
- Eintrittsgewicht für Folgetag

Zusätzliches Monitoring

- AF: normal (10-16), quantifiziert bei Tachy-/Bradypnoe, stopp wenn >2d normal
- Trinkmenge: Pat. dokumentiert, Pflege überträgt ins KISIM
- BZ: Schachbrett 3-Tagesplan
 - Neu Humalog-Schema unter Steroiden ohne DM
- Schmerz: VAS-Verordnung ohne Zeitpunkt, Stopp, wenn Schmerz-frei

Scores

- Folgende Scores werden **routinemässig** erfasst, da sie für die Abrechnung oder die Patientenbeurteilung notwendig sind
- **NRS** für alle Patienten, am 2. Hospitalisationstag, dann alle 7d
- **Belastungsthermometer** für OHT-Patienten, einmalig
- **DOS** für Patienten >65j. oder Vd. auf Delir, Stopp nach 3d wenn normal
 - Wenn pathologisch: CAM + MSQ, bei Entzugsdelir RASS (Richmond Agitation Sedation-Scale) alle 8h
- **PACD** für alle Patienten, Tag 1 (Teil der Pflegeanamnese, Basis für Austrittsplanung auch für den Sozialdienst)
- **LEP**

- Folgende Scores können **bei klinischem Verdacht ergänzt** werden
- **Depression** Geriatric Depression Scale
- **Sturzgefahr** Timed Up and Go test
- **Dekubitusrisiko** Braden-Skala

Reserven

- Standardmässig Gruppierungsbalken für **Nausea/Obstipation/Schlaf/Schmerz-Fieber**
- Reservemedikamente 1-3 werden von der Pflege nach Bedarf verabreicht und dokumentiert im KISIM
 - Bei Gebrauch der **letzten** Reserve Kommentar in Stationsmitteilung
 - Fehlen Reserveverordnungen Tel. an Stationsarzt >DA
- **Schmerz- und Fieberreserven:** Nicht fix hinterlegt
 - Paracetamol bis 4x500mg/d darf auch ohne Verordnung gegeben werden
 - KI bei Allergie, dekompensierte Leberzirrhose/Leberversagen, Intox
- **Schlafreserve:** Redormin® fix hinterlegt, darf auch ohne Verordnung gegeben werden
- **Stuhlreserve:** Laxipeg® und Duphalac® fix hinterlegt

Monitoring und Dokumentation KISIM

Ziele

- Die **Überwachung** der Patienten wird **der klinischen Situation angepasst**. Die **Voreinstellungen definieren ein Minimum**, das gemäss klinischem Befund individuell erweitert wird. Durch Reduktion klinisch nicht gerechtfertigter Überwachungsaufgaben werden Ressourcen frei für die gezielte Patientenbetreuung
- Die Dokumentation beschränkt sich auf klinisch relevante Befunde. **Medizinische Interventionen und Komplikation** wie z.B. Medikamenten-Gabe oder Stürze werden **lückenlos dokumentiert**, Grundpflege und Normalbefunde nicht.
- Die Dokumentation des körperlichen, geistigen und psychischen Zustandes ist **Basis der Austrittsplanung** mit dem Ziel, Hilfsbedarf und Risiken zu identifizieren.

Massnahmen

Dokumentationskompetenz Pflege

Die Pflege hat **grundsätzlich Dokumentationskompetenz**. Sie darf **selbständig** die Dokumentation sinnvoll erscheinender Parameter initiieren, diese gemäss Vorgaben (z.B. normale Atemfrequenz für 2d) aber **auch wieder stoppen**.

Dokumentationskompetenz umfasst unter anderem die Überwachung von

- Übelkeit, Erbrechen, Stuhlgang, Wind und Darmgeräuschen
- Transfusionen
- O2-Gabe
- PVKs, DKs und anderen Installationen
- Wunden, postoperativen Nähten

Verordnungskompetenz und Medikamentengabe

Ziele

- Um unnötige Rückfragen der Pflege an die Ärzteschaft zu reduzieren, erhält die Pflege eine **definierte Verordnungskompetenz**. Dies beschleunigt nicht nur die Prozesse, sondern ist auch aktives empowerment.
- Im Tagesablauf fix verankerte Medikationszeiten verbessern Planbarkeit und erhöhen die Sicherheit. Dies gilt gleichermaßen für p.o., i.v. (und s.c.) Applikationen.

Massnahmen

1. Verordnungskompetenz Pflege

- **BZ-Management** gemäss Algorithmus KSA
- Anpassung der **Applikationsform** (p.o. vs. i.v.) für Paracetamol, Metamizol, Antiemetika
- Anpassung der **Träger-, Lösungs- und Spüllösungen** (unter Einhaltung der Kompatibilitäten)
- Verordnung **MedPass**
- Anpassen von **Verbandsmaterial und topischen Wundtherapien**
 - direkt postop gemäss Operateur
- **Wickel, Cold- und Hotpacks**

2. Medikationszeitpunkt

- **Wenn nicht anders verordnet, dürfen alle Medikationszeiten auf Raster 1-1-1-1 angepasst werden (07:30 - 12:00 - 17:30 - 22:00)**
- Für Medikamentengaben alle 8h, 6h und 4h sind folgende Infusionszeiten anzustreben.
 - 8h: 08:00, 16:00, 24:00
 - 6h: 08:00, 14:00, 20:00, 02:00
 - 4h: 08:00, 12:00, 16:00, 20:00, 24:00, 04:00
- **TDM/Spiegelbestimmungen** wenn immer möglich tagsüber und kombiniert mit Laborkontrolle planen: i.d.R. Verschiebung auf nächsten Gabe-Zeitpunkt (z.B. Vancomycin und Gentamicin i.v.)
- **Die Umstellung auf p.o. wird regelmässig evaluiert**

