

Wilfried von Eiff

Zentrale Notaufnahme: Drehscheibe im „Boundaryless Hospital“

Die Zentrale Notfallaufnahme im Krankenhaus fungiert im Versorgungsprozess akut behandlungsbedürftiger Patienten als Gatekeeper-Instanz zwischen den Gesundheitssektoren (ambulante vertragsärztliche Versorgung und akut stationärer Bereich) sowie als krankenhausinterne Organisationsdrehscheibe. Letzteres betrifft die Kapazitätsabstimmung mit Funktionsbereichen (Röntgen, Labor etc.) sowie die reibungslose Überleitung des Patienten in den Akutbereich (Bettenmanagement). Damit erhält die ZNA eine bedeutende Funktion im Konzept des „Boundaryless Hospital“ mit dem Ziel, zum Kapazitätsausgleich zwischen den Sektoren beizutragen, die Verweildauer im Krankenhaus zu verkürzen sowie die Kosten des Behandlungsprozesses zu senken. Das „Boundaryless Hospital“ wiederum übernimmt eine tragende Rolle im Rahmen des „Neuen Magischen Zieldreiecks“: danach sollen Krankenhausbehandlung, populationsorientierte und vom Gedanken der Prävention getragene Versorgung im Quartier und nachhaltige Finanzierung durch qualitätsorientierte Vergütung in Verbindung mit einer Selbstverpflichtung des Patienten zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung in Einklang gebracht werden.

Die Herausforderung

Das Phänomen der alternden Gesellschaft, die Zunahme chronisch Kranker und multimorbider Patienten, der medizinische Fortschritt und die wachsende Anspruchshaltung der Patienten bewirken eine verstärkte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei begrenzten Finanzierungsmöglichkeiten.

Um diese Herausforderungen der zukünftigen Gesundheitsversorgung qualitativ zu bestehen und nachhaltig finanzieren zu können, ist die Rolle des Krankenhauses neu zu bestimmen und der gesundheitspolitische Versorgungsansatz auf die Gemeinde (Quartier) auszudehnen.

Das „Neue Magische Zieldreieck“

In internationalen Expertenkreisen wird seit mehreren Jahren über Zweck und Struktur eines „idealen“ Gesundheitssystems diskutiert. Dabei geht es insbesondere um die Frage, wie die medizinische Versorgung sektorenübergreifend organisiert und Prävention mit Akutversorgung kombiniert werden kann. Erfolgsvoraussetzung für ein wirksames Gesundheitssystem ist ein zielführendes Anreiz-Beitrags-System.

Damit beinhaltet die Vision von einem „Neuen Magischen Zieldreieck“ der Gesundheitspolitik drei Komponenten:

- die qualifizierte medizinische und servicebezogene Versorgung des Patienten im Krankenhaus
- die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitsstatus der Bevölkerung in einer Gemeinde bzw. die geregelte Versorgung ausgewählter Patienten-Populationen (zum Beispiel:

Patienten mit MS, Diabetes, therapierefraktären Wunden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rheumatischer Arthritis) und

- die Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung durch qualitätsorientierte Vergütungsansätze für medizinische Leistungserbringer (Pay-for-Performance) ebenso durch flexibel wählbare Versicherungspakete, Zuschlagsvarianten und Regeln für Therapietreue (Patient Compliance) sowie Vorsorge- und Risikoverhalten.

Das Konzept des „Boundaryless Hospital“

In diesem Zieldreieck übernimmt das „Boundaryless Hospital“ (als zukünftiges Konzept des Krankenhaus-Managements) eine steuernde Rolle in der Versorgungsstruktur eines zukünftigen Gesundheitssystems, das Prävention und Nachsorge in die Akutversorgung integriert.

Das „Boundaryless Hospital“ ist

- patientenzentriert (Patientensicherheit, Teilhabe und Autonomie, Befähigung im Umgang mit Krankheit/Behinderung, Therapiekoordination durch Casemanagement)
- nutzt Informationstechnologien als Hebel zur Optimierung von Prozessen und Dienstleistungen
- orientiert das Leistungsangebot am „Continuum of Care“
- mobilisiert das bestmögliche medizinische Wissen durch gezielte Kooperationen in Netzwerken (Rolle als koordinierendes Zentrum)
- setzt Medizinprodukte ein, nicht nach der Maxime des niedrigsten Preises oder des besten Preis-Leistungs-Verhältnisses, sondern unter Orientierung an den niedrigsten Lebenszykluskosten und größten Prozess-Effekten

- nutzt neue Berufsbilder und kooperative Formen der Zusammenarbeit zur Überwindung von Abteilungsgrenzen und
- setzt limitierte Ressourcen zielorientiert (effektiv) und ohne Verschwendung (effizient) ein.

