

# Die interdisziplinäre Notaufnahme: Konsensus der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfallaufnahme e.V.

## Autor:

Dr. med.

**Rupert Sobotta**  
M.A., Ärztlicher  
Leiter Zentrale  
Notaufnahme,  
Marienkrankenhaus gGmbH  
Soest,  
Widumgasse 5,  
59494 Soest

## Co-Autoren:

**P.-F. Petersen**  
**G. Altröck**  
**M. Huntemann**  
**R. Geppert**  
**E.G. Holstein**  
**T. Hilmer**  
**A. Ludwig**  
**B. Walter**  
**P. Rupp**

**Abb. 1:** Patientenübergabe an der Schnittstelle Präklinik/Klinik

**Die Herausforderung für Krankenhäuser der Akutversorgung in einer Zeit zunehmenden Kostendrucks liegt darin, neben einer hohen Qualität und Transparenz in der Patientenbehandlung Strukturen bzw. Prozessabläufe zu etablieren, die durch hohe Effektivität und Effizienz aus ökonomischer Sicht erfolgreich sind und die Qualität der Behandlung optimieren statt diese zu gefährden. Die Zentralisierung der Patientenbehandlung in Form einer zentralen Notaufnahme ist auf Grund der gesetzlich induzierten Aufweichung von ambulanten und stationären Sektoren und den dadurch entstehenden unterschiedlichen ambulanten und stationären Behandlungsformen (Notfallbehandlung, Behandlung im Auftrag der Berufsgenossenschaft, ambulante Ermächtigung, ambulantes Operieren, prästationäre, stationäre, poststationäre, teilstationäre Behandlung nach DRG, Behandlung im Rahmen einer integrierten Versorgungsvereinbarung, Behandlung in einem Medizinischen Versorgungszentrum, Behandlung im Rahmen von Disease-Management-Programmen etc.) sowie dem konsekutivem Anstieg von Fallzahlen in einer zentralen Notaufnahme die erforderliche Organisationsform, um den gesetzlichen Anforderungen eines Akutkrankenhauses gerecht zu werden.**



Die Aufgaben einer zentralen Notaufnahme sind vielfältig und je nach Ausrichtung und Schwerpunkt des Krankenhauses (medizinisch, ökonomisch) sowie verschiedenster Einflussfaktoren (räumliche Strukturen, apparativ-technische Ausstattung, Personal) unterschiedlich. Daher sollte zwischen Basisaufgaben einer zentralen Notaufnahme und hausindividuellen Details unterschieden werden. Die 10. Leinsweiler Gespräche 2005 kamen zu folgendem Ergebnis: „Aufgabe einer interdisziplinären Notaufnahme ist die Versorgung von Patienten aus allen Disziplinen mit frühestmöglicher Trennung zeitkritischer von nicht zeitkritischen Abläufen. Die Übergabe aus der interdisziplinären Notaufnahme an die weiterbehandelnde klinische Spezialdisziplin sollte im Regelfall erst nach Beseitigung der Vitalgefährdung und nach Feststellung der Notwendigkeit einer stationären Patientenversorgung erfolgen. In größeren Kliniken sollte diese Abklärung auf einer der interdisziplinären Notaufnahme angeschlossenen Überwachungsstation erfolgen“ (1).

Sieht man eine zentrale Notaufnahme als ein prozessorientiertes Instrument eines Krankenhauses, so gilt es, die in der zentralen Notaufnahme täglich stattfindenden Kernprozesse zu analysieren, zu planen, zu gestalten, zu strukturieren, zu implementieren und letztendlich über das Prozesscontrolling zu optimieren mit dem Ziel, „für häufige Behandlungsfälle einen komplett standardisierten Behandlungsablauf zu entwickeln“ (2).

