

1 Die Zentrale Notaufnahme im Unternehmen Krankenhaus

Christoph Dodt

Medizinisch und wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser haben eine klare strategische Ausrichtung. Sie nehmen in einem schwieriger werdenden wirtschaftlichen Umfeld die Herausforderungen der sich ständig weiterentwickelnden modernen Medizin an und stellen sich der Aufgabe, zu jeder Zeit die optimale Lösung für die gesundheitlichen Probleme der ihnen anvertrauten Patienten zu finden und umzusetzen. Dazu bieten sie ein breites Spektrum hoch spezialisierter Leistungen an und sorgen für eine optimal aufeinander abgestimmte Fächerkombination. Es entstehen komplexe Krankenhausorganismen, in denen sich ärztliche Spezialisten sehr fokussiert um Teilaufgaben in der Patientenversorgung kümmern und in denen perfekt organisierte und situativ angepasste Prozesse den Schlüssel zum medizinischen und wirtschaftlichen Erfolg darstellen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Prozessplanung in der Patientenversorgung ist allerdings, dass von Beginn an Diagnose und Krankheitsschwere korrekt erfasst werden. Nachdem dieser erste Schritt erfolgreich abgeschlossen ist, bedarf es einer stringenten Planung des weiteren Prozesses unter ganzheitlicher Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.



Einschätzung der Krankheitsschwere, Lebensrettung, Diagnosestellung und Koordination des weiteren Behandlungsganges sind die Kernaufgaben von Notaufnahmen.

Gute Notaufnahmen, die diese Aufgaben erfüllen, sind wichtige strategische Erfolgsfaktoren für alle Krankenhäuser, die sich an der Notfallversorgung beteiligen. Für diese Notfallkrankenhäuser ist ein wirtschaftliches Überleben ohne Notfallpatienten nicht denkbar, sie machen häufig mehr als 50% der stationären Patientenzahlen aus. Die demografische Entwicklung, die Professionalisierung der Notfallmedizin und der Rückzug vieler Vertragsärzte aus der Notfallversorgung haben in den letzten Jahren zu einer regelmäßigen Steigerung der Patientenzahlen in der Notfallversorgung um bis zu 5% per annum geführt. 30% dieser Patienten benötigen die Ressource Krankenhaus nicht, hier ist die primäre Aufgabe der Notaufnahme die eines „gate keepers“, der dafür sorgt, dass nur die Patienten stationär aufgenommen werden, die auch einer stationären Behandlung bedürfen.



Erfolgreiche Notfallzentren sind dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht nur die stationäre Patientenversorgung im Auge behalten, sondern auch die Möglichkeiten der vertragsärztlichen Notfallversorgung integrieren.

Die Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Medizin werden in Zukunft mit dem Ziel einer ganzheitlichen Notfallversorgung zunehmend aufgelöst werden, und die Notaufnahmen entwickeln sich zu Notfallzentren, die nicht nur die stationären, sondern auch die ambulanten Versorgungsprozesse von Notfallpatienten gestalten, gerade auch im ländlichen Bereich.

Häuser mit einer puren Ausrichtung auf die elektive Patientenversorgung sind derzeit wirtschaftlich am erfolgreichsten. Das liegt sicherlich zum einen an Fehlanreizen im fallpauschalierten DRG-System. Zum anderen sind aber gerade im Bereich der Notfallversorgung noch Prozessverbesserungen möglich, die noch nicht überall umgesetzt werden. Ziel einer erfolgreich arbeitenden Notaufnahme sollte es sein, dass im Anschluss an die Behandlung in der Notfalleinheit der weitere Versorgungsprozess annähernd so geplant stattfinden kann, wie bei einem elektiv zugewiesenen Patienten – das ist eine der besonderen Herausforderungen der klinischen notfallmedizinischen Tätigkeit. Notfallpatienten kommen – im Gegensatz zu elektiv eingewiesenen Patienten – unerwartet und damit unvorbereitet sowie oft zu Zeiten ohne regelhafte Verfügbarkeit aller medizinischen Möglichkeiten in das Krankenhaus. Sie leiden zudem an Symptomen, die erst einer diagnostischen Abklärung bedürfen. Die Qualität dieser diagnostischen Abklärung durch die Notfallmediziner garantiert dem Krankenhaus die weitere erfolgreiche Prozessgestaltung, die in vielen Fällen darauf beruht, dass verschiedene Fachdisziplinen koordiniert an dem Versorgungsprozess teilnehmen. Diese Koordination braucht eine primär fächerübergreifend denkende und arbeitende Notfalleinheit. Krankenhäuser, die es schaffen, eine spürbar exzellente Notfallversorgung für die Patienten und die Zuweiser anzubieten, haben in diesem Segment der Medizin sicherlich einen spürbaren Wettbewerbsvorteil.