Das Management-Konzept des „Boundaryless Hospital“ zielt darauf ab, die typischen sektoralen, abteilungs- und berufsgruppenbedingten Grenzen zu überwinden.

Drehscheibe Zentrale Notaufnahme

Die Zentrale Notaufnahme (ZNA) spielt im Konzept des „Boundaryless Hospital“ eine zentrale Rolle als Gatekeeper und Organisationsdrehscheibe im Versorgungsprozess akut gefährdeter Patienten. Dabei ist die ZNA gefordert, vier typische Grenzen zu überwinden (siehe ► **Abbildung 1**):

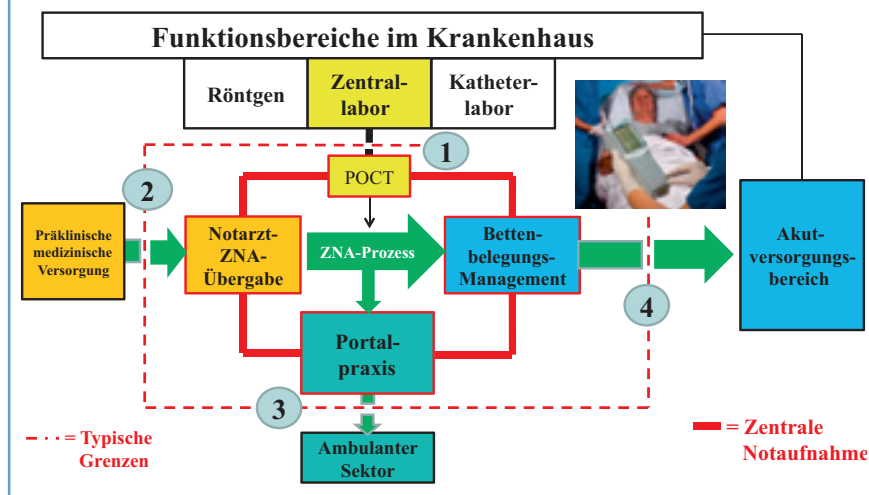
- Die Management-Grenze, die dazu zwingt, beste medizinische Qualität zu niedrigen Kosten zu erbringen (zum Beispiel zusätzliche Kosten verursachender Einsatz von POCT-Technologie trotz Verfügbarkeit eines Zentrallabors mit dem Ziel, zeitkritische Parameter schneller verfügbar zu haben)
- die internen Abteilungsgrenzen, die eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Funktionsbereichen erschweren (zum Beispiel zwischen Zentrallabor und ZNA)
- die Grenze zwischen ambulantem (vertragsärztlichem) Notfallbereich und der Notfallversorgung in der ZNA (etwa bei der Versorgung von Patienten, die nur einer allgemeinen Notfallbehandlung bedürfen in einer Portalpraxis sowie bei der Abstimmung zwischen Rettungsdienst-Organisation und ZNA-Ablauf)
- die Grenze zwischen ZNA und Akutbereich des Krankenhauses (zum Beispiel Bettenmanagement).

Eine optimale Steuerung der Notfallpatienten trägt dazu bei, die Verweildauer zu verkürzen, Patientenrisiken zu reduzieren und die Behandlungskosten zu senken.

Problematische Situation für die Notfallversorgung

Die Situation in der Notfallversorgung in Deutschland hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert. Der demographische Wandel und Änderungen in den ambulanten Notdienststrukturen führten zu einem starken Anstieg der Behandlungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Jedes Jahr wächst das Patientenaufkommen um 4 bis 7 Prozent. Mit

Abbildung 1: Ein effektiver und wirtschaftlich effizienter ZNA-Betrieb setzt die reibungslose Zusammenarbeit mit den (1) leistungskritischen Funktionsbereichen, der (2) präklinischen Versorgungsorganisation, dem (3) vertragsärztlichen Sektor und dem (4) Akutversorgungsbereich des eigenen Krankenhauses voraus.



