

1 Die medizinische Perspektive

Im Mittelpunkt steht der Mensch – Aufgaben der Prozesssteuerung in einer Zentralen Notaufnahme

Christoph Dodt

Die Notaufnahme und die Intensivstationen gehören zu den komplexesten Einheiten eines Krankenhauses, weil sie den verschiedensten Einflüssen unterliegen und täglich mit neuen, überraschenden, oft lebensbedrohlichen Situationen konfrontiert werden. Im Mittelpunkt allen Bemühens des in diesen Einheiten tätigen Personals steht der kranke Mensch. Er kommt mit beträchtlicher Unsicherheit, Angst und Schmerzen in das Krankenhaus und sucht Hilfe. Er erwartet kompetente und rasche Klärung seiner Beschwerden und Hilfe durch Personal, das ihm ebenso fremd ist, wie der Nachbarpatient und die gesamte einschüchternde, technisierte Umgebung. Die Offenheit, Freundlichkeit und Kompetenz, die einem kranken Menschen in einer Notaufnahmesituation entgegengebracht wird, hinterlassen einen tiefen Eindruck und begründen im weiteren Verlauf ein Vertrauensverhältnis, das für die Patien-

ten einen beträchtlichen Wert darstellt und sie mit dem Krankenhaus und seinen Mitarbeitern verbindet. Die Notaufnahme eines Krankenhauses wird oft als »Visitenkarte« des Hauses bezeichnet, was eine deutliche Unterschätzung des Eindrucks ist, den eine Notaufnahme vermittelt. Fragen Sie einen Menschen, von wem er zuletzt eine Visitenkarte erhalten hat und vergleichen Sie die Antwort mit den oft sehr eindrücklichen Berichten, von einem persönlichen Erlebnis in einer Notaufnahme. Und wer war noch nie als Patient in der Notaufnahme?

Ziel des Managements in der Notaufnahme muss sein, dass die menschlichen Bedürfnisse nach Gesundheit, Sicherheit und Zugewandtheit in optimaler Weise berücksichtigt werden. Voraussetzung dafür ist gut ausgebildetes, motiviertes Personal, eine geeignete Ausstattung, definierte Versorgungsprozesse und eine ökonomisch rationale Bilanzsituation.

1.1 Bauliche Zentralisierung befördert die Eigenständigkeit der klinischen Notfallmedizin

Die Krankenhäuser haben die Wichtigkeit spürbar gut funktionierender Notaufnahmen inzwischen erkannt. Die getrennten Notaufnahmen der unterschiedlichen Fachdisziplinen werden zusammengelegt. Patienten irren nicht mehr auf der Suche nach der geeigneten Fachdisziplin für ein ungeklärtes Symptom, von einem Pförtner zugewiesen

über das Klinikgelände, um an einer verschlossenen Pforte zu stehen, wo sie nach dem Klingeln unfreundlich eingelassen werden. Baulich versuchen alle Krankenhäuser, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, die räumlichen Strukturen einer Anlaufstelle für alle Notfallpatienten umzusetzen. Sie folgen damit dem Vorbild insbesondere der

angelsächsischen Länder, die schon lange spezielle »Accident and Emergency Departments« eingerichtet haben. Die Vorteile einer solchen Struktur liegen auf der Hand und werden in dem vorliegenden Buch eingehend besprochen. Damit entstehen auch in Deutschland Notaufnahmeeinheiten, deren Eigengewicht in der Patientenversorgung deutlich zugenommen hat.

Mit dem baulichen Konzept einer zentralisierten Notaufnahme erfolgt inhaltlich auch die Abkehr von dem Primat der fachspezifischen Versorgung vom ersten Moment des Betretens eines Krankenhauses durch den Patienten. Vor dieser Entwicklung wurde die Notaufnahme quasi nur als Verschiebebahnhof in die wahrscheinlich korrekte Fachabteilung angesehen, eigenständige medizinische Aktivität war nicht gewünscht und oft fehlte bei den eingesetzten Ärzten auch die dafür erforderliche Erfahrung. Da eine fundierte medizinische Evaluation unter diesen Bedingungen nicht stattfinden kann, ist die Rate von unnötigen Aufnahmen zu hoch und die korrekte Verlegung in eine Fachabteilung oft nicht zu erreichen, sodass die Verlegungskriterien nicht allein den medizinischen Erfordernissen folgen. Zudem werden bei Krankheiten ohne eindeutig wegweisende Symptome notwendige Therapien wie z. B. eine Antibiotikatherapie bei schweren Infektionen nicht zeitnah durchgeführt.