Ausnahmen:

- Chemotherapeutika (striker Zeitplan) → Anmerkung: «nicht verschieben»
- **Antibiotikagabe Beginn immer sofort:** Tel. an PD!
Danach auf Raster anpassen (Folgedosis vorziehen, falls Hälfte des Dosisintervalls überschritten)

Infusionen: Volumen / z. Offenhalten / Diuretika / Analgesie/Fieber

Ziele

- **Wenn immer möglich p.o.** (ggf. enterale Sonde)
- Verzicht auf i.v. Therapien reduziert Aufwand, Kosten, Überwässerung sowie Phlebitiden (Delir-Risiko) und erhöht die Bewegungsautonomie der Patienten
- **Venflon baldmöglichst ziehen**
 - Max. 48h abstöpseln, länger bei Telemetrie
 - Wenn abgestöpselt Durchspülen mit NaCl 1x10ml/d

Indikationen für Infusion

1. Volumengabe, falls

- Hypovolämie u/o Hypotonie UND p.o. Einfuhrziel nicht erreicht
- Rhabdomyolyse bei guter Diurese (CK >5'000U/l)
- **nicht** zusammen mit Diuretika (Ausnahme: Hyperkaliämie, Hyperkalzämie)

2. Zum Offenhalten

- >3 parenterale Medikamentengaben/d

3. Diuretika i.v.

- **Furosemid i.v.** bei Lungenödem/schwerer reHerz-Insuffizienz (Magenstauung), Niereninsuffizienz mit Hypervolämie, Hypercalcämie
 - 20-40mg-weise bei normalem BL-Creatinin
 - Bei vorbestehend Diuretika: 2x Tagesdosis i.v. (10mg Torem ≈ 20mg Lasix)
 - eGFR <30 ml/min Furosemid 80mg i.v.
- Bei Oligurie/Anurie und Hypervolämie: Furosemid (Dosisverdoppelung)
- Oralisierung baldmöglichst mit **Torem** (5- bis 50mg-weise) +/- **Metolazon** (2.5-10mg)

4. Analgesie/Fieber

- i.v. Paracetamol/Novalgin/Morphin/Hydromorphon bei neu / intermittierend starken Schmerz/ hohem Fieber
- Sobald protrahiert Umstellung auf Fixmedikation Paracetamol/Novalgin 3-4x 0.5-1g/d, möglichst p.o.

Infusionen: Elektrolyte

Indikationen für Infusion

5. Elektrolytmanagement

- Immer auch **Ursache beheben** (z.B. Erbrechen, Diarrhoe, Schwitzen, medikamentös (Diuretika, RAAS); Herz- und Niereninsuffizienz; Refeeding; pH; Endokrinologie)
- **i.v. Korrektur wenn akut und schwer**; maximal bis Na/K normalisiert
- **Möglichst kombiniert i.v. PLUS p.o.** (Bouillon, KCl bis 4x30mmol/d). Cave Vigilanzstörung, Aspirationsgefahr

a. Natrium

- **Dysnatriämie** = zu viel / zu wenig Flüssigkeit
 - Cave Pseudo-Hyponatriämie (Glc, Triglyceride)
- **Hypernatriämie** i.v.-Therapie wenn **>150mmol/l** (=Notfall) u/o wenn symptomatisch
 - Glucose 5% (0.5-2l/d), Kontrolle alle 6-12h, Senkung max 12mmol/24h
- **Hyponatriämie** i.v.-Therapie wenn **<120mmol/l** u/o wenn symptomatisch
 - Bouillon, ggf. Boli 100ml NaCl 3%
 - Evaluation Grundinfusion, Thiazide, TM

b. Kalium (Aufnahme ≥ 50 mmol/d)

- **Hyperkaliämie** i.v. falls >6 mmol/l
 - Bei akuter Gefahr (EKG, Herzrhythmusstörungen, Parästhesien): Evaluation i.v. Volumen, Furosemid, Resonium, Ipramol, Glc/Insulin, Calcium-Gluconat, HD
- **Hypokaliämie** i.v. falls **<2.8mmol/l** ODER **<3.5mmol/l bei long QTc** u/o persistierend Verlust u/o schwere Symptome (Muskelschwäche, Repolstörungen)
 - 40mmol/l i.v. peripher, 10-20 mmol/h zentral
 - Cave Tx-Resistenz bei \downarrow Mg, Hyperaldosteronismus, Alkalose

c. Magnesium

- **Hypomagnesiämie** ist keine Indikation für i.v. Gabe
- 1-2g **MgSulfat** i.v. bei Torsade de pointes, VTs durch Digitalis oder Neuroleptika

d. Calcium

- **Hypercalcaemie** i.v. Volumen bei **Ca korr >3mmol/l** u/o schwere Symptome: NaCl 0.9% (gemäss Volämie) PLUS Furosemid PLUS antiresorptive Tx
- **Hypocalcaemie** i.v. **wenn Ca korr <1.9mmol/l** u/o schwere Symptome (Chvostek, Trousseau, Epianfall, Tetanie, Verwirrtheit, QT-Verlängerung): 1-2 Ampullen Ca-Gluconat 10% über 10min i.v., dann Infusion mit 15mg Ca/kgKGx12h in Glc 5%

e. Phosphat

- **Hypophosphatämie** Substitution p.o. bei 0.3-0.6mmol/L, Substitution i.v. bei <0.3 mmol/L (<0.6 mmol/l bei Refeeding) ODER symptomatisch