Die Qualität der notfallmedizinischen Versorgung in den Notaufnahmen ist ein klarer Indikator für die Qualität des gesamten Krankenhauses und wird auch so wahrgenommen.

Notaufnahmen sind aber nicht nur Knoten- und Kommunikationspunkte für die Notfallprozesssteuerung in die Klinik hinein und in den ambulanten Bereich hinaus, sie sind auch wichtige Einheiten der medizinischen Aus- und Weiterbildung. An keinem Ort der Klinik stellen sich in kurzen Zeitabständen so viele Patienten mit einem so vielfältigen Krankheitsspektrum in unterschiedlichstem Schweregrad vor. Was in diesem Bereich gelernt und gelehrt wird, ist eine prägende Erfahrung für das gesamte Berufsleben der Pflegenden und Ärzte. Eine strukturierte Weiterbildung in diesem Bereich beeinflusst direkt die weitere Versorgungsqualität durch die weitergebildeten Ärzte und kann auch der Personalbindung dienen.

Damit lässt sich zusammenfassen, dass im Unternehmen Krankenhaus die Notaufnahmen eine besonders wichtige Rolle spielen. Hohe Patientenzahlen, hohe diagnostische Dichte, zeiteffizientes Arbeiten, strikte Konzentration auf den Patientenutzen, garantierte Patientensicherheit, reibungslose medizinische und organisatorische Prozesse, gekonnte Kommunikation mit Vertragsärzten und Fachabteilungen, Teilnahme an Versorgungsnetzwerken, Einweiser- und Mitarbeiterbindung, all dies sind Punkte, die eine erfolgreiche Notaufnahme quasi als Paradigma für das Gesamthaus bewältigen und gestalten muss. Ist der Unternehmensteil Notaufnahme in diesen Punkten erfolgreich, dann ist er nicht nur wichtiger Baustein eines erfolgreicheren Unternehmens. Er ist dann ein Aushängeschild, das spüren lässt, wie gut und stimmig das gesamte Krankenhaus es schafft, die Kompetenzen auch in schlecht planbaren Situationen zum Wohle der akut erkrankten Patienten zu bündeln.

2 Die Notaufnahmen – die dritte Säule der Gesundheitsversorgung

Harald Dormann und Christian Wrede

In einem dichotomen Gesundheitssystem, in dem die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung unter den Makroperspektiven der Finanzierung und Organisationsform und den Mikroperspektiven der fachlichen Weiterbildungsinhalte, der Versorgungsgrade und auch der IT-Struktur immer mehr eine klaffende Lücke entstehen lassen, beansprucht eine steigende Anzahl an Patienten die Notaufnahmen oder Rettungsstellen der Kliniken. Beide Säulen des Gesundheitssystems fokussieren immer mehr auf planbare und damit kalkulierbare elektive Interventionen oder Patientenströme, die dann auch durch den hohen Grad der Spezialisierung eine hochwertige qualitative Medizin sowie eine effiziente Behandlung möglich machen. Die Notfallversorgung von Akut- und Notfallpatienten unterliegt hierbei einer anderen und nicht immer vorhersehbaren Gesetzmäßigkeit und erfordert diesbezüglich eigene Prozesse und Qualifikationen, die eine professionelle sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung sicherstellen. Mittlerweile beanspruchen mehr als 20 Mio. Bundesbürger pro Jahr eine Notaufnahme, sodass bereits aufgrund dieser Behandlungsfrequenz von einer dritten Säule der Gesundheitsversorgung gesprochen werden kann (Somasundaram et al. 2016). Die Motivation eines Notaufnahmebesuchs ist sehr unterschiedlich und variiert zwischen einer Notarztzuweisung bis hin zur Selbsteinweisung. Der Zugang eines Notfallpatienten muss auch weiterhin ohne Einschränkungen offen bleiben, da die Einschätzung einer Notfallsituation erst nach einer strukturierten Ersteinschätzung und Diagnosestellung valide getroffen werden kann. Zugangshürden bei diesem Prozess würden vor allem bei solchen Patienten zu lebensbedrohlichen Gefährdungssituationen führen, die sich mit nur gering ausgeprägten Symptomen vorstellen, aber doch zeitkritische und schwere Erkrankungen haben.