In modernen Notaufnahmen mit einer kompetenten notfallmedizinischen Versorgung werden nach der primären Erfassung und Sicherung der Vitalfunktionen als nächstes das Symptom in eine gut begründete Verdachtsdiagnose überführt und lebensbedrohliche Differenzialdiagnosen ausgeschlossen. Dann erfolgt aufgrund evidenzbasierter Kriterien eine Risikoabschätzung, die festlegt, ob eine stationäre Versorgung erfolgen muss oder eine ambulante Therapie in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen erfolgen kann. Patienten mit der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme werden so rasch als möglich der optimalen Fachabteilung zugeführt, wobei zeitkritische Diagnostik vor Ort veranlasst und durchgeführt wird. All dies ist eine hochqualifizierte und hochverantwortliche ärztliche Tätigkeit. Die Notaufnahme ist eng sowohl mit dem kasernenärztlichen als auch mit dem stationären Versorgungsbereich verknüpft und diese Brückenposition wird in Zukunft mehr und mehr an Wichtigkeit gewinnen. Es ist klar, dass keine Abteilung im Krankenhaus mehr Schnittstellen hat als die Notaufnahme. Das macht die Arbeit in dieser Einheit gleichzeitig hochinteressant, manchmal auch mühsam, auf jeden Fall aber wertvoll für das Schicksal der behandelten Patienten.

1.2 Personalentwicklung

So vielfältig die Aufgaben einer Notaufnahme in der Krankenversorgung sind, so vielfältig sind auch die Erfordernisse an das Management einer solchen Einheit. Da es sich bei Zentralen Notaufnahmen um relativ neue Einrichtungen handelt, ist ein wesentlicher Aspekt im Management dieser Einheiten die Entwicklung von klaren Zielen und

den Wegen zu diesen Zielen. Alle Mitarbeiter einer Notaufnahme müssen sich klar sein, dass eine hochqualifizierte, rasche Diagnostik und Therapie in der Notaufnahme erforderlich ist, um eine optimale Krankenhaus-therapie einzuleiten. Dabei darf der Blick für das Wesentliche und für die Gesamtzahl der zum Teil noch ungesesehenen Patienten

einer Notaufnahme nie außer acht gelassen werden.

Da die Ansprüche an die medizinische Versorgung in der Notaufnahme nun deutlich zunehmen, ist eine ständige Fortbildung und Personalentwicklung unabdingbar. Das ist unter der Bedingung des stets vorliegenden Schichtdienstes keine einfache Aufgabe. Deswegen sind Qualitätsstandards schrittweise zu entwickeln und allgemein öffentlich zugänglich zu machen. Wichtig sind in diesem Lernprozess auch die offene Fehlerkultur und das Bewusstsein, dass das Notaufnahmeteam eine stets lernende Gemeinschaft ist. Die Neugierde und die Bereitschaft, immer Neues zu sehen, ist ein Wesensmerkmal aller medizinischer Professionen, die in der Notaufnahme tätig sind, und diese Eigenschaft ist eine Hauptmotivation, in diesem Bereich zu arbeiten.

Es gibt inzwischen eine Reihe gut strukturierter Fortbildungsprogramme für Pflegepersonal der Notaufnahme und auch im ärztlichen Bereich hat die Europäische Gesellschaft für Notfallmedizin (EUSEM) unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) ein Curriculum für die Ausbildung zum Facharzt für Notfallmedizin vorgegeben, das in die Einarbeitungskonzepte einfließen sollte. Dieses Curriculum ist auch die Grundlage des Vorschlags der DGINA und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), bei der Bundesärztekammer eine Zusatzweiterbildung »Klinische Notfall- und Akutmedizin« einzuführen. Mit dieser Weiterbildung eröffnet sich erstmals die Perspektive auf eine spezifische Weiterbildung in diesem Berufsfeld.