Indikationen für Infusion

6. Heparin i.v.

- Perioperativ/periinterventionell gemäss **Interventionalisten**
 - Pause für DOAK 48-72h (gemäss Vergleichstabelle DOAK)
 - Pause für Marcoumar 5d (NMH bridging nur bei Hochrisiko)
 - Ohne Blutung Wiederbeginn OAK nach 12-48h, bei hohem Blutungsrisiko (ZNS, Gefäss-OP, grosse Eingriffe) gemäss Operateur/Hämatologie
- Bei **Hochrisiko** (mechanischer Herzklappenersatz, frische Thromboembolie)
- **Kreislaufinstabile** Patienten auf Intensivstation
- **Angeborene Blutungsneigung** (v.Willebrand, Hämophilie A/B, schwere Thrombozytenfunktionsstörung)

Standard für TVT/LE low/intermediate risk

DOAK oder Dalteparin (Fragmin®) 100IE/kgKG bid

- **Standard** Rivaroxaban (Xarelto®) oder Apixaban (Eliquis®)
- Apixaban (Eliquis®) bei eGFR <30ml/min
- Dabigatran (Pradaxa®) bei CyP450 Interaktion
- Edoxaban (Lixiana®) bei CyP450 und PgP Interaktion

Ausnahmen

- **Lungenembolie mit Lyse-Therapie (Blutungsgefahr)**
- **eGFR ≤20 ml/min (Alternative Apixaban (Eliquis®))**

Standard für LE high risk

- Rechtsherzbelastung, hämodynamische Instabilität, kardiale Ischämie
- Heparin Bolus und Dauerinfusion
- Umstellung auf DOAK/NMH wenn hämodynamisch stabil nach spätestens 48h

(vgl. [Prophylaxe und Behandlung mit unfraktioniertem Heparin](#) und [perioperative Überbrückung \(Bridging\)](#) – bei Marcoumar (Hämatologie KSA))

Indikationen für Infusionen

7. Antibiotika i.v.

- Beurteilungskriterien für Tx-Dauer **vor** Beginn festlegen (Stopp-Kriterien bei empirischer Therapie)
- Ab 2. Dosis Standardzeiten anstreben (Folgedosis vorziehen, falls Hälfte des Dosisintervalls überschritten, gemäss p.7)
- **Indikation a priori p.o.**
 - Bronchitis, Sinusitis, Otitis, Cystitis, C. diff, Campylobacter Enteritis,
 - Bioverfügbarkeit $\geq 80\%$ (Makrolide, Chinolone, Metronidazol, Clindamycin (letzteres i.v. bei nekrotisierender Fasziiitis/toxic shock syndrome)
 - Beachte: Bei verzögerter renaler Clearance (eGFR $< 30\text{ml/min}$) können auch mit p.o.-Gabe hohe Gewebespiegel erreicht werden
- **Indikation i.v.**
 - **Erste Dosis immer sofort und in Normaldosierung**
 - **Anpassung an Niereninsuffizienz ab 2. Dosis**
 - **Hohe Dosis***: $> 100\text{kg}$, Hypermetabolismus, Sepsis, Neutropenie/ Aplasie, ZNS-Infekt, Gram+ Bakteriämie, endovaskulärer Infekt, Infekt von Knochen/ Gelenken, Fremdmaterial-assoziiierter Infekt, Abszess/Empyem
 - **Tiefe Dosis****: Gewicht $< 60\text{kg}$, eGFR $< 45\text{ml/min}$, Pneumonie, HWI, evtl. Cellulitis

*(**) je über 3h i.v. Amoxicillin 6x2g (4x2g), AmoxiClav 4-6x2.2g (3x1.2g), Flucloxacillin 6x2g (4x2g), Cefepim 3x2g (3x1g), Meropenem 3x2g (3x1g), Imipenem/Cilastatin 4x1g (4x0.5g)

▪ **Pop-up Reminder d3 (KISIM): Indikation Oralisierung/Dosisreduktion**

- Klinische Besserung/Entfieberung
- Gesicherte enterale Resorption
- Geeignetes p.o. Antibiotikum (Bioverfügbarkeit und Halbwertszeit)
- Keine Kontraindikationen wie Sepsis, Neutropenie/Aplasie, ZNS-Infekte, S. aureus--Bakteriämie, endovaskulärer Infekt, Infekt von Knochen/Gelenken, Fremdmaterial-assoziiierter Infekt, Abszess/Empyem

8. Schimmelpilz-Therapie

- **Voriconazol** Aufsättigung 2x6mg/kg KG i.v. d1, 2x4mg/kg KG p.o. oder i.v. ab d2
- **Isavuconazol** Aufsättigung 3x200mg/d für 48h, dann 1x200mg/d, je p.o. oder i.v.

Blutentnahme (BE): Indikation / Kommunikation

Ziele

BE sind aufwändig, teuer und für Patienten belastend. **Deshalb gilt:**

- **Jeder Parameter** braucht eine **Fragestellung** / potentielle klinische **Konsequenz**
- Nicht dringliche Untersuchungen werden **gesammelt** (in der Stationsmitteilung oder einer vorverordneten d4 BE)
- **Vancomycin**-Gaben erfolgen ab der 2. Dosis um 08:00 und 20:00, damit Blutspiegel um 07:00 abgenommen werden können
- **Gentamicin**-Gaben erfolgen ab der 2. Dosis um 08:00, damit Blutspiegel um 07:00 abgenommen werden können
- BE am WE nur in begründeten Ausnahmen

Indikation BE

1. Standard

- **Eintrittslabor d1** (meist im ZNM): Blöcke gemäss klinischer Präsentation (+1 Serumröhrchen iR für Nachbestellungen)

Abdomen	ACS
IPS Eintritt	IPS Standard
Medizin stationär	Notfall
Stroke	Urologie
- **+/- Infektzusatz** (BB gross, CRP, PCT, LDH)
- **Verlaufslabor d3-4** (Aufträge aus den Visiten d1-3 sammeln)
- **Wochen-Labor** bei Aufenthalt > 7d

