

# EIGENSTÄNDIGE PRÄ- UND NOTFALLKLINIK ALS ZENTRALES RETTUNGSZENTRUM FÜR DIE REGION 10

**Heribert Fastenmeier**  
*Klinikum Ingolstadt GmbH*

**Mirela Leuca**  
*Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät  
Universität Oradea*

*The German health care system has been undergoing many reforms. The introduction of the DRG-financing system, as one of the major changes for the German hospital setting in the last decades, had huge impact on the evolution of the hospital resources and capacities, economic situation, organization, structure, processes and average length of stay. In this context, the optimal organization and structure of emergency departments is becoming a strategic factor of success for hospitals. This paper presents briefly the present situation with regard to the organization and structure of emergency care in Germany and describes the strategy, goals and expectations when establishing a new interdisciplinary emergency department for Region 10 in Germany.*

*Keywords: Notfallversorgung, eigenständige Notfallklinik, Rettungszentrum.*

*JEL Classification Code: I10 M10 L20*

## **1.Einführung**

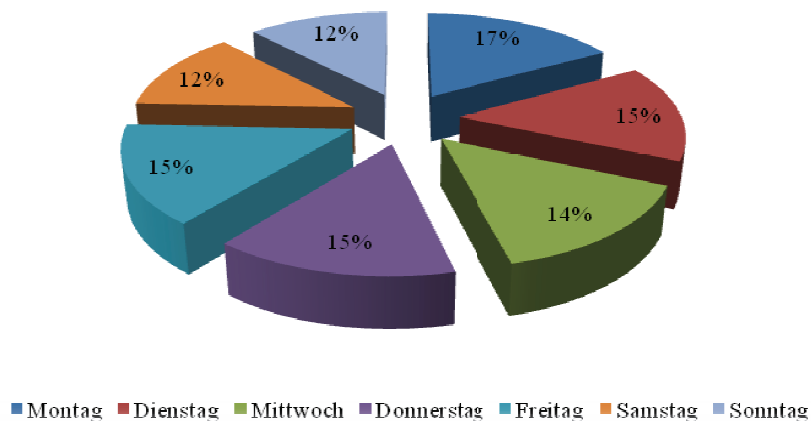
Die ambulante und stationäre Notfallversorgung im Klinikum Ingolstadt war seit den achtziger Jahren so organisiert wie in allen deutschen oder europäischen Kliniken. Ärzte der verschiedenen Fachabteilungen wurden entweder bei eintreffenden Notfällen alarmiert und aus den Fachkliniken tagsüber abgezogen und zu den Notfällen entsandt oder nachts wurden die im Hause tätigen Bereitschaftsdienste der Fachabteilungen informiert einen aufgenommen Notfall zu behandeln. Das System zeigt schon ganz zu Beginn seine Schwäche! Die Leitstellenkraft oder die Pflegekraft taxiert und bewertet den Notfall nach Schwierigkeit, Komplexität und Dringlichkeit und alarmiert die Hausdienste der Fachabteilungen? Diesem Alarmierungsruf geht somit eine „erst Diagnose“ durch genannte Personen voraus, die eigentlich dazu weder ausgebildet noch in der Lage sind. Die Dringlichkeit des Falles konnte überdies durch den reinen „Piepser ruf oder das Telefonat „ nicht vermittelt werden. Oft waren die Diensthabenden auch durch und an ihre geplanten Routinen der Fachabteilungen gebunden und nur mit zeitlicher Verzögerung abkömmlich. Zeit ist Qualität zumindest in der Notfallversorgung, dies erkannte man zunehmend oft. Ein weiteres Problem das offensichtlich wurde war die Qualität der entsandten Mediziner die sich mit den Notfällen beschäftigen sollten – Ärzte in Weiterbildung, oft am Anfang ihrer Medizinerlaufbahn mussten sie sich mit den schwierigsten und kompliziertesten Fällen im ersten Zug beschäftigen. Manchmal dauerte es sehr lange bis sie sich fachärztliche Kompetenz der eigenen und oder anderer Abteilungen zu Rate zogen oder gar den Fall an diese abgaben. In einem ersten Schritt hat man vor Jahren teilweise eigene Schichtbesetzungen und vor Ortbesetzungen in den Notfallzentren etabliert ohne dabei auf die Struktur oder Qualität zu achten und man sich nicht wirklich mit dem Fallaufkommen und den Strukturen beschäftigt - die medizinische Versorgung blieb auch in der Notfallaufnahme ein Teil der Fachklinik und war zu sehr „spezialisiert“ und am üblichen Aufnahmeverfahren orientiert.<sup>279</sup>

