

NOTAUFNAHME

Strategischer Erfolgsfaktor

Mit wachsendem Selbstbewusstsein fordern Ambulanzärzte die zentrale, interdisziplinäre und eigenständige Notaufnahme und sogar den Facharzt für klinische Notfallmedizin. Während Klinikmanager diesem Trend offen gegenüberstehen, schießt mancher Chefarzt quer – aus Angst vor Kompetenzverlust.



Kommt ein Patient zum Neurochirurgen...“: In welchem Ton Peter-Friedrich Petersen da redet – es klingt, als erzählte er einen Witz. „Der Patient klagt über stärkste Rückenschmerzen“, sagt Petersen weiter. „Der Arzt gibt ihm wahnsinnig tolle Schmerzmittel. Nur, nach zwölf Stunden ist der Mann tot, weil ein Herzinfarkt sich durch Schmerzmittel natürlich nicht wirklich bessert...“ Petersen ist Leiter der Zentralen Notaufnahme (ZNA) am Universitätsklinikum Aachen und spricht schonungslos über Schwachpunkte im eigenen Metier. „Da gibt es Konzeptionslosigkeiten ohne Ende. Bis hin zum Pförtner, der Ihnen erklärt, in welche Notaufnahme Sie gehen sollen.“

Es ist kein Witz: Konzeptionslosigkeit und eine stiefmütterliche Behandlung scheinen noch immer ein natürlicher und geradezu traditionshafter Wesenszug von Notaufnahmen an deutschen Kliniken zu sein. Und wen wundert es: Nur die wenigsten sind eigenständige Abteilungen, viele das Anhängsel chirurgischer oder innerer Kliniken. Sie sind

chronisch defizitär, denn Personal und Diagnostik sind überdurchschnittlich kostenintensiv. Und doch sie haben kein eigenes Budget, das Kosten greifbar, transparent und kontrollierbar machen würde. Institutionalisierte und konstante Verantwortlichkeit ist die Ausnahme, weil die ärztliche Leitung meist nach dem Rotationsprinzip wechselt. Schon dort zu arbeiten, gilt unter Medizinern bisweilen als Strafversetzung. An vorderster Front steht oft der Jüngste, der Assistenzarzt, und nicht der routinierte Oberarzt, der mit größtmöglicher Treffsicherheit die Entscheidung fällt, die für Patienten und Klinik gleichermaßen

„Der Facharzt für Notfallmedizin

soll ein Allrounder werden, wobei das nicht schlecht ausgebildet heißt, sondern genau das Gegenteil: breit und gut ausgebildet. Nicht ein Allgemeinmediziner, wie man ihn bisher kennt – ein hoch spezialisierter Notfallmediziner.“ Ulf Debacher, Projektleiter medizinische Ergebnisqualität bei der LBK Hamburg.

lebenswichtig ist: Bleibt er oder nicht? Und wenn ja, welche Abteilung ist die richtige? „Die Zentrale Notaufnahme ist wie der OP ein strategischer Bereich, der im Zweifel auch sehr viel Geld vernichten kann“, sagt Ulf Debacher, Projektleiter medizinische Ergebnisqualität bei der LBK Hamburg. Umgekehrt kann sie ein wichtiges Instrument sein, um Kosten im Zaum zu halten: Durch frühzeitige Steuerung der Patienten in die richtige Fachabteilung können sowohl kostenintensive Fehlbelegungen als auch die Liegedauer reduziert werden. Auch mehrfache Vorhaltungen an Technik und Personal in verschiedenen Ambulanzen gehören damit der Vergangenheit an.

Petersens Berufshumor erlaubt einen tiefen Einblick in die aktuelle Seelenlage vieler deutscher Ambulanzärzte: eine knisternde Mischung aus purer Verzweiflung und Lust auf Umsturz. Die Zeit dafür scheint reif, die Patientendreh Scheinwerferlicht zu rücken. Eine Studie der Hamburger Unternehmensberatung Steria Mummert Consulting



Schnell reagiert: Das Management des Klinikums Leverkusen erkannte früh den Trend zur Zentralen Notaufnahme. 1999 wurde hier die ZNA zur eigenständigen Abteilung – als eine der ersten in Deutschland überhaupt.

in heißen Phasen auch viel Personal im Dienst ist und umgekehrt. Zugleich wurde der Bereitschaftsdienst abgeschafft. Am Universitätsklinikum Aachen machte man sich die Mühe, mit dem sogenannten PBB-Projekt (Planen, Buchen, Bezahlen) die Kosten zu erfassen. Es wurden quasi innerbetriebliche Preise festgelegt und damit die Anteile, die einzelne Kliniken von der DRG-Vergütung an die Ambulanz abzuführen haben. Aber auch vom betriebswirtschaftlichen Controlling abgesehen, gilt Aachen – zugleich einzige deutsche Uniklinik mit eigenständiger interdisziplinärer Notaufnahme – als lehrbuchhaftes Beispiel für zukunftsweisende Strukturen: Es gibt immer einen Oberarzt als Triagearzt, der die Patienten nach Dringlichkeit sortiert und ihre Zielklinik bestimmt; einen wachsenden Anteil spezialisierter Notfallmediziner; kürzere Wartezeiten; feste Behandlungspfade für die Notfallversorgung; sogar ein systematisch erhobenes und ausgewertetes Patienten-Feedback, bis hin zur Frage, ob die Patienten ihre Intimsphäre ausreichend respektiert fühlen.