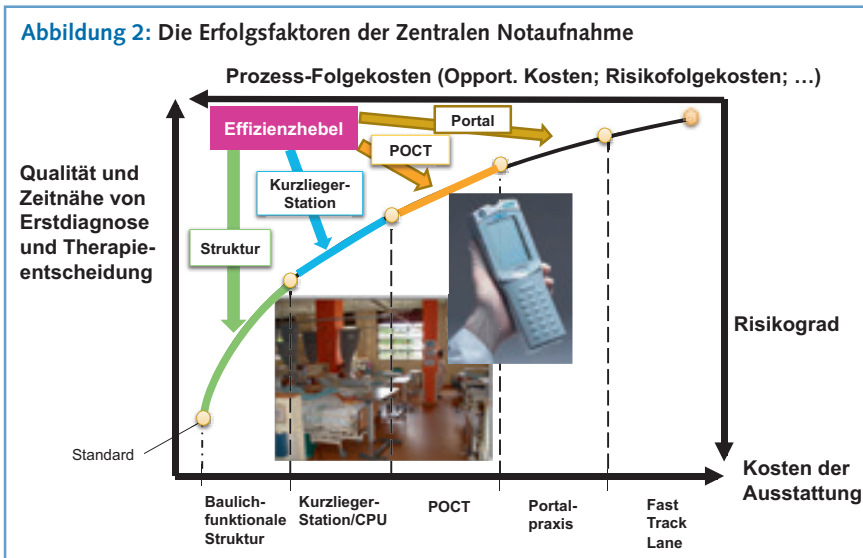
mehr als 20 Millionen Patienten steigt die Bedeutung der klinischen Notfallversorgung innerhalb der Kliniken. Inzwischen werden in Kliniken mehr als 11 Millionen ambulante Notfallpatienten versorgt. Dies ist deutlich mehr, als der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst leistet, dem eigentlich der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung obliegt. In der Praxis setzt sich das Konzept einer interdisziplinären Notaufnahme als der zentrale Anlaufpunkt für die Patienten mit akuten gesundheitlichen Beschwerden durch. Allerdings stellen die Finanzierung und Personalfragen das Management der Notaufnahme weiterhin vor besondere Herausforderungen.

Auf politischer Ebene hat ein Prozess des Verständnisses für dringliche Änderungsnotwendigkeiten der Notfallversorgungsstrukturen eingesetzt. Dies betrifft Fragen der Refinanzierung und Vergütung ebenso wie das sektorenübergreifende Zusammenwirken von Vertragsärzten, Rettungsdiensten und Krankenhäusern. Besondere, die Versorgungskapazität einer ZNA entlastende Effekte werden von den Portal-Praxen erwartet. Diese vertragsärztlich geführten Notfallpraxen in den Räumen einer Krankenhaus-ZNA ermöglichen einen verkürzten Versorgungsablauf von Patienten mit Bagatellbeschwerden.

Es hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass nur durch eine auf Schweregradklassen von Patienten abgestimmte integrierte Vorhaltestruktur die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung leistbar ist. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wird erstmals dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, Anforderungen für die Infrastruktur und das vorzuhaltende Personal in Notaufnahmen zu entwickeln. Später sollen entsprechende Vergütungszuschläge und Vergütungsabschläge folgen.

Auf der Ebene der Krankenhäuser stellte sich heraus, dass die Notaufnahme eine zentrale Rolle als Drehscheibe im Patientenversorgungsprozess einnimmt, und zwar mit wachsender Bedeutung. Im Jahr 2016 ist die wirtschaftliche Situation der Notfallbehandlung in Krankenhäusern noch äußerst prekär: ►

Abbildung 2: Die Erfolgsfaktoren der Zentralen Notaufnahme



- Die durchschnittlichen Kosten, die ein ambulanter Notfallpatient bei Behandlung in einer Krankenhaus-Notaufnahme verursacht, liegen bei 126 €. Dem stehen im Schnitt Erlöse pro Fall in Höhe von 32 € gegenüber. Der durchschnittliche Fehlbetrag pro Notfallpatient in Höhe von 88 € führt zu einem Gesamtdefizit bei den im Notfalldienst engagierten Krankenhäusern in Höhe von 1 Mrd. € pro Jahr.
- Rund 80 Prozent der Kosten einer Behandlung eines Notfallpatienten fallen in der Notaufnahme an, wobei sich dieser Kostenblock zu jeweils einem Drittel auf den ärztlichen Dienst sowie den Pflege- und Funktionsdienst aufteilt, 9 Prozent für medizinische Sachkosten aufgewendet werden und 25 Prozent für Infrastrukturkosten zu Buche schlagen (Gebäudebewirtschaftung, Verwaltung, Wartung, Zentralsterilisation).
- Etwa 13 Prozent der Notfallbehandlungskosten (im Durchschnitt 46 €) werden durch Inanspruchnahme radiologischer Leistungen verursacht (das betrifft 35 Prozent aller Notfallpatienten) und ca. 5 Prozent (im Durchschnitt 26 €) durch Laborleistungen (betrifft 24 Prozent aller Fälle). Damit werden im Durchschnitt 25 € für radiologische Leitungen und Laborleitungen pro Notfallpatient kalkuliert.
- Patienten unter 6 Jahren verursachen durchschnittliche Kosten von 89 €, während für ältere Patienten (> 75 Jahre) 160 €, für rettungsdienstlich eingewiesene Patienten 171 € und für Patienten mit notärztlicher Begleitung 242 € zu veranschlagen sind.