---

<sup>279</sup> Für ergänzende Literatur siehe auch: Hogan, Barbara, *Veränderung in der Versorgung von Notfallpatienten in den Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser – ein Paradigmenwechsel?*, in: das Krankenhaus, 2010, Nr. 4, S. 304- 312.

Erst als sich die Notnahmefrequenz erkennbar änderte und die Häufigkeit der Aufnahmen stieg und die Bevölkerung sich mit den tradierten Klinikstrukturen zunehmend wenig identifizieren konnte war man in der Ärzteschaft und im Pflegedienst bereit neue Strukturen an zu denken und um zu setzen. Nachfolgende Graphiken verdeutlichen das Aufnahmespektrum, die Aufnahmestruktur und die fachliche Diversifikation für das Jahr 2009.

**Notfallzentrum - Fallzahl je Wochentag**

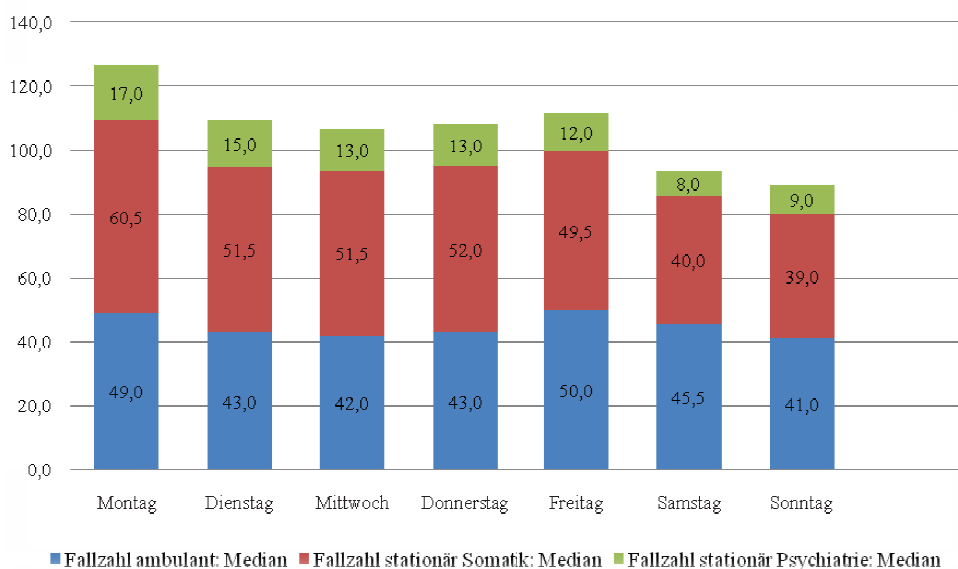


**Graphik 1: Notfallzentrum- Fallzahl je Wochentag in 2009**

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Klinikums Ingolstadt.

Das Klinikum Ingolstadt hat sich fortan mit diesem Thema beschäftigt und die unternehmerische Leitentscheidung getroffen eine eigenständige Prä- und Notfallklinik als Rettungszentrum für die Region mit eigenständigem Personalkörper und verantwortlichen ärztlichen Leiter(Chefarzt) ein zu richten.