klassifiziert die Notaufnahme als „zentrale Schnittstelle von Krankenhaus und Umwelt“, als „Aushängeschild“ und „strategischen Erfolgsfaktor“. Die Begründung: Da nicht mehr Bettenzahl und Belegung, sondern Fallzahlen die Erlöse bestimmen, müssen die Verweildauer reduziert und kontinuierlich neue Kunden hinzugewonnen werden. Hierbei spielt die Notfallaufnahme eine zentrale Rolle, da sie eine große Kontaktfläche zu Patienten bietet und die gesamte Außenwirkung eines Krankenhauses wesentlich mit prägt. „Wenn es einem Krankenhaus gelingt, sich da gut zu positionieren, kommen die Patienten wieder“, sagt Stefanie Schwembauer, Beraterin für Gesundheitsunternehmen bei Steria Mummert. „Wenn sich der Patient in einer Notlage schnell und gut behandelt fühlte, wird er dieses Krankenhaus immer wieder positiv assoziieren“ – und wiederkommen, wenn eine planbare Behandlung ansteht, wenn eine Hüftprothese implantiert werden muss oder ein Kind auf die Welt kommen soll. „Damit sind Fälle akquiriert“, sagt Schwembauer, „die man ansonsten nicht gehabt hätte.“

Innovative Kliniken hätten den Trend hin zur Zentralen Notaufnahme längst erkannt und bereits realisiert, sagt die Krankenhausberaterin. Doch es sind wenige. Barbara Walter ist in der Zentralen Notaufnahme der Asklepios-Klinik in Hamburg-Altona gerade Chefärztin geworden. Und von ihrer Sorte gebe es in Deutschland „sehr wenige, maximal fünf bis zehn“. Das Klinikum Leverkusen war eines der ersten überhaupt, das die Idee einer ZNA in die Tat umsetzte: mit einer klaren Architektur, kurzen Wegen, professioneller Ausstattung und einer autonomen ärztlichen Leitung, die der Geschäftsführung direkt unterstellt ist und ihre Strukturen und Prozesse in eigener Regie ausgestalten kann. Das war 1999.

Auch andere Kliniken haben in diesem Prozess Maßstäbe gesetzt. Die LBK Hamburg begann 2001, mit dem sogenannten Panda-Projekt neue Dienst- und Arbeitszeitmodelle zu entwickeln. Das starre Drei-Schichten-System wurde durch ein System von elf Schichten unterschiedlicher Länge ersetzt, mit dem Ergebnis, dass

In der Frage nach dem richtigen Weg ist die Debatte gerade wieder richtig in Schwung gekommen. Vor wenigen Wochen positionierte sich mit der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme (DGINA) ein eigener Verband auf der politischen Bühne, mit der Hamburger Chefärztin Walter als Präsidentin. Ziel der Organisation ist die flächendeckende Verbreitung fachübergreifender, straff organisierter, selbstständiger und hochspezialisierter Zentralambulanzen in der deutschen Kliniklandschaft nach den Vorbildern in Leverkusen oder Aachen. Als Konsequenz daraus forderte die DGINA auch gleich die Etablierung eines neuen Berufsbildes, des Facharztes für klinische Notfallmedizin, wie er etwa in den USA als Emergency Physician seit langem

„Die Reaktion der Ärzteverbände ist politisch motiviert. Sie haben Angst, dass ihnen etwas weggenommen wird. Das klingt spielplatzmäßig, aber es ist so.“



Roland Geppert: Notaufnahmen werden in Zukunft Patienten filtern müssen.



Peter-F. Petersen: Entscheiden kann am besten der Facharzt für Notfallmedizin.

existiert. Ein entsprechendes Curriculum für die Ausbildung hat die DGINA ausgearbeitet und den Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer als Diskussionsgrundlage zugestellt.

