

Structure follows Process follows Strategy

„... Knie heilt nie ...“, war vor einigen Jahren meine Begrüßung nach einem Fahrradsturz in der Rolle eines der jährlich 20 Mio. Notaufnahmepatienten. Wie wir allerdings im Leitartikel dieser Ausgabe von Zimmermann und Kollegen lernen können, befinden sich Denken und Arbeiten unseres öffentlichkeitswirksamsten Krankenhausportals im Umbruch und entwickeln sich rasant. Was in diesem Bezug gestern noch als unumstößliches Dogma galt, stimmt schon lange nicht mehr – das Knie ist trotz des zweifelhaften Orakels auch wieder in Ordnung.

Um gute Lösungen für einen erfolgskritischen Flaschenhals im Produktivprozess „Genesung“ zu finden, beschreiben Zimmermann und Kollegen aktuelle Ansätze zu Struktur- und Prozessgestaltung zentraler Notaufnahmen auf der Basis des gesundheitspolitischen Rahmens und der täglichen Bedingungen an einer zeitkritischen Schnittstelle des Krankenhauses. Sie folgen damit intuitiv dem betriebswirtschaftlichen Leitsatz „structure follows process follows strategy“, nach dem sich eine Organisationsstruktur in ihrer Gestaltung immer an ihrem Wertschöpfungsprozess auszurichten hat, der wiederum abgeglichen mit den Strategiezielen der bestmöglichen Bewältigung der Rahmenbedingungen dient [1].

Rahmenbedingungen

Während die Träger der Rettungsdienste die jährliche Steigerung des Notfallpatientenaufkommens im Bereich von 10 % mit nachverhandeltem Aufwuchs von Kräften und Mitteln kompensieren, lassen sich Notaufnahmen baulich nicht ohne Weiteres, organisatorisch bedingt und personell nur sehr eingeschränkt

an den sogenannten „Bedarf“ anpassen. Dieser Bedarf generiert sich über unterschiedliche Zugangswege und Zuweiser wie Niedergelassene, den Rettungsdienst, andere Krankenhäuser, aber auch durch Selbstvorsteller, die eine zeitnahe medizinische Behandlung wünschen. Die Leistungserwartung der Patienten an eine Notaufnahme treibt ein zunehmend offensiveres „Inanspruchnahmeverhalten“. Dabei erreichen 2/3 aller Patienten die Notaufnahme außerhalb der Regelarbeitszeit [4].

Selbst bei zeitlich bedarfsangepasster Ressourcenplanung [4] liegen die Vorhaltekosten einer Notaufnahme erheblich über denen einer auskömmlich vergüteten ausgelasteten Sprechstundenvorsorgung. In diesem Zusammenhang wird bundesweit eine Finanzierungslücke von etwa 1 Mrd. EUR genannt.

Strategie

Um den beschriebenen Rahmenbedingungen sowie dem Stellenwert der Notaufnahmen im deutschen Gesundheitssystem politisch, aber auch finanziell zukunftsfähig gerecht zu werden, halten Zimmermann et al. gemeinsam mit den relevanten Fachgesellschaften eine Anpassung der Krankenhausfinanzierung einerseits, aber auch eine Strukturplanung innerhalb von Versorgungsnetzwerken zwischen Krankenhäusern und die intensivere transsektorale Kooperation mit Zuweisern, Rettungsdiensten und kassenärztlichen Notdiensten für erforderlich. Dabei steht ebenso auf der Agenda, Patienten im ambulanten niedergelassenen Bereich zu belassen, wenn eine fachgerechte Versorgung hier ebenso möglich ist. Kassenärztliche Notfallpraxen in unmittelbarer Nähe ei-

ner Krankenhausnotaufnahme sind ein möglicher Ansatz hierzu.

Nicht zuletzt müssen Qualifizierungswege und Qualitätssicherungsmaßnahmen implementiert und die Notfallmedizinische Aus- und Weiterbildung in der Klinik weiter gefördert werden.

Prozess

Zum frühestmöglichen Zeitpunkt des Zuweisungsprozesses in eine Notaufnahme ist eine Kommunikation der Zuweiser mit der Notaufnahme sinnvoll, insbesondere wenn dort zeitkritisch Spezialfähigkeiten oder auch Isolationsmaßnahmen bei Problemkeimen gefordert sind. Vordefinierte und im Rettungsdienstbereich bekannt gemachte Erreichbarkeiten sind hier wesentliche Voraussetzung für einen Arzt-Arzt-Kontakt bzw. die verlässliche Angabe der erwarteten Ankunftszeit.

Aus der Sicht des Notarztes darf der Versuch der Kontaktaufnahme allerdings keinesfalls zur zeitraubenden Telefonvermittlungsoдыsee werden. Das von einigen Notaufnahmen beklagte Ausbleiben des wichtigen telefonischen Arzt-Arzt-Kontakts kann auch Ergebnis von mancherorts üblichen telefonischen Examinierungen der notärztlichen Kollegen durch die Kliniker sein.

Strukturierte Anmeldeprotokolle wie MANDAT [6], IVENA [3], Stroke- oder Cardio-Angel [5], die die Anmeldequalität unabhängiger machen vom Erfahrungsgrad der Anmeldenden und Entgegennehmenden, konnten nicht nur die Anmeldungen qualitativ optimieren und die Bettendisposition vereinfachen, sondern auch die Behandlungslogistik in der Notaufnahme und anschließenden Behandlungsbereichen patientengerechter machen und das Outcome verbessern.