1.3 Schnittstellen, Qualitätskontrolle, Belegungsmanagement

Die Notaufnahme weist letztlich zu allen Bereichen des Krankenhauses und zu vielen Bereichen außerhalb des Krankenhauses Schnittstellen auf, die gepflegt und funktions-tüchtig gehalten werden müssen. Die Kommunikation muss offen, zügig und von gegenseitigem Respekt getragen sein. Nur so werden die Abläufe zwischen der Notaufnahme und den anderen Gliedern der Versorgungskette reibungslos verlaufen. Schnittstellen-pflege ist ein äußerst wichtiger Aspekt des Managements einer Notaufnahme und ein wichtiges Argument für einen festen Personalstamm unter einer kontinuierlichen Leitung. Wechselnde Ansprechpartner und fehlende Qualitätsstandards sind Sand im Getriebe einer funktionierenden Notaufnahme. Wortloses Einverständnis zwischen den einzelnen Gliedern der Versorgungskette ist sicherlich

das Optimum eines guten Arbeitsverhältnisses, aber selbst bei stark positiv emotional geprägten Bindungen im menschlichen Zusammenleben, wie sie im Krankenhaus eher selten vorkommen, bleiben Missverständnisse und Auseinandersetzungen nicht aus. Eine schriftliche Festlegung einer Aufgabenteilung ist oft erforderlich. Management einer Notaufnahme bedeutet das Erkennen von Schnittstellenproblemen und das Einleiten eines profunden Verständigungsprozesses.

Viele Schnittstellen erfordern auch eine hohe Transparenz der in der Notaufnahme initialisierten Prozesse. Eine exakte Dokumentation ist deswegen unerlässlich und muss festgelegten Regeln folgen, um Informationsverluste zu vermeiden. Eine exakte Dokumentation erlaubt auch die Kontrolle der Qualität der geleisteten Arbeit. Notauf-

nahmen als eigenständige Einheiten zeigen eine deutlich verbesserte und standardisierte Dokumentation als solche, die eine reine Zuweiserfunktion haben.

Eine wichtige Funktion einer Notaufnahme ist die Belegungssteuerung. Die meisten Krankenhäuser generieren über 50 % der stationär aufgenommenen Patienten über die Notaufnahme. Das bedeutet insbesondere in

Zeiten eines hohen Patientenandrangs, dass die Notaufnahmen zentrale Schaltstellen der Belegungssteuerung sind. Die Organisation dieser Belegung muss also die Notaufnahmen zentral einbeziehen. Viele Häuser etablieren in den Notaufnahmen eigene Case- oder Aufnahmemanager beziehungsweise sogenannte Notfallkoordinatoren.

1.4 Ökonomische Aspekte

Die Einrichtung von interdisziplinären Notaufnahmen ist ein entscheidender Katalysator für das G-DRG-System, da die pauschalisierte Vergütung eine schnelle und richtige Kategorisierung der Patienten durch dafür kompetente Ärzte erfordert. Eine Erfassung der korrekten Diagnosen und Nebendiagnosen bereits in der Notaufnahme ist ein wesentliches Qualitätskriterium der Arbeit in der Notaufnahme. Sie ist medizinisch und auch ökonomisch höchst sinnvoll.

Problematisch ist allerdings, dass die Notaufnahmen im DRG-System nicht separat abgebildet werden. Die stationär in das Haus aufgenommenen Patienten werden in die korrekte Fachabteilung verlegt, der dann auch die DRG zugeordnet wird. Damit ist die Notaufnahme für diese DRG nur ein Kostenfaktor (»Cost Center«), die aufnehmende Fachabteilung demnach das »Profit Center« (zur Diskussion der Begriffe Cost- und Profit Center ► Kap. II.8). Diese Praxis ist aber irrational, wie z. B. die stationäre Aufnahme wegen einer Pneumonie zeigt. Bei einer Pneumonie bei einem älteren Menschen ist der gesamte diagnostische Aufwand in der Notaufnahme zu erbringen und auch die Therapie wird festgelegt und eingeleitet. Eine stationäre Aufnahme, die aufgrund evidenzbasierter Kriterien vorgenommen wird, ist für die intravenöse Antibiotikagabe, die

Überwachung und Erholung der nicht selten schwer erkrankten Patienten erforderlich. Oft sind keine weiteren spezifischen Maßnahmen mehr notwendig. Dennoch wird der weiterbehandelnden und entlassenden Fachabteilung die gesamte DRG zugerechnet. Sinnvoll wäre eher, die DRG der Notaufnahme zuzuteilen und im weiteren Behandlungsverlauf die an der Diagnostik und Therapie beteiligten Fachabteilungen für die erbrachte Leistung zu »bezahlen«.