Kommunikation kritischer Laborbefunde

2. Labor meldet AD an, nicht an die Pflege

- **Stationär:** Zuständiger Arzt (verlangt Zuordnung im KISIM), sekundär DA
- **Ambulant:** Auftraggeber, sekundär DA

Blutentnahme (BE): Labor-Parameter

Labor-Parameter

1. Blutbild

- **Kleines**; Ausser bei hämatologischer Grunderkrankung oder Frage nach Neutropenie/Aplasie, Eosinophilie, atypischen Lymphozyten

2. Anämie-Substrate

- Im stationären Setting nur bei **neuer Anämie oder bekannter Anämie mit Hb <100g/l** (Abnahme zwingend vor der 1. Transfusion)

3. Elektrolyte

- Solange substituiert wird alle 2-3d
- (Na)/K unter Diuretika,
- Bei Erbrechen/Diarrhoe Na, Cl, K, Bicarbonat
- Bei Risiko für Refeeding-Syndrom: Na, K, Mg, Ca, P, Creat und Harnstoff vor Beginn, d2-3, dann nur noch wenn pathologisch

4. Niere

- Harnstoff/Harnsäure bei Frage nach prärenal Niereninsuffizienz

5. Leber

- **Transaminasen**: ALAT fürs Screening (ASAT für Verlauf), Verzicht auf GGT
- **Cholestase**: ALP und (Abklärung) / oder (Screening) Bilirubin, Verzicht auf GGT
- **Pankreas**: Nur Lipase (Verzicht auf Amylase)

6. Schilddrüse

- TSH, falls pathologisch fT3/fT4 nachbestellen

7. Lipide (Cholesterin gesamt, LDL, HDL, Triglyceride)

- **Bei akutem kardiovaskulärem Ereignis** (u.a. ACS, Aneurysma, Stroke, pAVK) und perkutaner koronarer Intervention zur Planung der Statin-Therapie
- Triglyceride bei unklarer Pankreatitis und Monitoring der parenteraler Ernährung (1/Wo)
- Abnahme nüchtern, wenn Triglyceride bestimmt werden sollen

8. Entzündung

- **CRP**: Nur für
 - 1) Evaluation SIRS*
 - 2) Tx-Ansprechen (d3-5, dann q5-10d)
 - 3) Vd auf Komplikation (zB. Empyem)
- **PCT**: Nur für
 - 1) Evaluation pulmonaler Infekt*, Superinfekt bei Pankreatitis
 - 2) unklares SIRS*
 - 3) Wiederholung d3 bei fgl. Ansprechen auf AB

* bei Symptombdauer <24h ggf. Wiederholung d2

Diagnostic Stewardship Mikrobiologie (DSM): Serologie/PCR / Blutkulturen (BK)

Ziel

Die mikrobiologische Diagnostik ist aufwändig und teuer.

Falsch-positive Resultate führen zu unnötigen Abklärungen und Therapien. Deshalb gilt:

- Vor jeder Kultur ist die **Vortestwahrscheinlichkeit eines Tx-bedürftigen Infektes** kritisch zu beurteilen
- Das elektronische "order entry" erlaubt eine **Algorithmus-basierte Verordnung** mit Integration von anamnestischen, klinischen und Labor-Parametern
- Die daraus resultierende Empfehlung für oder gegen eine Untersuchung kann immer "overruled" werden
- Das Sparpotential dieser Algorithmen beträgt 35-50% bei nur leicht reduziert Sensitivität
- Die **Richtlinien zur mikrobiologischen Diagnostik** sind inkl. resultierende Kosten in einem eigenen Büchlein zusammengefasst (Bezug CA-Sekretariat INF oder online im internet)

Indikationen

1. Serologien und PCR

- Beim Verordnen einer Serologie im KISIM werden die **Vorbefunde direkt eingeblendet**
 - **Empfehlung:** Gegen Wiederholung einer positiven Serologie
- Für CMV, EBV, Borrelien: **Keine PCR ohne pos. Serologie**

2. Blutkulturen (BK)

- **Standard 2 BK (je aerobe und anaerobe Flasche), bei zentraler Leitung (ZVK, PICC, Port) 2 zentrale BK, 1 periphere BK** (ggf. differential time to positivity erfragen)

Algorithmus

- **Immer** bei Sepsis, Vd. auf Endocarditis/septische Thrombose, endovaskulärem Fremdmaterial, Meningitis, Fieber in Aplasie, schwere Immunsuppression
- **SIRS (≥2/4 Kriterien) UND Shapiro-Score ≥3 UND PCT ≥0.25ug/L**

† Shapiro-Score:

Major-Kriterien (je 2 Punkte)

- Temperatur ≥39.5°C
- Endovaskulärer Katheter
- Vd. a. Endokarditis

Minor-Kriterien (je 1 Punkt)

- Temperatur 38.3-39.4°C
- Alter >65 Jahre
- Schüttelfrost
- Erbrechen
- Systolischer BD <90 mmHg
- Leukozytose >18 G/l
- Neutrophilie >80%
- Linksverschiebung, stabkernige Neutrophile >5%
- Thrombopenie <150 G/l
- Kreatinin >176 µmol/l

Praktisches Vorgehen

1. BK, Laborparameter für Shapiro-Score und PCT werden bei klinischem Vd. abgenommen
Der Entscheid für 2. BK und Versand an die Mikrobiologie basiert auf dem Algorithmus.