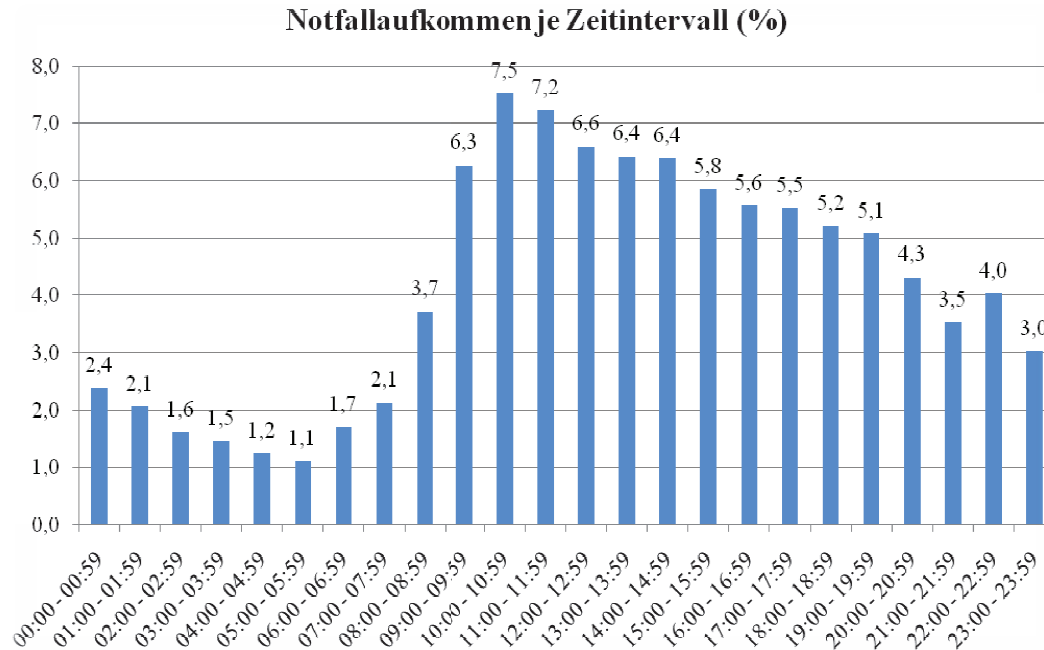
**Notfallaufkommen: Median**



## Graphik 2: Notfallaufkommen: Median (2009)

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Klinikums Ingolstadt.

Dieses Thema wurde auch in der deutschen Fachliteratur analysiert und beschrieben.<sup>280</sup>



## Graphik 3: Notfallaufkommen je Zeitintervall (%) in 2009

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Klinikums Ingolstadt.

## 2.Strategie und Organisation

Im Klinikum Ingolstadt soll eine Klinik bautechnisch eingerichtet werden, die in der Lage ist alle Notfälle aufzunehmen und kompetent und zuverlässig die Erstversorgung garantiert. An einer Stelle soll die ambulante und stationäre Versorgung gewährleistet und abgebildet werden. In einem Triage-System soll dabei ohne großen Zeitverlust (grün – gelb –rot) der Patient im Hause ohne es selbst zu merken von den noch rechtlich getrennten Systemen einheitlich und prozessual Zusammenhängend versorgt werden. Dabei muss das KI die baulichen Voraussetzungen schaffen und die Anfahrtswege zwischen und für leichte und schwerverletzte Patienten trennen und eigene zu diesem Zweck notwendige Behandlungseinheiten schaffen.

Das inhaltliche Ziel war dabei:

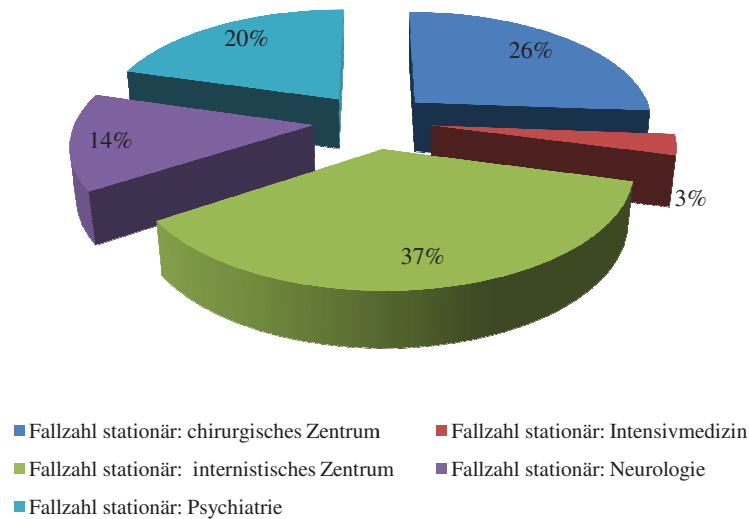
- Notfallpraxen für Erwachsene und Kinder ambulante Notfälle betrieben durch die Niedergelassenen im Klinikum Ingolstadt in einem abgestimmten Schichtsystem inhaltlich kommunikativ vernetzt;
- Notfallzentrum für stationäre Patienten;
- einheitlicher Gemeinsamer Aufnahmebereich technisch und logistisch vernetzt;
- Polytrauma- und Schockzentrum;
- Rettungszentrum;
- ambulante und stationäre Notfallversorgung psychisch Kranker (Erwachsene und Kinder);
- Stationierung sämtlicher Rettungsdienste incl. der Notärzte in dieser Klinik und in diesem Team

<sup>280</sup> Siehe auch z.B.: Bey, T.A.; Hahn, S. A., Moecke, H., *The current state of hospital-based emergency medicine in germany*, in: Int J Emerg Med, 2008, Nr.1, S. 273-277 und Hogan, Barbara; Fleischmann, Thomas, *Interdisziplinäre Notaufnahme – Konzeption und personelle Besetzung*, in: Krankenhaus Umschau, 2008, Nr. 2, S. 30- 32.

- einheitliches und abgestimmtes Screeningverfahren;
- abgestimmte Prozessabläufe;
- eigener Personalkörper mit den relevanten Facharztgruppen und hochspezialisierten Pflegekräften.

Die eigenständige völlig selbstständige Klinik mit cheförztlischer und pflegerischer Leitung wird Schwerpunktmäßig die relevanten Fachärzte in einem 24-Stunden Schichtsystem beschäftigen. Überdies sollen ausgewählte Notärzte auch die Rettungsfahrzeuge besetzen und die Patienten vor Ort versorgen, in die Klinik transportieren und dort zunächst die Übergabe, Weiterversorgung und Sicherstellung der Datenübergabe gewährleisten. Flache hierarchische Organisationsstruktur mit Schicht-Blockmodellen und dem Auftrag der echten Notfallversorgung (Sicherung der Vitalfunktion, Prozess beschleunigend etc.) zur Weiterversorgung in den Fachkliniken.

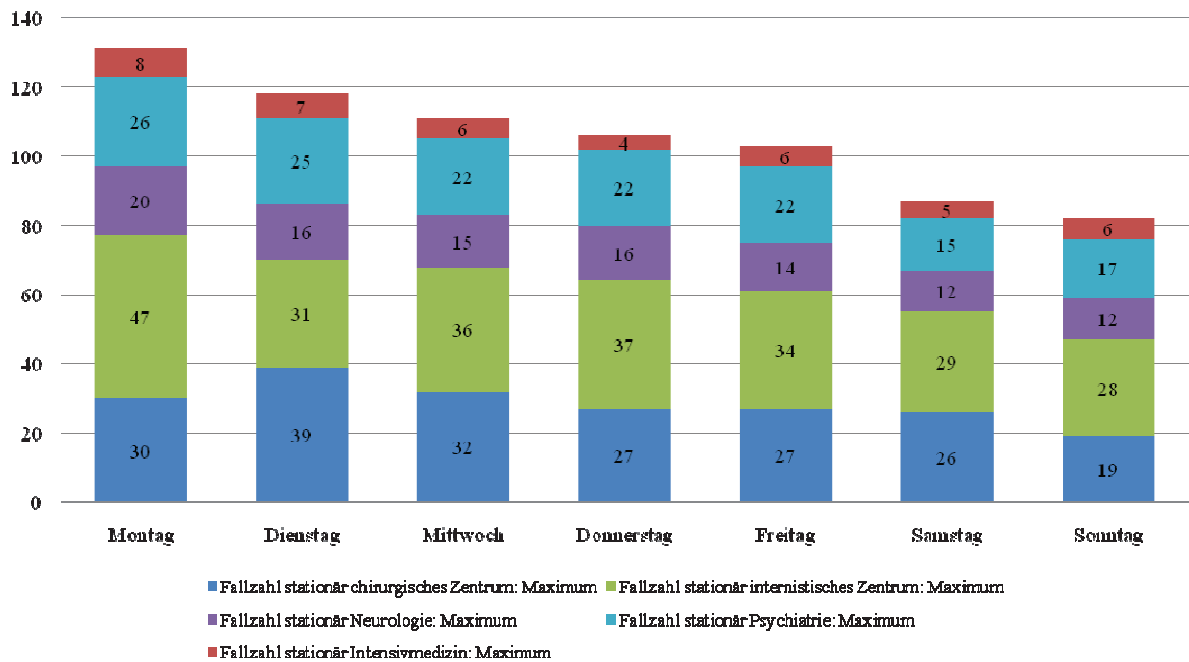
#### Notfallaufkommen je Schwerpunkt (%)