Mir ist in Deutschland kein Krankenhaus bekannt, das eine rationale Leistungsverrechnung bezüglich der Leistungen, die innerhalb der Notaufnahme und dann darauf folgend in der Fachabteilung erbracht wurden, unternommen hat. Es ist auch fraglich, ob eine detaillierte Leistungsverrechnung bezogen auf das Gesamtergebnis eines Krankenhauses Sinn macht, weil der Aufwand groß ist, der ökonomische Nutzen aber gering. Eine solche Berechnung ist aber eine wichtige Aufgabe von wissenschaftlich tätigen Krankenhausökonomern, um in Zukunft eine pauschalisierte innerbetriebliche Leistungsverrechnung zu erreichen, die auch eine Leistungssteuerung erlaubt und die Kosten- und Erlössituation einer Notaufnahme korrekter abbildet.

Ein weiteres wichtiges Thema für die Binnenökonomie einer Notaufnahme ist die

Erlössituation durch ambulante Patienten. Hier erfolgt die Abrechnung mit den kassenärztlichen Vereinigungen, die zunehmend pauschalisiert erfolgt. Dieser Bereich ist in den meisten Notaufnahmen unterfinanziert, weil viele Patienten, die das Krankenhaus aufsuchen, die Diagnostiktiefe eines Krankenhauses erwarten, selbst wenn sich dann eine banale Störung herausstellen sollte. Diese besseren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Krankenhauses werden nicht nur durch die Patienten, sondern auch durch die niedergelassenen Kassenärzten durchaus bewusst genutzt, und es ist eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik, in diesem Bereich einen rationalen Kostenausgleich zu schaffen, der eine Weiterentwicklung der abgestuften Versorgungs-

systeme in der Notfallversorgung als wichtige komplementäre Systeme inhaltlich und ökonomisch zulässt.

Aus dem oben Gesagten lässt sich zusammenfassen, dass die Notaufnahmen oft als Kostenfaktor wahrgenommen werden, obwohl sie prinzipiell dazu eingerichtet werden, Prozesse zu optimieren und dies auch zweifelsohne erreichen. Weder im Rahmen der DRG-Kalkulation noch im Bereich der Vergütung der ambulanten Notfallversorgung ist die besondere Stellung einer hochqualifizierten Notfallmedizin bisher ökonomisch adäquat berücksichtigt. Zusätzlich ist die interne Leistungsverrechnung nicht in der Lage, den Kosten der Notaufnahme entsprechende Leistungen gegenüberzustellen.

1.5 Fazit

Notaufnahmen sind äußerst komplexe Funktionseinheiten im Krankenhaus. Ihr Management stellt eine spannende und fordernde Aufgabe dar. Eine zielgerichtete Prozesssteuerung ist nur möglich, wenn eine gezielte Personalentwicklung erfolgt, die Anerkennung der Notfallpflege und der Notfallmedizin als Kernkompetenzen mit eigenem fachlichen Gewicht ist in Deutschland überfällig. Die Prozesse einer Notaufnahme müssen transparent sein und im medizinischen Bereich evidenzbasiert. Ohne akribische Doku-

mentation und Qualitätskontrolle sowie Pflege von Schnittstellen und eine Belegungssteuerung ist eine funktionierende Notaufnahme nicht vorstellbar. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, sorgen die Notaufnahmen für ein verbessertes medizinisches Ergebnis für die Patienten, ein günstigeres ökonomisches Ergebnis für das Krankenhaus und eine gute Außenwirkung sowie hohe Zufriedenheit bei Patienten und Einweisern.

2 Die zentrale Notfallaufnahme

Management an der Schnittstelle Medizin und Ökonomie

Wilfried von Eiff

2.1 Zweck der ZNA

Wenn zwischen 30 % und 50 % aller vollstationären Patienten zunächst als Notfall aufgenommen worden sind, erhält die Frage nach der strategischen, medizinischen und ökonomischen Funktion einer Notfallorganisation eine besondere Bedeutung.

Die interdisziplinäre Notfallaufnahme ist Gatekeeper und Organisationsdrehscheibe zwischen dem ambulanten Bereich und der vollstationären Versorgung. Sie ist darüber hinaus der erste Anlaufpunkt für Patienten mit unterschiedlichsten Beschwerdesymptomen und Krankheitsbildern: ungefährliche Schnittverletzungen gehören ebenso dazu wie polytraumatisierte Patienten, Men-

schen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen (Schlaganfall, akuter Myokardinfarkt, Embolien usw.) und Abususpatienten (Alkohol, Medikamente, Drogen usw.). Die Zentrale Notaufnahme (ZNA)

- sorgt in kürzester Zeit für eine qualifizierte, mit den betroffenen Fachdisziplinen abgestimmte Diagnose,
- leitet die Ersttherapie ein und
- entscheidet über den weiteren Behandlungsweg des Patienten (Entlassung/Rücküberweisung zum Hausarzt, Beobachtung in der Aufnahmeabteilung, Überweisung in die zuständige Fachabteilung).