Um diese Ziele umzusetzen, sind nachfolgende Voraussetzungen (3) einer optimalen Behandlungsqualität erforderlich:

## Voraussetzungen einer optimalen Behandlungsqualität

Die *zentrale Lage* einer Notaufnahme ist die bauliche Voraussetzung, um durch eine kurze Anbindung an hausinterne Schnittstellen (Funktionsdiagnostik, Intensivstation, OP etc.) und externe Schnittstellen (Liegendanfahrt, Anbindung für gehfähige Patienten) einen ungehemmten Fluss der Prozesskette zu gewährleisten. Wird das Personal beispielsweise einer Berufsgruppe wie etwa der Mitarbeiter von Administration oder Pflege von einzelnen dezentralen Notaufnahmeeinheiten in einer zentralen Notaufnahme einer Klinik vereint, besteht über die Vermittlung eines über das Spezialgebiet hinausgehenden Basiswissens durch multifunktionale Fortbildungsangebote die Möglichkeit, „Scheuklappendenken“ abzubauen und den Wissens- und Erfahrungsschatz eines jeden Mitarbeiters zu erweitern. Da in Notaufnahmen



insbesondere Patienten mit ungeklärten Krankheitsbildern eintreffen, ist die *Multifunktionalität* der Mitarbeiter auch für den Patienten von extrem hoher Bedeutung. Zudem haben die gesetzlich definierten stationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von DRGs, integrierter Versorgung, DMPs etc. in den vergangenen Jahren derart an Komplexität zugenommen, dass nur ein fachlich breit ausgebildetes Personal in der Lage ist, Patienten in der für sie vorgesehenen Behandlungsform adäquat zu behandeln und zu administrieren. Ebenso wertvoll für den Patienten ist die kollegiale Zusammenarbeit von unterschiedlichen Fachabteilungen wie etwa dem Internisten und dem Chirurgen im Sinne einer *interdisziplinären Teambildung*. Die unter dezentralen Bedingungen häufig in der „falschen“ Fachabteilung aufgenommenen Patienten („Patiententourismus“) werden in einer zentralen Notaufnahme bis zur Klärung der für die Zuweisung einer Fachabteilung erforderlichen Aufnahmediagnose untersucht und gegebenenfalls initial im Bedarfsfall auf einer interdisziplinären Aufnahmestation oder einer Kurzliegerstation überwacht. Durch den kontinuierlichen fachlichen Austausch mit Kollegen aus anderen Fachabteilungen analog dem derzeitigen Trend zur Zentrenbildung (4) wird auf diesem Wege eine breite Ausbildung von in der zentralen Notaufnahme tätigen Mitarbeitern gefördert und gerade im Falle unklarer Krankheitsbilder der Blick der Mitarbeiter geschärft bzw. für andere Fachbereiche sensibilisiert. Die *Fachkompetenz* der Mitarbeiter wird auf diesem Wege deutlich erweitert und durch den Einsatz von *Leitlinien und Behandlungspfaden, angelehnt an die evidenzbasierte Medizin*, trotz einiger kritischer Bedenken (5) unterstützt.

**Kernaufgaben einer zentralen Notaufnahme**

Kernaufgaben einer zentralen Notaufnahme sind Aufgaben, die originär in der zentralen Notaufnahme angesiedelt sind und unabhängig von der Größe der Versorgungseinrichtung, ob Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung oder Krankenhaus der Maximalversorgung, von einer zentralen Notaufnahme erfüllt sein sollten.

Kernkompetenz einer zentralen Notaufnahme ist die Notfallbehandlung. Neben der Notfallbehandlung stellen



Abb. 2: Kernkompetenz Notfallbehandlung

der Ausbau von Leitungsstrukturen im Bereich Ärztlicher Dienst, Pflege und Administration, nicht-notfallmäßige Behandlungen (Ambulanzen, Sprechstunden etc.) sowie Variablen wie die Anbindung von Praxisnetzwerken, Aufnahme-Stationen, Intermediate-Care-Einrichtungen sowie des ambulanten Operierens zusätzliche Kompetenzen einer zentralen Notaufnahme dar.

Die Implementierung der Kernaufgaben ist von übergeordneter Bedeutung gegenüber weiteren in einer zentralen Notaufnahme angesiedelten Prozessen/Aufgaben. Die Bedeutung in der Vorgehensweise ist in Form eines Stufenkonzeptes wie in **Abb. 3** darstellbar.

Die Stufe 1 beinhaltet die Kernkompetenz „Notfallbehandlung“. Die weiteren Stufen wie die Integration von BG-Ambulanzen, Sprechstunden sowie elektiver, prästationärer und poststationärer Behandlungen sollten aus Sicht der Verfasser erst umgesetzt werden, wenn die Stufe 1 („Notfallbehandlung“) in vollem Umfang umgesetzt bzw. gewährleistet ist. Ebenso fakultativ ist die Anbindung einer Aufnahmestation, einer Intermediate Care, des ambulanten Operierens sowie die Versorgung teilstationärer Patienten.