Postwendend meldeten sich die Interessensorganisationen der hiervon tangierten Ärzte in einer gemeinsamen Erklärung zu Wort, deren Titel Bände spricht: „Zur Problematik zentraler Notaufnahmen“. Etwas Neues wird ins Spiel gebracht, und schon fällt das Wort „Problem“. In seltener Eintracht wenden sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und für Innere Medizin (DGIM) gegen jede Art interdisziplinärer Notfallmedizin und reklamieren die Notaufnahme für sich, weil die meisten Patienten auf ihre Fachbereiche entfielen. Da diese Praxis sich bewährt habe, könne und solle alles beim Alten bleiben. In der Erklärung heißt es weiter: Die kostenträchtige Zwischenschaltung einer zusätzlichen und in Deutschland nicht erforderlichen Abteilungsstruktur sei weder medizinisch noch ökonomisch sinnvoll. Auch wird interdisziplinären Aufnahmen die Fähigkeit abgesprochen, Patienten auf Facharztniveau zu behandeln, was haftungsrechtlich unabdingbar sei. Eine Argumentation, die Peter-Friedrich Petersen und andere DGINA-Mitglieder auf die Palme bringt. „Eine Frechheit“, sagt Petersen. „In welcher normalen Notaufnahme ist nachts ein Facharzt?“ In einem Leserbrief an das Deutsche Ärzteblatt zur angeblich nötigen fachlichen Trennung von Notaufnahmen schreibt der Aachener Mediziner: „Die Tatsache, dass eine große Fachgesellschaft die These in den Raum stellt, macht diese nicht richtiger.“ Petersen geht die Facharztausbildung inzwischen zu sehr in die Tiefe. „Da liegt unser Problem. Wir brauchen

Allround-Mediziner mit großem Background. Generalisten, die in der Lage sind, über den Tellerrand hinauszugucken.“ Gefragt ist also ein Arzt, der über ein fundiertes notfallspezifisches Breitenwissen verfügt und Versorgung, Beurteilung und Sortierung von Notfallpatienten im Schlaf beherrscht: ein hoch spezialisierter Fachmann. Nur so seien tragische Fehlzuordnungen und teure Fehlbelegungen weitgehend vermeidbar. Roland Geppert, ebenfalls DGINA-Mitglied und Leiter der Zentralambulanz am Klinikum Leverkusen, hält die massiven Bedenken der Verbände für rein politisch motiviert: „Sie haben Angst, dass ihnen etwas weggenommen wird. Das klingt spielplatzmäßig, aber es ist so.“ Er denke gar nicht daran, mit seiner ZNA anderen Abteilungen etwas abzugraben, im Gegenteil: „Unsere Aufgabe ist es, den anderen adäquat zuzuarbeiten.“

Den Trend zur ZNA bestätigt hat zuletzt die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), die ihre Notaufnahme im Herbst in eine selbstständige und unmittelbar dem Präsidium unterstellte Betriebseinheit umwandelte. „Das hohe Patientenaufkommen und die damit verbundene große Verantwortung erfordern eine enge Verzahnung der Behandlungsabläufe“, sagt MHH-Vizepräsident Andreas Tecklenburg. „Nur so bleibt sichergestellt, dass jeder Notfallpatient so schnell wie möglich medizinisch und pflegerisch fachkompetent versorgt wird.“ In einem eigenen Konzept sind bei der MHH alle Aufgaben, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Arbeitsabläufe definiert.

Von einer „Riesenbaustelle“ spricht Roland Geppert. Und er denkt weit in die Zukunft hinein, in der die

Aufnahme einen ganz anderen Charakter haben werde als heute. Denn nur einen Teil der Patienten – zwischen 30 und 50 Prozent werden genannt – findet seinen Weg ins Krankenhaus über die Notaufnahme. Geppert sieht eine noch ganz andere Schnittstelle zwischen Praxis- und Klinikbehandlung kommen, die weit mehr aufnehmen wird als nur Notfälle, nämlich alle: das zentrale Aufnahmemanagement.

„Ich verwende gerne das Bild eines Trichters“, sagt Geppert: Die Zahl der Menschen, die medizinische Leistung brauche, werde immer größer, die Zahl der Betten hingegen immer knapper. „Da muss jemand entscheiden: Wer von diesem immer größeren Potenzial an Menschen kriegt eines der immer weniger werdenden Betten? Das gibt uns die Politik vor.“ Kein Krankenhaus werde mehr daran vorbeikommen, einen Filter vorzuschalten. Diese Screening-Einheit müsse auch Elektivpatienten überprüfen, die noch immer blindlings aufgenommen würden. „In 10, 15 oder 20 Jahren werden wir überall eine vorgeschaltete Abteilung vor den bettenführenden Stationen haben. Hier wird jeder Patient qualitativ hochwertig diagnostiziert, anamnestiziert und untersucht. Und hinten raus kommen die, die wirklich ins Bett müssen. Alle anderen gehen wieder nach Hause.“

Weil eine solche Stelle massiv in Struktur und Abläufe einer gesamten Klinik eingreife, müsse man alle Beteiligten mit ins Boot nehmen, sagt Geppert. „Die Veränderungen werden aber nicht von uns Medizinern kommen, sondern die Ökonomen werden sie uns aufdrücken. 100 Prozent werden über diese Station laufen. Sie wird eine ganz wichtige Stellschraube des Gesundheitssystems sein.“ <<

Adalbert Zehnder