2.2 Marketingfunktion der ZNA

Wer sich in einer Notfallaufnahme medizinisch qualifiziert behandelt und menschlich gut versorgt fühlt, empfiehlt das Krankenhaus begeistert weiter und sucht auch als elektiver Patient dieses Krankenhauses in Zukunft aus.

Die ZNA ist einerseits gefordert, Hochleistungsmedizin in kürzester Zeit erfolgreich anzuwenden; andererseits ist die ZNA ein unter Marketing-Gesichtspunkten wichtiges Aushängeschild: Die hier ankommenden Patienten befinden sich in einer psychologisch belastenden, häufig auch existenziellen

Grenzsituation; sie haben Angst, die Ungewissheit bedrückt sie und sie fühlen Schmerzen. Patienten und Angehörige, die in einem ansprechend gestalteten Raum-Milieu warten, deren Wartezeit als kurz beziehungsweise angemessen empfunden wird, die sich informiert fühlen über »den nächsten Schritt der Behandlung« und die ein wirksames Schmerzmanagement erfahren, werden über diese Erfahrung positiv in ihrem sozialen Umfeld berichten. Patienten in Notfallsituationen kommunizieren nach Entlassung tendenziell intensiver und mit einer größeren

Zahl von Menschen als Patienten mit eher unspektakulären Elektiv-Eingriffen. Eine angenehme Atmosphäre in der ZNA prägt das Erscheinungsbild eines Krankenhauses massiv. Die Notfallversorgungsqualität eines Krankenhauses trägt damit erheblich zur Markenbildung bei und zwar im Wesentlichen durch fünf Dimensionen:

- Hohe interdisziplinär vernetzte medizinische Kompetenz im breiten Spektrum der Notfallmedizin (chirurgisch, internistisch, neurologisch), strukturell demonstriert durch organisatorische Elemente wie ZNA, Stroke Units, Akutversorgungs-Teams, Hubschrauberlandeplatz, dezentral-vernetzte IT-Struktur inklusive POCT-Vernetzung, das Vorhalten medizinisch-komplementärer Leistungsbereiche wie Nephrologie, Diabetologie, Plastische Chirurgie/Wiederherstellungs-Chirurgie, Handchirurgie etc. sowie die Einbindung in Akutversorgungsnetzwerke (Netzwerk Akuter Myokardinfarkt, Netzwerk Schlaganfall etc.) (► **Abb. I-1**).
- Milieugestaltung nach dem Konzept der »Heilungsfördernden Umgebung«, um eine angstfreie beziehungsweise Angst reduzierende, von Schmerzen und Krankheit ablenkende Atmosphäre für Patienten und Angehörige zu bieten.
- Baulich-funktionale Ausstattung der ZNA, die durch kurze Wege, räumliche/optische Trennung von gefährlichen und liegend antransportierten Patienten sowie direkte räumliche Anbindung an Hubschrauberlandeplatz, Radiologie, Funktionsbereiche, Unfall-OP, Intensiveinheit, Herzkatheterlabor gekennzeichnet ist. Neben einer dezentral-vernetzten IT-/POCT-Struktur (insbesondere für Akutes Koronarsyndrom → Troponin I/T, CK-MB; D-Dimere → TVT; Glukose Monitoring; Schwangerschaft → β hCG; sonstige Entzündungen → CRP) sollte die Möglichkeit der Telemedizin mit Rettungsdiensten, niedergelassenen Ver-

tragsärzten und MVZ sowie kooperierenden Krankenhäusern (auch Portalkliniken) geschaffen werden (► **Abb. I-2**).

- Patientenindividueller Kommunikationsstil (von Eiff 2009, S. 129).
- Dienstleistungen zur Reduzierung/Verhinderung von Problemen bezogen auf das soziale Umfeld (z.B. Notfall-Case Manager zur Betreuung von Angehörigen etc.)

Die enge fachliche Verbindung mit präklinischen Notärzten, Einrichtung von speziellen Kompetenzteams in Zusammenarbeit mit den Fachbereichen, SOPs für bestimmte Krankheitsbilder bzw. Symptome sind die Erfolgshebel eines Kompetenz-Zentrums Notfallmedizin (► **Abb. I-1**).