**Die drei Phasen einer erfolgreichen Notfallbehandlung**

Um den Aufgaben der Notfallbehandlung gerecht zu werden, unterteilt man die Notfallversorgung in drei Phasen:

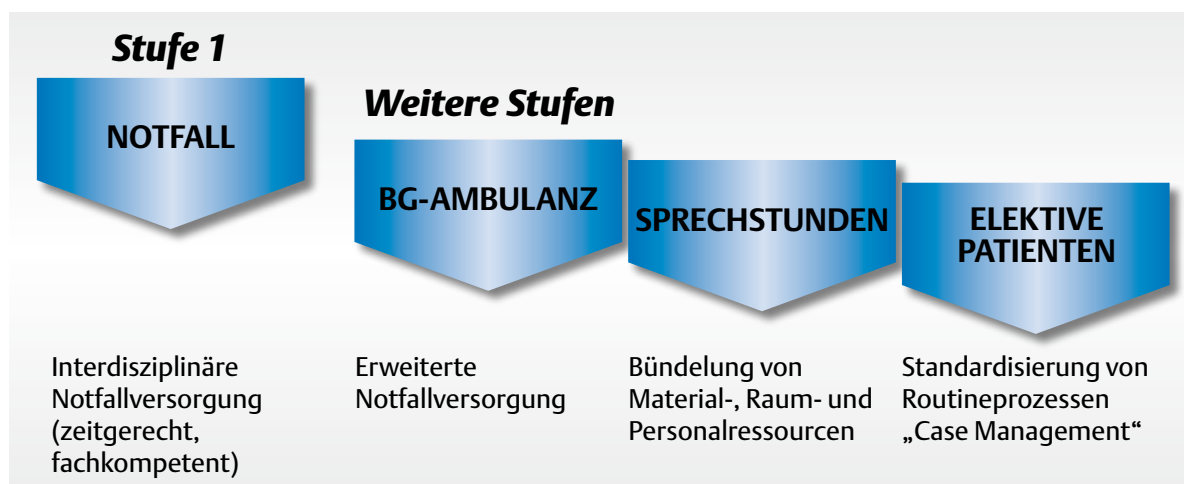


Abb. 3: Stufenkonzept: Implementierung von Kernaufgaben

- die präklinische Phase
- die klinische Phase der Untersuchung und Behandlung
- die klinische Phase der Aufnahme/Weiterverlegung/Entlassung

**Abb. 4:** Vor der Notaufnahme: „Patient ante portas“



Die präklinische Phase ist gleichzusetzen mit einer Vorbereitungsphase, in der der Grundstein für eine erfolgreiche Untersuchung und Behandlung gelegt wird. Sie beinhaltet:

- die Kommunikation mit Hausärzten, Notärzten, RTW-Besatzung etc.
- die Patientenankündigung im Hause: Ärzte, Administration, Archiv
- das Bettenmanagement mit der Intensivstation, den Normalstationen, dem Kurzliegerbereich

Die klinische Phase der Untersuchung und Behandlung beinhaltet Leitlinien, klinische Behandlungspfade sowie Verfahrensanweisungen als wichtige Instrumente zur Erzielung einer optimierten Prozesssteuerung und konzentriert sich auf:

- Einstufung der Behandlungsdringlichkeit
- Erstbehandlung, Diagnostik und Monitoring der Notfälle
- therapeutisches Konzept nach Notfallbehandlungspfaden
- Beurteilung und Hinzuziehung der erforderlichen Fachdisziplinen
- administrative Aufnahme und Kostensicherung

Die dritte Phase soll nach erfolgter Diagnostik bzw. Initialtherapie den weiteren Behandlungsverlauf sicherstellen:

- adäquate Versorgung und Aufklärung des Patienten und seiner Angehörigen
- korrekte Zuordnung und Weiterleitung zu der verantwortlichen Fachabteilung bzw. Entlassung

- korrekte medizinische und abrechnungsrelevante Dokumentation
- Qualitätsmanagement, Beschwerdemanagement, Kennzählerhebung

### Beteiligte Berufsgruppen

Prozesse eines Krankenhauses sind neben technischen Vorgängen in erster Linie von Menschen geprägt. Der Patient steht im Mittelpunkt des Krankenhausprozesses, den an den Krankenhausprozessen beteiligten Berufsgruppen kommt ebenfalls eine hohe Bedeutung zu. Unter der Voraussetzung, dass eine zentrale Notaufnahme einen Aufnahme- und einen Funktions-/Diagnostikbereich beinhaltet, setzen sich die Berufsgruppen aus folgenden unterschiedlichen Disziplinen zusammen:

**Ärztlicher Dienst** → Die ärztliche Leitung einer zentralen Notaufnahme sollte dauerhaft eigenständig durch einen Facharzt für Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie oder Allgemeinmedizin besetzt sein. Auch Ärzte anderer Fachgebiete wie etwa Neurologie sind je nach Ausrichtung des Krankenhauses als Leitung einer zentralen Notaufnahme denkbar. Mittelfristig ist eine strukturierte ärztliche Ausbildung in klinischer Notfallmedizin (im Sinne einer Facharztausbildung) anzustreben. Auf Grund der Komplexität der medizinischen und organisatorischen Aufgaben ist eine eigenständige ärztliche Leitung „mit den Kompetenzen eines Chefarztes“ (6) eine zwingende Notwendigkeit, um der wachsenden Bedeutung zentraler Notaufnahmen Rechnung zu tragen.

Die Aufgabe des ärztlichen Leiters einer zentralen Notaufnahme besteht in der Gewährleistung des Facharztstandards in der Patientenbehandlung sowie in der fachärztlichen Unterstützung der in der Notaufnahme (Aufnahmebereich, Funktionsbereich) im Rahmen der Facharztausbildung tätigen ärztlichen Kollegen. Neben der unabdingbaren Kompetenz in der Notfallmedizin ist es die Aufgabe des ärztlichen Leiters einer zentralen Notaufnahme, als Ansprechpartner für niedergelassene Ärzte im Aufnahmeprozess zur Verfügung zu stehen, um die in einer „Studie zur Kommunikation von Krankenhausärzten mit niedergelassenen Kollegen“ (7) nachgewiesenen Informationsdefizite und die damit verbundenen Gefahren bei der Patientenbehandlung zu minimieren. Dies gilt in gleicher Weise für die noch optimierungsbedürftige Kommunikation des ärztlichen Leiters einer zentralen Notaufnahme mit dem Rettungsdienst (8), da „Koordinationsprobleme“ (9) ursächlich für 60% aller vermeidbaren Todesfälle zwischen der Schnittstelle Rettungsdienst und Klinik sind.

Der ärztliche Leiter benötigt zudem ein ausgeprägtes „Kostenbewusstsein und Management-Talent“ (10), um den ökonomischen Anforderungen gerecht zu werden. Der Arbeitsbereich der ärztlichen Mitarbeiter in einer zentralen Notaufnahme erstreckt sich von der Aufnahme (Anamnese, körperliche Untersuchung, Ruhe-EKG, Blutentnahme, Initialtherapie) über die Funktionsdiagnostik bis hin zu kleinen oder notfallmäßigen operativen Eingriffen. Im Bereich der



## Die drei Phasen der Notfallversorgung

Tab.1

Präklinische Phase	Untersuchung und Behandlung	Aufnahme/Verlegung/Entlassung
Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten, Notärzten	Übergabe mit Notärzten, Rettungskräften am Patientenbett	adäquate Versorgung/Aufklärung des Patienten
Kontaktpflege zu Feuerwehr, Rettungsdiensten etc.	Erstversorgung, Stabilisierung der Vitalparameter	korrekte Zuordnung der Patienten
Bettenmanagement	Monitoring	Organisation Sekundärtransport
Organisationsvoraussetzungen:	Anamnese und körperliche Untersuchung	korrekte medizinische Dokumentation
<ul style="list-style-type: none"> <li>definierte Führungsstruktur</li> <li>eigenverantwortliche Leitung</li> <li>Prozessorganisation</li> <li>medizinische Steuerung (Behandlungspfade)</li> <li>Personalplanung und -Steuerung</li> <li>Raumstruktur/Ressourcenplanung</li> </ul>	medizinische Dringlichkeitseinschätzung Sicherstellung einer unverzüglichen Notfalldiagnostik: EKG, Labor, Sonographie, Echo, Röntgen, CT, Endoskopie unverzügliche Notfallbehandlung (leitlinienkonform) Hinzuziehung der erforderlichen Fachdisziplinen nachvollziehbare medizinische Dokumentation	Übergabe Arzt-Arzt, Pflege-Pflege Transportbegleitung im Hause/Intensivtransport Feedback an weiterbehandelnden Kollegen, Hausarzt Angehörigenbetreuung abrechnungsrelevante Kodierung (DRG, ICD-10, OPS, EBM, GOÄ, BG, AOP, G-AEP) Qualitätsmanagement (Patientenbefragung, Qualitätszirkel) betriebswirtschaftliches Controlling (Kennzahlenerhebung)