Vom Symptom zur Diagnose ist eine der Kernaufgaben der Notaufnahmen, die es neben der Versorgung schwerstkranker und polytraumatisierter Patienten gilt, weiterzuentwickeln. Der gesetzliche Auftrag der Notaufnahmen beinhaltet derzeit nur die Notfallversorgung stationär aufzunehmender Patienten, während die ambulante Versorgung der Notfallpatienten eigentlich Auftrag des niedergelassenen Sektors ist. Dies geht an der Wirklichkeit vorbei, da zum Zeitpunkt der Vorstellung oft nicht klar ist, ob der Patient stationär verbleiben muss oder in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden kann. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht kann eine ambulante Abklärung in den Notaufnahmen mit den Mitteln des Krankenhauses, was nach einem Gutachten der DKG in ca. 25% aller Notaufnahme-Besuche passiert, stationäre Aufenthalte reduzieren und damit sowohl für den einzelnen Patienten als auch volkswirtschaftlich sinnvoll sein (DKG 2015b; Meier et al. 2016). Hierzu sind ein entsprechender gesetzlicher Auftrag und eine angemessene Vergütung einzufordern. Neben diesem Versorgungsauftrag der Akut- und Notfallversorgung schließen die Notaufnahmen aber noch weitere Lücken in einem Umfeld sich ständig ändernder Rahmenbedingungen.

So ist bei einem Massenanfall von Verletzten oder gar im Katastrophenfall die Notaufnahme eine der ersten Anlaufstellen, die eine Schlüsselfunktion in der sektorenübergreifenden Rettungskette darstellt und häufig innerhalb der Klinik eine zentrale Steuerungsfunktion übernimmt. Von Bundesland zu Bundesland unterliegt das Management dieser Szenarien unterschiedlichen gesetzlichen Anforderungen wie beispielsweise vorgeschriebener Übungsfrequenzen und Vorhaltungen, die es gilt, bundesweit zu standardisieren und den Bedrohungslagen anzupassen. Trotz des Managements eines Massenanfalls von Verletzten oder Katastrophen müssen schon aus ethischen Gesichtspunkten weiterhin Akut- und Notfallversorgungen geleistet werden. Bereits aus dieser Sichtweise wird deutlich, dass die Notaufnahmen in einem Spannungsfeld von Prinzipien agieren.

Zum anderen werden Notaufnahmen im Fall weiterer ungeplanter und auch nicht vorhersehbarer, aber dringend erforderlicher Gesundheitsdienstleistungen überproportional beansprucht. Besondere Herausforderungen waren beispielsweise die stark ansteigenden Zahlen an Flüchtlingsversorgungen in den Jahren 2014 bis 2016, die im Falle schwererer Erkrankungen über die Notaufnahmen versorgt wurden (s. Kap. N.3 u. 4). Hierbei konnten Sprachbarrieren überwunden und interkulturelle Herausforderungen genauso professionell gemanagt wie seltene oder exotische Erkrankungen diagnostiziert und behandelt werden. Die medizinischen Anforderungen waren im Gegensatz zu den formellen Regularien schnell definiert, dennoch konnten die Notaufnahmen durch ihre gewohnt rasche Anforderungsadaptation eine tragende medizinische Rolle übernehmen und damit die anderen Sektoren im Gesundheitssystem massiv entlasten (DKG 2015a; Focus 2016).

Jahreszeitliche Einflüsse, die zu Pandemien oder Epidemien von infektiösen Erkrankungen führen, wie infektiöse Gastroenteritiden, Atemwegsinfektionen oder grippeartige Infekte und letztlich Grippewellen, werden durch die Notaufnahmen weit mehr als medizinisch erstversorgt. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen findet gerade in diesen Szenarien rund um die Uhr statt und führt dadurch zu einer immensen Einsparung an indirekten Krankheitskosten für die Volkswirtschaft.



Die Notaufnahmen sind mehr als „der Libero“ des Gesundheitssystems.

Außergewöhnliche Herausforderungen, die sich derzeit fast jährlich formieren, stellen in diesem Zusammenhang infektiöse Bedrohungslagen wie Vogelgrippe, Schweinegrippe, Ebola, SARS, EHEC und andere nicht infektiöse Bedrohungslagen wie Terrorwarnungen, Anschlagsszenarien etc. dar. In der Regel sucht dann auch die Bevölkerung in zunehmendem Maß die Notaufnahmen als erste Informations- und Behandlungsstelle auf. Um sich nicht zuletzt aus Eigenschutz gegen Bedrohungslagen zu rüsten, sind bereits zahlreiche strukturelle Vorhaltungen etabliert, die auch dann immer wieder spezifisch angepasst werden. Die Kompetenzen in diesem Feld der medizinischen Versorgung nehmen stetig zu.