Die ZNA, richtig organisiert und geführt, trägt zur Kostensenkung beziehungsweise zur wirtschaftlichen Auslastung von teuren Geräten und Personen mit Spezialwissen bei: Die baulich-funktionale Struktur bestimmt den Kapazitätsbedarf, die Prozesseffizienz, die Patientenrisiken und die (Vorhalte-)Kosten (► **Abb. I-2**).

- Die *Aufnahme-/Kurzliegerstation* sorgt dafür, dass folgende Probleme im Behandlungsprozess vermieden werden:
 - Fehlzweisungen zu Fachdisziplinen aufgrund ungenauer Diagnosestellung als Konsequenz von Zeitdruck (z. B. ca. 25 % der Angina Pectoris-Patienten mit Verdacht auf akutes Koronarsyndrom haben extrakardiale Diagnose)
 - Unnötige innerklinische Sekundärtransporte
 - Zeitliche Verzögerungen bei Diagnostik und Therapie durch Nichtverfügbarkeit von Technik (MRT, CT usw.) beziehungsweise Konsilärzten
 - Fehlender Kapazitätspuffer zur Kurzzeitüberwachung, dadurch Blockaden von U-B-Plätzen oder zu frühe Verlegung auf Station

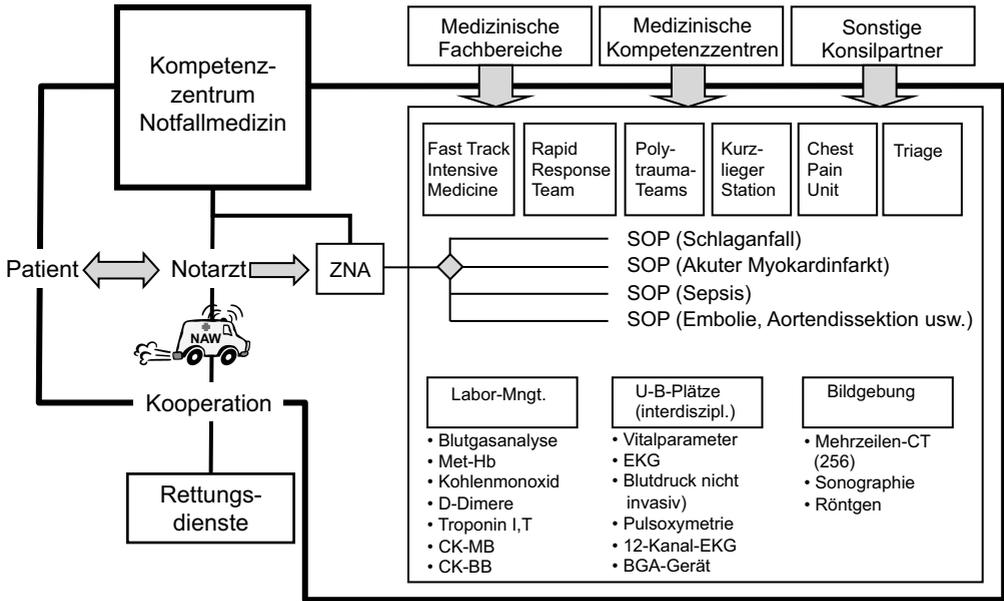


Abb. I-1: Struktur eines Kompetenzzentrums »Notfallmedizin«

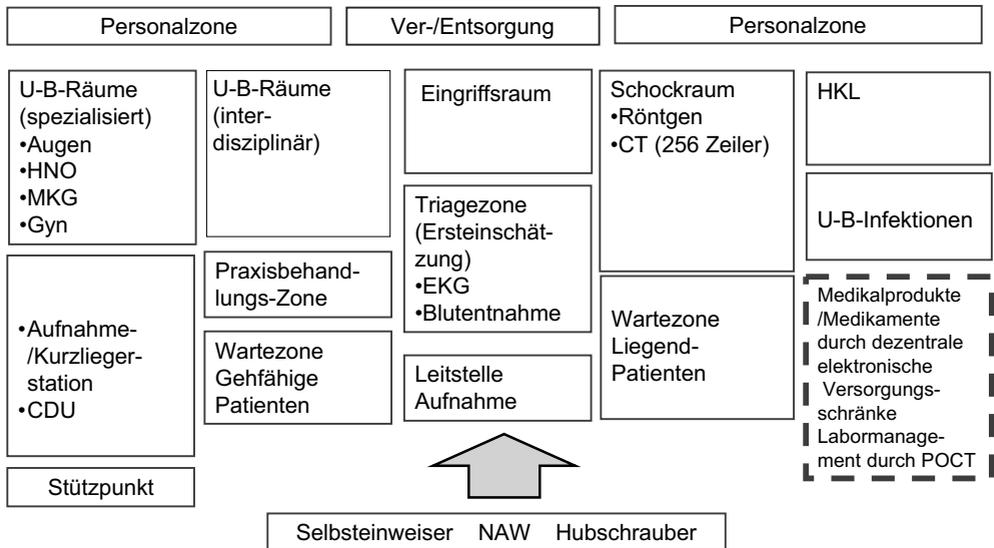


Abb. I-2: Generische Zuordnung von Funktionsbereichen als Gestaltungselemente einer interdisziplinären ZNA

- Stationäre Aufnahmen in den Nachtstunden mit erheblichen Störungen der Mitpatienten
- Inanspruchnahme von stationären Intensivbetten statt frühe minimalinvasive Beatmung.
- Eine *Praxisbehandlungszone* versorgt diejenigen Patienten, die (häufig als Selbsteinweiser) die ZNA aufsuchen, um schnelle Hilfe ohne Wartezeiten zu erhalten, aber keinen Notfallstatus haben. Auf mindestens 30 % der Fälle trifft dieser Status zu. Um die Untersuchungs- und Behandlungsplätze nicht mit Bagatellfällen zu blockieren, werden diese Patienten medizinisch versorgt und sofort entlassen. Hier bietet sich eine enge Zusammenarbeit mit Vertragsärzten an (auch als strategische Maßnahme in Rahmen des Einweiser-Managements z. B. durch die Einrichtung einer KV-Notfallpraxis, ► Kap. III.3).