- **Empfehlung:** "2. BK abnehmen und beide versenden" oder "1. BK verwerfen"

Indikationen

3. Urinkulturen

- **Ambulante Patienten:** Urinkultur mittels des günstigeren **Urikult/Urotube**, ausser: Nierentransplantierte, urogenital einliegendes Fremdmaterial, Neoblase
- **Stationäre Patienten** und obige Ausnahmen: **Borsäure-Urin** (teurer aber etwas sensitiver und spezifischer)

Algorithmus

- **Urinkultur ohne Symptome u/o ohne pathologischen UST:** Aplasie, Neoblase, Schwangerschaft, präop vor urologischem Eingriff mit relevanter Gewebetraumatisierung (nicht bei unkompliziertem DJ-Wechsel)

ODER

- **Urinkultur bei symptomatischem HWI UND pathologischem Urinstatus (Pyurie u/o Nitrit+)**

Praktisches Vorgehen

Urinstatus und -kultur abnehmen, Urinkultur aber nur verschicken, wenn Kriterien erfüllt sind

- **Empfehlung:** "Urinkultur verschicken" oder "Urinkultur verwerfen"

4. Stuhl-Diagnostik

- **Akute Diarrhoe:** >3 nicht-geformten Stühle/d OHNE Laxantien UND Symptombdauer <10d
- **Chronische Diarrhoe:** wie oben, aber Symptombdauer ≥10d

Algorithmus Akute Diarrhoe

- **Ambulant: Dysenteriescore* ≥2/3** (≥1/3 bei Immunsuppression) **u/o Stuhlgang >8x/d u/o Symptomatik >72h: Bakterielle Gastrointestinale (GI)-PCR (+/- Kultur)**
- **Stationär:**
 - <72h Hospitalisation UND (**Dysenteriescore* ≥2/3 u/o Stuhlgang >8x/d u/o CRP>100mg/l**): **Bakterielle GI-PCR (+/- Kultur)**
 - <72h Hospitalisation UND **Dysenteriescore* 0-1: Norovirus-PCR**
 - >72h Hospitalisation: **C. difficile GDH/Toxin-PCR**

* **Dysenteriescore:** 1) febrile Diarrhoe 2) blutige Diarrhoe 3) schwere Krämpfe/Peritonismus

Praktisches Vorgehen

Im KISIM ist ein Algorithmus zur Evaluation "Bakterielle GI-PCR" hinterlegt.

- **Empfehlung:** "Stuhlprobe abnehmen" oder "Verzicht auf Stuhlprobe"

5. Legionellen-Antigen im Urin

- Pneumonie (Auskultation/Rx) UND ≥2/6 Punkten im Legionellen-Score*
 - **Empfehlung:** "Abnahme Legionellen-Antigen" oder "Verzicht auf Legionellen-Antigen"

* **Legionellen-Score:** 1) trockener Husten 2) Fieber >39.4°C 3) CRP >187mg/L 4) LDH ≥225mmol/L
5) Na <133mmol/L 6) Tc <171G/L

6. Intraoperative Proben

- Immer Biopsien oder Aspirate, **keine Abstriche!**
- Max 3 Proben/Situs (Pooling überzähliger Proben erfolgt im Labor)

Ziele

- Im Spital sollen **schwere Hyperglykämien und jegliche Hypoglykämien verhindert** werden. Eine leichte "Stresshyperglykämie" von 10(-12)mmol/l wird toleriert
- Das **Insulin-Schema (Basis-Bolus)** im KISIM integriert Blutzucker (BZ), Kohlenhydrat (KH)-Einfuhr und Insulinresistenz
- Durch Definition eines **individuellen HbA1c Zielbereiches** gemäss Alter/Polymorbidität wird der Einstellungs-Aufwand definiert
- Beachte KSA-Richtlinien "Insulingabe bei enteraler Ernährung", "Insulingabe bei parenteraler Ernährung auf Bettenstationen", "Hypoglykämie" im Intranet

Indikationen

Monitoring

- **Bekannter Diabetes mellitus**
 - Unter Tx: BZ Tagesprofil
 - Ohne Tx: BZ Schachbrett
- **Hohes Risiko für Hyperglykämie**
 - BMI >30kg/m², Nüchtern-BZ >7mmol/l oder Random-BZ >11mmol/l
 - BZ Schachbrett ODER HbA1c
 - >10 mg Prednison-Äquivalent
 - BZ Schachbrett (vgl. Favorit "Insulin unter Steroidtherapie")

Indikation für KISIM Insulin-Schema (Basis-Bolus)

- **Ambulant Basisinsulin** (u.a. DM Typ 1, LADA, pankreatopriv)
 - **Ggf. Management durch den Patienten selbst**, konsumierte KH, BZ und Insulindosierungen werden aber im KISIM eingetragen
- **Schwere Hyperglykämie** (repetitiv Glc >12mmol/l)
 - Vor **Entlassung mit neuer Insulintherapie**: Schulung durch die Diabetesberatung
- **(relative) KI OAD** wegen Hypoglykämiegefahr (u.a. Diamicon, Amaryl, Glibenorm, Gliclazid) oder Niereninsuffizienz (u.a. Metformin)
 - Bei Patienten mit DM Typ 2 ohne Steroide **ggf. nur Bolus-Tx**: Nachspritzen wenn BZ>10mmol/l UND Insulindosis >2E
- **Reevaluation alle 3d**
 - Stopp wenn Insulin für 2d ≤2IE pro Mahlzeit UND Insulinbedarf <10E/d
 - BZ Tagesprofil für 1d, dann BZ Schachbrett
 - Stopp Kostform "Vollkost Insulintherapie"

Wiederbeginn ambulante Therapie

- Sobald Grunderkrankung stabilisiert
- Tx-Anpassung bei HbA1c >Zielbereich (insbesondere >8-9%)
- Entlassung möglichst mit dem ambulant verwendeten Insulin

Schädel-CT nach Sturz

Ziele

Gängige Behandlungsrichtlinien (NICE 2014, ACEP 2023, Canadian CT Head Rule) für ambulante Schädelhirntraumata müssen für hospitalisierte Patienten angepasst werden. Ein relevantes Hirnblutungs-Risiko besteht nur nach heftigem Kopfanprall und insbesondere bei gleichzeitiger Blutungsneigung. Die Notwendigkeit eines sofortigen Schädel-CTs sowie einer 24h Überwachung wird individuell festgelegt basierend auf 2 Fragen.