Funktionsdiagnostik nehmen die Notfalluntersuchungen wie Endoskopie, verschiedenste Formen der Sonographie, Echokardiographie und Doppler-/Duplexsonographie sowie radiologische Untersuchungen jeglicher Art einschließlich Computertomographie und Kernspintuntersuchungen einen hohen Stellenwert ein. Eine strenge Trennung von Aufnahmebereich und Funktionsdiagnostik ist dabei weder erwünscht noch sinnvoll, um eine kontinuierliche Versorgung des Patienten zu gewährleisten.

Neben der medizinischen Qualifikation sind die Dokumentationsanforderungen an den Arzt insbesondere seit Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems stark gestiegen. Die Dokumentationsanforderungen (11) erstrecken sich in einer zentralen Notaufnahme von der Behandlungsplanung (Prüfung der Kriterien einer stationär indizierten Patientenaufnahme nach G-AEP (engl.: German Appropriateness Evaluation Protocol) über den Aufnahmeprozess (Erhebung und Dokumentation medizinischer und sozialer Daten anhand von Checklisten; Dokumentation von Aufnahmediagnosen, -grund und voraussichtlicher Behandlungsdauer; Integration des Behandlungsprozederes in den dafür zutreffenden Behandlungspfad; bei Nichterfüllung der G-AEP-Kriterien ambulante Notfallbehandlung, ggf. Verlegung) bis zum Verlegungs-/Entlassungsprozess mit Kontaktaufnahme der weiterbehandelnden Institution und Erstellung der dafür erforderlichen Dokumente.

**Pflege** → Auch im Bereich der Pflege ist eine dauerhaft besetzte Leitung auf Grund der hohen Bedeutung einer zentralen Notaufnahme zwingend erforderlich, um den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung durch entsprechende Führung und konzeptionelle Entwicklung zu gewährleisten.

Analog zum ärztlichen Dienst besteht das Tätigkeitsfeld im Pflegebereich aus Aufnahmebereich und Funktionsdiagnostik, hinzu kommt eine etwas großzügigere Basisausbildung

in der Erledigung administrativer Aufgaben, die insbesondere im Bereitschaftsdienst für den Pflegebereich von hoher Relevanz ist. Eine strenge Trennung von Aufnahmebereich und Funktionsdiagnostik ist dabei ebenso weder erwünscht noch sinnvoll, um eine kontinuierliche Versorgung des Patienten zu gewährleisten.

**Administration** → Im administrativen Bereich sind neben Verwaltungsfachangestellten auch Arzthelfer/-innen, gelegentlich auch Versicherungsfachangestellte aus dem Krankenversicherungsbereich in zentralen Notaufnahmen beschäftigt. Die unterschiedlichen gesetzlichen Formen



**Abb. 5:** Übergabe des Patienten durch den Notarzt

von ambulanter (DMP, KV-Notfallbehandlung, BG-Notfallbehandlung, Behandlung im Rahmen einer ambulanten Ermächtigung etc.) und stationärer Behandlung (prä-, teil-, post-, stationäre Behandlung nach DRG, Behandlung im Rahmen einer integrierten Versorgungsvereinbarung etc.) machen deutlich, dass gerade hier der Fokus der Ausbildung bzw. der Fähigkeiten der Mitarbeiter in der täglichen Arbeit liegt. Auch bei dieser Berufsgruppe ist eine dauerhafte Leitung durch eine kompetente Fachkraft unumgänglich, da auch administrative Fehler zum Zeitpunkt der Aufnahme eines Patienten zu unnötigen und kostenintensiven Folgefehlern führen.

Auf Grund der Nähe zu dem medizinisch-pflegerischen Fachbereich empfiehlt es sich auch in der Administration, Fachkräfte einzustellen, die keine Berührungängste zu medizinischen Fragestellungen bzw. Behandlungen zeigen wie etwa Arzthelferinnen oder ehemalige Pflegekräfte.