Bestimmend für die Kosten einer ZNA ist auch die Behandlungsstruktur:

- Allgemeine Notfallbehandlungen (etwa 33 Prozent der Fälle) verursachen durchschnittliche Fallkosten in Höhe von 82 €. Diese Fälle könnten weitgehend in den kassenärztlichen Notfallpraxen versorgt werden.
- Spezielle Notfallbehandlungen (etwa 20 Prozent der Fälle) setzen eine spezialfachärztliche Versorgungskompetenz voraus. Die betrifft u.a. die Wundversorgung mit Naht, Ultraschall-Untersuchungen und die Anlage von Dauerkathetern.

- Krankenhausspezifische Notfallbehandlungen (etwa 47 Prozent der Fälle) können ausschließlich von Krankenhaus-Notaufnahmen geleistet werden. Es handelt sich um „unverzögliche Diagnostik“ unter Einsatz von Labortechnologie, Röntgen, CT, u.a. Technologien sowie „Eingriffe zur Lebensrettung“.

Auf der Ebene der Notfallversorgungsbereiche selbst spielt die Optimierung der Patientenversorgungsprozesse eine immer größere Rolle. Die Notaufnahme ist eine wichtige Organisationsdrehzscheibe im Krankenhausbetrieb, da zwischen 30 und 70 Prozent aller Akutpatienten über die ZNA aufge-

nommen werden. Die Aufnahmequote, also der Anteil an Notfallpatienten, die über die Notaufnahme in den vollstationären Bereich überwiesen wird, beträgt durchschnittlich 38 Prozent (Median = 51 Prozent). Damit hat die ZNA eine wichtige Einweiserfunktion für den vollstationären Bereich. Von daher ist ein patientenorientiertes, medizinisch effizientes und wirtschaftliches Management der Notaufnahme eine wesentliche Erfolgsvoraussetzung für die nachhaltige Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses. Als Erfolgsfaktoren eines bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Notfallbetriebs gelten die baulich-funktionale Gestaltung, die Ausstattung mit Informationstechnologie, Labordiagnostik am Point-of-Care und leistungsfähige Medizintechnik ebenso wie Portalpraxen sowie qualifiziertes Personal (siehe ► **Abbildung 2**).

Auf Ebene der Bundesverbände scheint sich die jahrelange Diskussion um den Facharzt für Notfallmedizin in eine sachlich akzeptable Richtung zu bewegen. Zurzeit wird an einem Konsens zur Weiterbildung von Ärzten in der klinischen Notfall- und Akutmedizin zwischen den Fachgesellschaften bei der Bundesärztekammer sowie für die Novelle der Musterweiterbildungsverordnung zwischen DGINA und DIVI gearbeitet. Außerdem hat die DGINA ein Curriculum für die Weiterbildung Notfallpflege erstellt und öffentlich gemacht.

Literatur

Management Consult Kestermann (MCK)/Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DEGINA): Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Hamburg 2015 von Eiff, Wilfried: Network Management: Strategic Option for the Boundaryless Hospital. In: Albach, H. et al. (Eds.), The Boundaryless Hospital. Rethink and Redefine Health Care Management. Springer München 2016, Seite 3–20 von Eiff, W.; Dodt, C.; Brachmann, M.; Niehues, C.; Fleischmann, T. (Hrsg.), Management der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor. Stuttgart 2016, Seite 13–14

Anschrift des Verfassers

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Ludwig Fresenius Center of Health Care Management an Regulation (HHL Leipzig Graduate School of Management) und Centrum für Krankenhaus-Management (Uni Münster), Brandhoveweg 104, 48167 Münster