Beurteilung

1. Erfolgte ein relevanter Kopfanprall?

- **Ungebremster Kopfaufprall aus >90cm oder 5 Treppenstufen**
- Sturz wegen **Bewusstlosigkeit** (Synkope, epileptischer Anfall)
- **Relevante Traumafolgen**
 - Bewusstseinsverlust, Amnesie oder Desorientiertheit
 - Hämatom Kopf
 - Gesichtsschädelfraktur (Brillen-, retroaurikuläres Hämatom, Rhinorrhoe, Hämatotympanon)
 - Fokal-neurologisches Defizit inkl. neuer Pupillendifferenz
 - Hirndruckzeichen (starke Kopfschmerzen, Erbrechen $\geq 2 \times$)
 - epileptischer Anfall

Falls ja:

2. Ist ein notfallmässiges Schädel-CT (nativ) indiziert?

- **Koagulopathie** (therapeutische Antikoagulation, doppelte Thrombozytenaggregationshemmung oder Thrombozytopenie $< 50 \text{g/L}$, $< 100 \text{G/L}$ falls einfache Thrombozytenaggregationshemmung, bei aktiver hämatologischer Neoplasie und/oder gestörter plasm. Gerinnung)
- **Relevante Traumafolgen** (gemäss Frage 1)
- **Erschwerte Beurteilung** (bei deliranten/intoxikierten Patienten)
- **GCS ≤ 13**

Bei unauffälligem CT, GCS= 15 und unauffälliger Neurologie: Überwachung stopp

Bei relevantem Kopfanprall ohne CT:

GCS-Überwachung für 24h: Alle 30' bis GCS normal, dann alle 2h

Red flags für notfallmässiges nativ Schädel-CT

- Neuauftreten von unter 1. beschriebenen "Relevanten Traumafolgen"
- GCS-Abfall ≥ 2 Punkte
- Bei dementen/deliranten Patienten: GCS < 15 nach 2h / GCS $<$ Vorzustand

Lungenembolie-Diagnostik

Ziele

Das Risiko einer LE wird basierend auf etablierten Scores auf klinischen und anamnestischen Befunden +/- den D-Dimeren abgeschätzt, um **unnötige Bildgebung zu vermeiden**. Dies verringert die Strahlenexposition für Patienten und macht radiologische und personelle Ressourcen frei.

Vortestwahrscheinlichkeit für LE

Risikoeinschätzung ambulant

- **Wells- oder revised Geneva Score**
- **PERC** (nur verwenden bei Vortestwahrscheinlichkeit <15%, i.e. wenn andere Dx wahrscheinlicher sind)

Risikoabschätzung stationär

- **YEARS**, falls neu hospitalisiert oder wenig polymorbid
- **Wells- /oder revised Geneva Score**

Indikationen für thorakale CTA oder V/P Szintigraphie

Tiefe/mittlere Vortestwahrscheinlichkeit und

- **negative D-Dimere** (altersadaptiert >50j)/YEARS → TVT/LE ausgeschlossen
- **positive D-Dimere** → Bildgebung

D-Dimere <0.5ug/l oder < Alter x 0.01 ug/l (für Patienten >50j) = negativ
D-Dimere 0.5-1ug/l und YEARS Kriterien negativ = negativ

Hohe Vortestwahrscheinlichkeit

→ direkt Bildgebung

Hämodynamisch/respiratorisch instabil

→ direkt CTA, falls nicht möglich TTE

Schwangerschaft/klinisch TVT

und kardiopulmonal stabil

→ primär TVT-Ausschluss (Duplex)

Lungenembolie-Scores

PERC-Score (max 8 Pkt, vgl. mdcalc.com)

- Alter ≥ 50 (1 Pkt)
 - Herzfrequenz $\geq 100/\text{min}$ (1 Pkt)
 - periphere Sauerstoffsättigung $< 95\%$ (Air) (1 Pkt)
 - Hämoptyse (1 Pkt)
 - Östrogentherapie (1 Pkt)
 - Frühere TVT/LE (1 Pkt)
 - Einseitige Beinschwellung (1 Pkt)
 - Operation/Trauma (innert 4 Wochen) (1 Pkt)
- **0 Punkte: Ausschluss ($< 2\%$) ohne D-Dimere**
 - ≥ 1 Punkt: Score nicht verwendbar

Revised Geneva Score (max 22 Pkt, vgl. mdcalc.com)

- Alter > 65 (1 Pkt)
 - Frühere TVT/LE (3 Pkt)
 - OP (Vollnarkose)/Unterschenkel-Fraktur innert 4 Wochen (2 Pkt)
 - Malignom (aktiv, erstes Jahr nach Heilung) (2 Pkt)
 - Einseitige Unterschenkel-Schmerzen (3 Pkt)
 - Druckdolenz/unilaterales Unterschenkel-Ödem (4 Pkt)
 - Hämoptyse (2 Pkt)
 - Herzfrequenz 75-94/min (3 Pkt) / $\geq 95/\text{min}$ (5 Pkt)
- **Vereinfacht, 2-Level Score** (cave: Für 2-Level Score je 1Pkt, ausser Hf ≥ 95 : 2 Pkt)
 - **< 3 Punkte und negative D-Dimere: LE-Ausschluss**
 - **≥ 3 Punkte: CTA (ohne D-Dimere)**
 - ≤ 3 (low risk: 7-9% LE)
 - 4-10 (moderate risk: 20-30% LE)
 - ≥ 11 (high risk: $> 60\%$ LE)