Spätestens nach dem Eintreffen müssen Notfallpatienten mit zeitkritischen Erkrankungen verlässlich identifiziert werden. Hierzu finden bereits in zahlreichen Notaufnahmen Ersteinschätzungen mit mehrstufigen Ersteinschätzungsinstrumenten zur Festlegung der individuellen Behandlungsdringlichkeit und -priorisierung statt. Auf dieser Basis kann dann eine zweckmäßige und qualitätsgesicherte Behandlung ggf. fachübergreifend organisiert werden. Zur Einführung sind allerdings entsprechende Qualifizierungen des durchführenden (Pflege-)Personals erforderlich.

Am Ende des patientengerechten, aber dennoch standardisierten Diagnose- und Erstbehandlungsprozesses in der Notaufnahme steht die Entscheidung für die weitere stationäre Behandlung oder eine ambulante Weiterversorgung, wobei die Aufnahmequote je nach Fachgebiet zwischen ca. 20 und 60 % liegt. Eine der Herausforderungen ist der zeitgerechte Patientenabfluss aus den Notaufnahmebereichen, denn überfüllte Notaufnahmen sind nicht nur für Patienten und Mitarbeiter ein Stressfaktor, sie verschlechtern nachweislich auch das Patientenoutcome.

Struktur

Um einen patientengerechten wirtschaftlichen Diagnostik- und Erstbehandlungsprozess in der Notaufnahme gewährleisten zu können, muss eine hierzu zweckmäßige bauliche und organisatorische Infrastruktur und Logistik bestehen, die es erlaubt, Gefährdungen rasch zu erkennen und zu behandeln.

— Unter Effektivitätsgesichtspunkten kann eine interdisziplinäre Versorgung von Akut- und Notfallpatienten nur an einer zentralen Stelle im Krankenhaus angesiedelt sein.

Dazu, so die Überzeugung sowohl der Autoren des Updates als auch die der Fachgesellschaften, sind die Einbindung intensivmedizinischer Kompetenz sowie strukturierte Arbeitsanleitungen oder Standard Operating Procedures (SOP) ein unverzichtbares Handwerkszeug. Gleiches gilt für die Implementierung geeigneter Qualitätssicherungswerkzeuge,

die nur mit der Nutzung eines gemeinsamen Kerndatensatzes Nachhaltigkeit erreichen werden.

Ein erfolgskritisches Strukturmerkmal ist die Mitarbeiterqualifikation in der Notaufnahme. Zimmermann et al. stellen in Infobox 1 den von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) bei der Bundesärztekammer eingereichten Entwurf für eine ärztliche Zusatzweiterbildung für die zentrale Notaufnahme dar, der ebenso wie das parallel von der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) eingebrachte Konzept [2] angelehnt ist an das Europäische Curriculum für Notfallmedizin. Die Position der DIVI wird hierbei auch von der DGAI unterstützt. Der vom Fachverband DGINA eingebrachte Vorschlag legte eine 3-jährige Zusatzweiterbildungszeit in der „Klinischen Notfall- und Akutmedizin“ im Bereich Notaufnahme und Intensivstation zugrunde. Davon wurde ein Jahr während der Facharztweiterbildung akzeptiert. Weitere 2 Jahre der Weiterbildung sollten im Anschluss an die jeweilige Gebietsbezeichnung in der Notaufnahme eines Krankenhauses mit entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten erbracht werden [2].

Unter der Moderation der Bundesärztekammer und u. a. auch durch den Beitrag der Kommission Notaufnahme der DGAI kam es im Januar dieses Jahres erfreulicherweise zu einer Einigung auf einen gemeinsamen Vorschlag für die Zusatzbezeichnung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“. Voraussetzung für den Erwerb der Bezeichnung innerhalb des zweijährigen Curriculums wird demnach die Facharztanerkennung auf einem der Gebiete Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie oder Neurologie sein. Weitere Voraussetzungen sind die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin sowie 6 Monate Intensivmedizin. Die Weiterbildungszeit wird 24 Monate in einer interdisziplinären Notaufnahme betragen, wovon 6 Monate während der Facharztweiterbildung angerechnet werden können.

Auf dem Erfolgskurs des Konzeptes „interdisziplinäre Notaufnahme“ für eine patientengerechte Versorgung im gesundheitspolitischen Rahmen ist damit eine weitere Untiefe erfolgreich umsegelt worden. Weitere Herausforderungen sowohl in der Vernetzung der Akteure als auch in der transsektoralen Verzahnung, Finanzierung und Qualitätssicherung warten auf uns.

A.R. Heller

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. A. R. Heller

Klinik und Poliklinik für
Anästhesiologie und
Intensivtherapie, Uniklinikum
Dresden
Fetscherstraße 74,
01307 Dresden, Deutschland
axel.heller@uniklinikum-
dresden.de

Interessenkonflikt. A.R. Heller gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Chandler AD (1990) Strategy and structure: Chapters in the history of the industrial enterprise. MIT, press
2. DGINA (2016) <http://www.dgina.de/pages/posts/inhalt-des-dgina-antrages-zur-novellierung-der-musterweiterbildungsordnung-bei-der-bundesaerztekammer-387.php?searchresult=1&sstring=Zusatzbezeichnung>. Zugegriffen: 8. Febr. 2016
3. Donner A, Adler C (2013) Patientenregistrierung im Massenfall. Notf Rettungsmed 16:549–555
4. Gries A, Michel A, Bernhard M, Martin J (2011) Personalplanung in der zentralen Notaufnahme. Anaesthesist 60:71–78
5. Skorning M, Bergrath S, Brokmann JC, Rörtgen D, Beckers SK, Rossaint R (2011) Stellenwert und Potenzial der Telemedizin im Rettungsdienst. Notf Rettungsmed 14:187–191
6. Weichert O, Lenz W, Lenssen U, Kemmeries G (2013) Optimierung der Patientenversorgung durch strukturierte Anmeldung von kritisch kranken Patienten über den Rettungsdienst. Notf Rettungsmed 16:129–134