- In der *Triagezone* findet die Ersteinschätzung statt. Diese kann teilweise durch besonders ausgebildete und berufserfahrene Pflegekräfte erfolgen. In den Emergency Rooms exzellent organisierter amerikanischer Krankenhäuser sind zum Teil »Triage Nurses« anzutreffen, die auf bestimmte Krankheitsbilder beziehungsweise bestimmte Symptome spezialisiert sind. So z. B. die sogenannte Stroke Nurse. Diese spezialisierte Pflegekraft steuert den gesamten Notfallprozess von Schlaganfallpatienten. Für jeden Notfallpatienten steht eine Stroke Box zur Verfügung, die alle erforderlichen Medikalprodukte, Medikamente und TPA-Applikationen enthält.

Die Schlaganfallpatienten werden auf Basis von Pathways und Diagnose-Checklisten diagnostiziert und innerhalb von 15–25 Minuten steht fest, wie der Patient weiterzubehandeln ist (► Abb. I-3).

2.3 Organisationsdrehscheibe ZNA: zwischen präklinischer Notfallversorgung und stationärer Behandlung

Die interdisziplinäre Notfallaufnahme sorgt für schnelle, medizinisch qualifizierte Erstversorgung, senkt Patientenrisiken und trägt zur Effizienzsteigerung und Kostensenkung im Krankenhaus bei.

Die ZNA ist eine wichtige Koordinationsdrehscheibe zwischen Notfall erstversorgenden Rettungsdiensten und vollstationärer Weiterbehandlung. Insofern gilt es, die Leistungserbringer in der Notfallversorgungskette zeitlich und inhaltlich so aufeinander abzustimmen, dass der Patient ohne Zeitverzug auf hohem medizinischem Niveau in jeder Phase versorgt wird. Wichtiger Erfolgsfaktor für eine ZNA ist damit die fachlich intensive

und zeitnahe Kommunikation mit den Notfallärzten in der präklinischen Notfallversorgung. Je qualifizierter die Notarztwagen-Besatzung mit Schlaganfall-, Herzinfarkt- oder Traumatpatienten umgehen kann, desto frühzeitiger und präziser können die relevanten Informationen bereits vor Eintreffen des Patienten an die ZNA übermittelt werden.