**Graphik 4: Notfallaufkommen je Schwerpunkt (%) in 2009**

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Klinikums Ingolstadt.

### Notfallaufkommen: Maximum



Graphik 5: Notfallaufkommen: Maximum (2009)

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Klinikums Ingolstadt.

Dies führt zu einer besseren Versorgung der Patienten und mehr Zufriedenheit bei den Mitarbeitern da Sie inhaltlich, organisatorisch und prozessual in der Patientenkrise stark standardisiert arbeiten und handeln können.

### 3.Prozess- und Qualitätserwartung

Zeit ist Qualität - ist Leben und Gesundheit! In dieser Klinik muss im **Triagesystem** eine klare Vorgabe bestehen wie mit Patienten um zu gehen ist. Innerhalb klarer Vorgaben muss der Arzt Patientenkontakt in einem entsprechenden Zeitfenster stattfinden. Der Patient ist und wird im Prozess permanent begleitet und über den Sachstand seiner Behandlung informiert. Erhobene Daten dienen in einer Eskalationsstrategie zunächst der Erkennung der Krankheit (Screening) und dann der Vorbereitung der Weiterbehandlung in den Organzentren. Die Fallsteuerung erfolgt durch den Arzt und alle notwendigen diagnostischen Bereiche sind in dieses Verfahren integriert – Weisungsrechte in alle Bereiche macht der Weg schneller. Vorhandene Daten aus Vorbehandlungen (stationär, ambulant) stehen genauso zur Verfügung wie Daten aus der akuten Anlieferung im NAW. Der Patient einmal im System aufgenommen ist permanent in Begleitung und Betreuung bis er entweder an die Fachabteilung abgegeben wird oder wieder entlassen wird. Polytraumen, Infarkte und Geburten haben in diesem System nochmals eine andere und eigene Wertigkeit und werden verkürzt und direkt an die Fachabteilungen übergeben.

Die Etablierung einer eigenständigen Notfallklinik hat klare Qualitätsziele, die im Folgenden Bereichen liegen:

- Qualität der Berufsgruppen (Qualifikationsmix bedarfsadaptiert, z.B. Facharztstandard, Fachpfleger);
- Zeit, Inhalt und Ablauf der Behandlung;
- Team- und Arbeitsstrukturen, Teamstruktur Notfallversorgung;
- Arbeitszeitstrukturen;
- Professionalisierung des Screeningverfahrens (Notfälle, Alter, Infektionen u.a.);

- SOPs abgestimmt mit den nach- und weiterbehandelnden Organzentren.
- klare und abgesprochene Fallsteuerung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich mit beschleunigter Übergabe aus den Sektoren und unter Nutzung der bereits erhobenen Daten.