Wells Score (max 12.5 Pkt, vgl. mdcalc.com)

- Symptome und Zeichen einer TVT (3 Pkt)
 - LE als wahrscheinlichste Diagnose (3 Pkt)
 - Herzfrequenz $> 100/\text{min}$ (1.5 Pkt)
 - 3 Tage Immobilisation oder OP innert 4 Wochen (1.5 Pkt)
 - Vorgängig TVT u/o LE (1.5 Pkt)
 - Hämoptyse (1 Pkt)
 - Malignom mit Chemo innert 6 Monaten/Palliation (1 Pkt)
- **Vereinfacht, 2-Level Score** (cave: Für 2-Level Score 1 Pkt)
 - **< 2 Punkte (low risk: 1.3% LE) und negative D-Dimere: LE-Ausschluss**
 - **≥ 2 Punkte (moderate risk: 16.2% LE): CTA (ohne D-Dimere)**
 - > 6 Punkte (high risk: 40.6% LE)

YEARS Score (vgl. mdcalc)

- Schwangerschaft
 - Klinisch TVT (bei SS immer Kompressions-US)
 - Hämoptyse
 - Lungenembolie als wahrscheinlichste Diagnose
- **0 Punkte UND D-Dimere $< 1\mu\text{g/l}$: LE-Ausschluss**
 - **≥ 1 Punkt UND D-Dimer $< 0.5\mu\text{g/l}$: LE-Ausschluss** (ausser bei TVT im Ultraschall)

Sonographie auf Station

Ziele

- Die Sonographie auf Station **verkürzt diagnostische Wege**, vermindert Strahlenexposition und verbessert die Behandlungskontinuität
- Die Sonographie auf Station leistet einen wesentlichen Beitrag zur internen **internistischen Facharzt-Weiterbildung**
- Pathologische/unklare Befunde werden **mit den Spezialisten weiter evaluiert**.
- Um Doppelläufigkeiten zu minimieren ist zu beachten, dass Sonographien häufig integraler Bestandteil von Subspezialisten-Konsilien auf der Gastroenterologie, Pneumologie, Nephrologie oder Angiologie sind

Indikationen

Abdomen, ggf. POCUS

- Pyelonephritis/Abszess, Urolithiasis, Nierenstauung, Restharn, Harnverhalt
- Cholezystitis, Cholecystolithiasis, Cholestase, Pankreatitis, Tumor
- Appendizitis, Diverticulitis
- Paralytisch vs. mechanisch
- Leberzirrhose, Aszites
- Aortenaneurysma
- Lymphom, Splenomegalie

Lungenultraschall

- Pneumonie
- (komplizierter) Pleuraerguss
- Akute Dyspnoe (Lungenödem, Pneumothorax)
- Rippenfraktur loco dolenti

Herz

- Perikarderguss/Tamponade

Beinvenenthrombose

- 2-Punkt/3-Punkt Venenkompressionssonographie
- Falls neg. Wiederholung nach 4-7d

Anmeldeprozess

- **Sonographien auf Station:** Mo–Fr 08:00–17:00 Uhr über Arzt-**Sucher 2494**
- **Nur Gerätereservation** zum Selberschallen über MedPol Admin-**Sucher 4924**
 - Mit der Gerätereservation kann der Raum EG.233 reserviert werden
 - Es wird ein Fall eröffnet zur Ablage der Bilder

Ziele

Ambulant abschliessen oder fortführen, was stationär begonnen wurde, bis der Hausarzt übernehmen kann.

Indikationen

1. Medizinische Poliklinik (MedPol): H7 EG (Mo-Fr)

- Klinische und Laborkontrollen → Medikamentenanpassung
- Besprechung ausstehender Befunde → ambulante Weiterabklärung
- Infusionen
- Interdisziplinäre Koordination
- **Austrittsbericht muss NICHT fertig sein**
→ Rückmeldung über Verlauf, Medikamentenanpassungen zur Ergänzung

Anmeldung

- Online im **Kisim: Dashboard**: «Anmeldung Fremdklinik» → wann & was kontrollieren?
 - rasches telefonisches Patientenaufgebot durch das Sekretariat
 - Auf Wunsch: Beizug Stations-OA oder betreuenden Spezialisten
- Für dringliche Terminvergabe und Procedere-Absprachen: **Triagesucher 5714**
- Für Terminfragen & Koordination: **Adminsucher 2494**

2. Ambulante parenterale Antibiotikatherapie (OPAT): H7 U1

- Parenterale Antibiotikatherapien falls keine orale Therapie möglich
- Koordination durch Ambulatorium Infektiologie
- PVK bis 14d, länger über PICC

<u>1x/d (Ambi/Spitex)</u>	<u>max Dosis/24h</u>	<u>kontinuierlich (Pumpe)</u>	<u>max Dosis/24h</u>	<u>Wechsel</u>
Ceftriaxon	1 x 2 g	Benzylpenicillin	20 Mio IE	alle 24h
Ertapenem	1 x 1 g	Flucloxacillin	12 g	alle 24 h
Daptomycin	1 x 6-12 mg/kg	Cefazolin	6 g	alle 24 h
Gentamicin	1 x 3 mg/kg	Cefepim	6 g	alle 24 h
Teicoplanin	1 x 6 mg/kg	Piperacillin/Tazobactam	13.5 g	alle 24 h
		Meropenem	6 g	alle 12 h
		Ceftolozan/Tazobactam	4.5 g	alle 24 h
		Aztreonam	6 g	alle 24 h