Erfahrungen aus dem AMI-Netzwerk Bad Nauheim zeigen, dass der Zeitraum zwischen ärztlichen Erstkontakt nach Infarktereignis und Gefäßöffnung im Katheterlabor (Contact-to-Balloon-Time) unter drei Stunden und die Door-to-Balloon-Time unter 90 Minuten liegt, wenn:

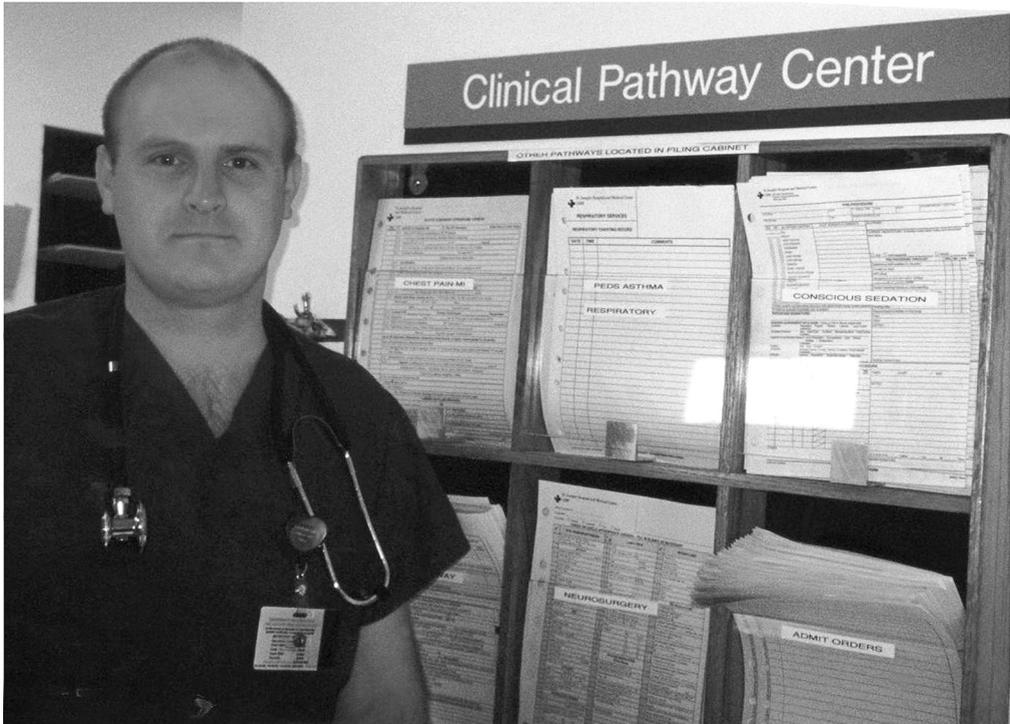


Abb. I-3: Nach der Triage-Diagnose auf Basis von Clinical Pathways und Diagnose-Checklisten werden je nach Fallform Stroke Team 1 für Patienten mit SA-Ereignis < 3 Stunden und Stroke Team 2 mit SA-Ereignis > 3 Stunden mobilisiert (Foto: von Eiff).

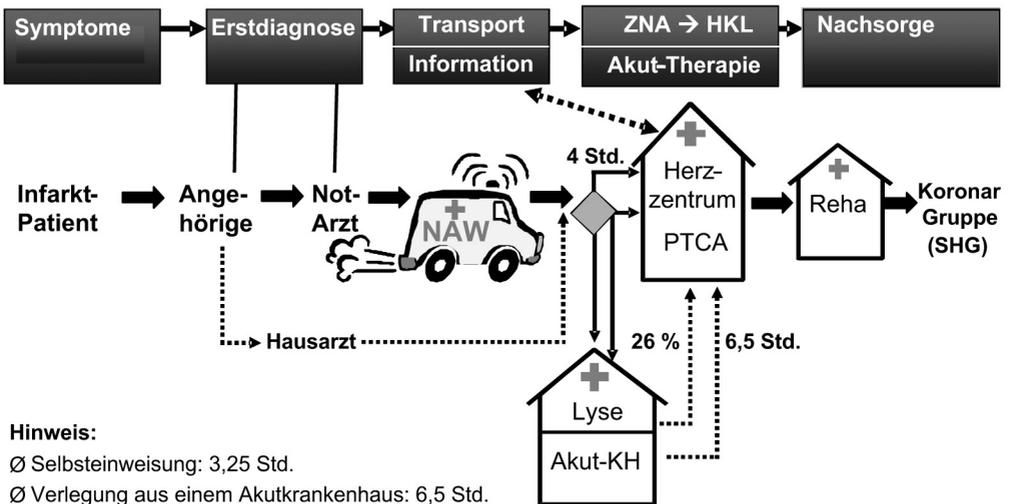


Abb. I-4: Netzwerk Herzinfarkt: Die Qualifikation der Notärzte in Verbindung mit klaren Informations- und Kompetenzstrukturen ist der Erfolgsfaktor bei der Versorgung des akuten Koronarsyndroms.