**Abb. 6:** Die Notaufnahme: Zentrale Anlaufstelle für den Rettungsdienst



### Umsetzung unter Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Umsetzung der Kernelemente einer zentralen Notfallaufnahme erfolgt unter konsequenter Einbindung von Qualitätssicherungsmaßnahmen: Als Beispiele werden genannt:

- innerbetriebliche Fortbildung
- innerbetriebliche, multidisziplinäre Qualitätszirkel
- regionale, außerbetriebliche Qualitätszirkel
- Patienten- und Mitarbeiterbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Kennzahlenerhebung (Wartezeit etc.)
- gesetzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen (BQS)

### Zusammenfassung

Unabhängig von der Größe eines Krankenhauses liegt die Kernkompetenz einer zentralen Notaufnahme in der Notfallbehandlung. Die Notfallbehandlung wird in die präklinische Phase, die klinische Phase der Untersuchung und

Behandlung sowie die klinische Phase der Aufnahme/Weiterverlegung/Entlassung unterteilt. Jede Phase sieht spezifischen Aufgaben vor, die die Grundlage einer optimalen Behandlungsqualität darstellen. Der Erfolg ist an weitere Grundvoraussetzungen wie die zentrale Erreichbarkeit der Notfalleinrichtung, die Multifunktionalität der Mitarbeiter, eine hohe Fachkompetenz sowie das interdisziplinäre Arbeiten im Team geknüpft.

Die eigenständige Leitung durch kompetente Fachkräfte ist in allen beteiligten Berufsgruppen (Ärztlicher Dienst, Pflege, Administration) wünschenswert. Die Erweiterung des Tätigkeitsspektrums einer zentralen Notaufnahme in Form der Integration von BG-Ambulanzen, Sprechstunden sowie elektiver, prästationärer und poststationärer Behandlungen sollte aus Sicht der DGINA erst umgesetzt werden, wenn die Stufe 1 („Notfallbehandlung“) in vollem Umfang umgesetzt bzw. gewährleistet ist (Stufenkonzept). ■

### Literatur:

1. Schlechtriemen T, Dirks B, Lackner CK, Moecke H, Stratmann D, Altemeyer KH (2005) Die „Interdisziplinäre“ Notaufnahme im Zentrum zukünftiger Notfallmedizin. Notfall & Rettungsmedizin 8: 510
2. Roeder N, Hensen P, Fiori W, Bunzemeier H, Loskamp N (2004) DRGs, Wettbewerb und Strategie. Das Krankenhaus. 96: 706
3. Sobotta R (2007) Zentrale Notaufnahme: Ökonomisch relevante Aspekte in der Planungsphase. Rettungsdienst 30: 824-827
4. Richter-Kuhlmann E (2006) Trend zur Zentrenbildung. Deutsches Ärzteblatt. 103. Jahrgang. Ausgabe B. Heft 7, S. 337
5. Hoppe JD (2005) Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft. Deutsches Ärzteblatt. 102. Jahrgang. Ausgabe B. Heft 14, S. 799
6. Schlechtriemen T, Dirks B, Lackner CK, Moecke H, Stratmann D, Altemeyer KH (2005) Die „Interdisziplinäre“ Notaufnahme im Zentrum zukünftiger Notfallmedizin. Notfall & Rettungsmedizin 8: 505
7. Strotbek J (2005) Studie zur Arzt-Arzt-Kommunikation: Informationen gehen verloren. Krankenhausumschau 74: 104
8. Schlechtriemen T, Dirks B, Lackner CK, Moecke H, Ruppert M, Stratmann D, Altemeyer KH (2004) Defizite in der Notfallversorgung – gute Konzepte schlecht umgesetzt? Der Notarzt 20: 202
9. Bayeff-Filloff M, Anding K, Lackner CK (2002) Schnittstelle Rettungsdienst und Klinik. Nebeneinander → Miteinander. Der Notarzt 18: 29
10. Richter-Kuhlmann EA (2003) Ärztliche Manager gefragt. Deutsches Ärzteblatt. 100. Jahrgang. Ausgabe B. Heft 21, S. 1180
11. Baller S, Oestreich K (2005) DRG-System prägt den Arbeitsalltag. Deutsches Ärzteblatt. 102. Jahrgang. Ausgabe B. Heft 44, S. 2539
12. Walter B, Fleischmann T (2007) Interdisziplinäre Notaufnahme, Aufgaben, Struktur, Zukunft. Das Krankenhaus 7: 657-660