In einem **eigenständigen Rettungszentrum** werden alle Notfälle Hand in Hand mit den ambulant tätigen niedergelassenen Ärzten, mit den Rettungsärzten aus den NAW und aus dem Rettungshubschraubern in einem Zentrum in örtlicher und räumlicher Nähe versorgt. Alle Datensysteme sind ebenfalls miteinander vernetzt und innerhalb dieses Notfallcampus ist der Patient in einer dauerhaften und organisatorisch abgestimmten Begleitung und Betreuung. In diesem Zentrum soll es ausschließlich um die Erstversorgung, um die Vitalfunktionen gehen und es soll jede Art von notwendiger Weiter- und Nachbehandlung vorbereitet werden auf der Grundlage zwischen allen Beteiligten abgestimmter SOP mit der notwendigen und richtigen Diagnostik. Der Erfolg der Behandlung ist zu evaluieren (Zeitliche Abläufe, Synchronisation, Arbeitsweise der Mitarbeiter nach SOPs). Ein weiteres Tätigkeitsfeld der Notfallklinik wird die sich aus der Behandlung heraus ergebende „**Kurzliegerstation**“ sein. Solange der Notfallpatient als solcher nicht abgeklärt ist und solange nicht klar ist ob er wirklich stationär aufgenommen werden muss, bleibt der Patient in der Notfallklinik, jedoch maximal bis zu 2 Tagen. Damit werden die Kernkliniken von häufigen, manchmal unnötigen Aufnahmen befreit und entlastet. Im Klinikum Ingolstadt sind dies jährlich rund 3000 Patienten. Dazu wird die Notfallklinik neben der Holdingarea eine über eine eigene Bettenstation mit 17 Betten verfügen, die in den Betriebsablauf und in die Routinen zu integrieren ist.

#### 4. Schlussfolgerungen

Das Klinikum Ingolstadt versucht mit der Einrichtung und Etablierung einer eigenständigen, cheftätig geleiteten Prä- und Notfallklinik ein anerkanntes Rettungszentrum zu schaffen. Ziel dieser Klinik ist ausschließlich die Erstbehandlung und die Sicherung der Vitalfunktionen. Damit verlässt das Klinikum Ingolstadt den Weg den man in Deutschland über Jahrzehnte hinweg ging und selbst in der Notaufnahme mit der Spezialisierung der Medizin begann ohne zu wissen ob diese in dieser Art richtig und notwendig ist. Andere Länder gehen diesen Weg seit längerer Zeit und haben zwischenzeitlich im ärztlichen Bereich die Notfallmedizin zu einem ebenfalls eigenständigen „Facharztbereich“ gemacht. Diese Entwicklung wird sich wohl auch in naher Zukunft abbilden. Solange dies aber nicht der Fall ist, wird man in unserem Hause entsprechend der Falldichte und –schwere immer die Disziplinen vorhalten müssen die vermutlich am häufigsten oder am ehesten gebraucht werden. Die Vernetzung der Sektoren ambulant und stationär, die Vernetzung der Notfälle im Hause über die Fachabteilungen hinweg, das einheitliche und abgestimmte Triage-System wird in kürzester Zeit erfolgreich sein und auch ökonomisch wirken. Standards geben Sicherheit, helfen Prozesse zu beschleunigen und lassen sich gut planen. Standards in der Notfallversorgung und standardisierte Notversorgung geben den Akteuren vor Ort die Zeit die wirklich schwierigen und komplexen Fälle dann auch außerhalb der Standards mit der emotionalen Intelligenz anzugehen wie es im Bedarfsfalle auch erforderlich ist.

#### Bibliographie:

1. **Bey, T.A.; Hahn, S. A., Moecke, H. (2008):** The current state of hospital-based emergency medicine in Germany, in: Int J Emerg Med Nr.1, S. 273-277.
2. **Hogan, Barbara (2010):** Veränderung in der Versorgung von Notfallpatienten in den Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser – ein Paradigmenwechsel?, in: das Krankenhaus, Nr. 4, S. 304- 312.
3. **Hogan, Barbara; Fleischmann, Thomas (2008):** Interdisziplinäre Notaufnahme – Konzeption und personelle Besetzung, in: Krankenhaus Umschau, Nr. 2, S. 30- 32.