Bei eGFR < 10 ml/min 1x/d auch:

Cefazolin, Cefuroxim, Amoxicillin, Vancomycin

→ Elastomerpumpentherapie immer mit KoGu

Praktisch

- **Anmeldung elektronisch im KISIM: Konsil Infektiologie** (frühest möglich)
- Austritt & Übernahme für Instruktion Mo – Do
- Ladedosis i.v. auf Abteilung vor Austritt

Ziele

- **Standardisierte, konzise Einführung** neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine rasche Integration ins Team (AD/PD)
- **Sicherheit in den schriftlichen Prozessen**, Ressourcenschonung durch Vermeidung von Fehlern und Missverständnissen

Massnahmen

Checklisten, abgelegt unter: Laufwerk U:/ksamedizin/Einführung – Hilfe zur Selbsthilfe

- 1. Checkliste Eigenverantwortung**
 - Was sollte bis Ende der zweiten Arbeitswoche selbstständig erarbeitet werden?
- 2. Checkliste für einführenden AA**
 - Was muss vom einführenden AA gezeigt/gelehrt werden?
- 3. Checklisten Stationspezifika**
 - Unterschiede der einzelnen Stationen Haus 7/MedPol/MIC
- 4. Checkliste KISIM**
 - Verordnungen und Favoriten
 - Verläufe
 - Diagnoseliste
 - Berichte
- 5. Führung Krankengeschichte**

Integration Team Arztdienst/Pflege

- 1. Vorstellung am Huddle**
 - Definition Ansprechpartner AD/PD
- 2. Theoretische Einführung** (je 30min)
 - a. neue Pflegende durch Stations-OA
 - b. neue AA durch Stationsleitung Pflege
- 3. Praktische Einführung**
 - für AA: Venfloneinlage/Pflege und BE
- 4. Fallbesprechungen**
 - Einladung des anderen Teams

Allgemeiner Visitenstandard

Ziele

Der Zeitaufwand für die Visite wird durch die Interdisziplinarität (Pflege, AA, +/- OA, +/-LA/CA, +/- Spitalpharmazie) verdoppelt bis verfünffacht. Unproduktive Zeit (Warten, Telefonate, exzessive Diskussionen/Untersuchungen) müssen deshalb verhindert werden.

Diagnostisch-therapeutische Strategiediskussionen sollen unabhängig von der Visite, das Teaching im Anschluss in kleinerem Rahmen stattfinden.

Interventionen

- **Zeitplan: 10(-15) Minuten pro Patient**, ggf. Vorbesprechung ohne Pflege
- Keine Aufklärungsgespräche/längere Untersuchungen (Neurostatus)
- **AA-Telefon**
 - für Chefvisite: durch OA/UA beantwortet
 - für Privat-Patienten und OA-Visite: dabei
 - Sozialdienst 09;00-11:00 keine Anrufe

Visitenstandard Medizin

Vor dem Zimmer: Überblick/Zielsetzung

- AD: 1-Satz Vorstellung, Pendenzen, offene Fragen
- PD: Einschätzung Patient, offene Fragen
- AD/PD: KISIM (Vitalparameter, Medis)

Im Zimmer: Patient im Zentrum

- AD: Vorstellung der Visitenteilnehmer, zielgerichtete Fragen zum Befinden
- Patienten-Beurteilung
 - AD: Körperliche Untersuchung (fokussiert)
 - AD/PD: Vereinfachungen (Installationen, Oralisierung)
- AD: Erklärung Therapie, Procedere, Verständnis Pat. Überprüfen
- AD/PD: Austrittsplanung (Visitentool)

Vor dem Zimmer: Konzept

- AD/PD: Debriefing, Aufgabenverteilung
- AD: teaching point (bei OA/Chefvisite)

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08.00 – 08.15	Admin, Review Probleme der Nacht				
08.15 – 08.45	Morgenrapport mit Röntgenrapport (Di, Mi, Fr) und Weiterbildung (Do: J.C. Fr: Fallbesprechung/KVP)				
08.45 – 09.00	Austritte vorbereiten, Visite vorbereiten, Admin				
09.00 – 09.10	Huddle (mittwochs mit Wochenziel ^o)				
09.10 – 11.30	CA-Visite*, (Privat-) Visite				
11.30 – 13.00	OA-Besprechung Visite, Admin				
12.30 – 13.00	Mittagspause ^x				
13.00 – 14.00	Fortbildung				
14.00 – 14.15	AD-Huddle Spätdienst				
14.15 – 16.00	Gezielte OA-Besprechung, Admin 14.30 – 15.30 Austausch Spezialisten / Liaison-Ärzte				
16.00 – 16.30	Kardex-Visite				
16.30 – 18.00	Austritte vorbereiten, Admin				
18.00 – 08.00	Feedback-AA ↔ OA WE-Prodiere				

Prinzip Kommunikation	1. Dringliche Anliegen werden jederzeit, zeitnah und persönlich mitgeteilt			2. Nicht-dringliche Anliegen werden an Huddle/Kardexvisite persönlich mitgeteilt oder via KISIM-Mitteilung			3. Auf Visite sollen zum eigenen Patienten alle Anliegen besprochen werden		
	Dringlichkeit	Ansprechperson PD	Zuständigkeit	Dringlichkeit	Ansprechperson PD	Zuständigkeit	Dringlichkeit	Ansprechperson PD	Zuständigkeit
Alle Anliegen	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA
Dringliche Anliegen	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA
Dringliche Anliegen	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA	Stations-AA
Dringliche Anliegen	DABS (9518)	DABS	DABS	DABS	DABS	DABS	DABS	DABS	DABS