Während der EHEC-Pandemie 2011 konnten die Notaufnahmen zusammen mit dem Robert Koch-Institut durch die Etablierung einer Syndrom-Surveillance einen guten chronologischen Überblick und eine bessere Einschätzung der Bedrohungslage entwickeln. Durch die syndromische Surveillance blutiger Durchfälle, dem Kardinalsymptom des HUS-Ausbruchs gelang es, den zeitlichen Verlauf und die multilokale Verbreitung in Deutschland tagesaktuell abzuschätzen. Im Nachhinein konnte sogar gezeigt werden, dass diese Methodik zu einer früheren Detektion der Pandemie beigetragen hätte, als dies etablierte Meldesysteme über die verantwortlichen Ämter realisierten. Notaufnahmen sind seit Jahren beispielsweise in den USA und im UK elementare Partner zur Observation von Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung. Für Deutschland wäre die konsequentere Einbindung und Nutzung dieser Informationsplattform von unschätzbarem Wert.

Durch die besondere Exposition am Sektorenübergang kumulieren Sicherheitsherausforderungen wie beispielsweise zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Patienten stellen sich mit ihrer Hausmedikation vor, werden regelmäßig durch den Notarzt oder Notaufnahmearzt medikamentös behandelt und dann mit einer Medikamentenempfehlung entlassen oder weiter verlegt. Insgesamt stellen sich pro Jahr ca. 500.000 Patienten mit zumeist schweren Nebenwirkungen in deutschen Notaufnahmen vor. Dieser Aspekt der Gesundheitsversorgung wird derzeit noch nicht als genuine Anforderung verstanden, obwohl hierdurch dem Gesundheitssystem pro Jahr mehr als 2,2 Mrd. Euro Zusatzkosten entstehen (Meier et al. 2015).

Die Notfallversorgung älterer Patienten nimmt aus demografischen Gründen zu und stellt eine weitere Herausforderung für die Notaufnahmen dar. Einer Umfrage der DGINA zufolge sind mehr als 30% der Notaufnahmepatienten ältere Patienten, die einer geriatrischen Notfallversorgung bedürfen. In den Notaufnahmen werden im Vergleich zu anderen Abteilungen der Krankenhäuser jährlich am meisten hochbetagte Patienten versorgt und bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit, da schwere Erkrankungen älterer Patienten häufig schwieriger diagnostiziert werden können und in der Regel ein interdisziplinärer Ansatz der Behandlung notwendig ist.

Diese vielfältigen Aufgaben der Notaufnahmen können nur dann in einer guten medizinischen Qualität erbracht werden, wenn die Mitarbeiter hierfür entsprechend qualifiziert sind. In einigen Bundesländern wurde dies erkannt und spezielle staatliche Qualifikationen für Notfallpflege und für die ärztliche Zusatzweiterbildung

„Klinische Akut- und Notfallmedizin“ eingeführt, eine bundeseinheitliche Regelung ist anzustreben. Die DKG hat nun Ende 2016 das Curriculum Notfallpflege anerkannt, sodass zumindest in der Notfallpflegeweiterbildung eine standardisierte Qualifikation für ganz Deutschland erwartet werden kann. Nun liegt es an den Ländern, dieses konsequent zu fordern und umzusetzen, und an den Ärztekammern, mittels einer ärztlichen Zusatzweiterbildung nachzulegen (DKG 2016).

Dieses beispielhafte Spektrum der Gesundheitsversorgung wird derzeit in Deutschland weder durch die derzeit existierende ambulante oder stationäre Struktur abgebildet, noch durch die Notaufnahmen kompensiert, für die bisher nicht einmal ein Fachabteilungsschlüssel FAB im Krankenhaussystem existiert. Die Notaufnahmen stellen mittlerweile die dritte Säule im Gesundheitssystem dar und bedürfen dringend einer Strukturanpassung.



Versorgungsauftrag der dritten Säule im Gesundheitswesen

- **Akut- und Notfallversorgung aller Patienten**
- **Massenanfall von Verletzten und Katastrophenmanagement**
- **Mitversorgung infektiöser und nicht infektiöser Bedrohungslagen**
- **Teilnahme an der Syndrom-Surveillance**
- **Sektorenübergreifende interdisziplinäre Versorgungskompetenz polymorbider Patienten**
- **Akutversorgung spezieller Patientengruppen: „der ältere Patient“**

Literatur

- DKG (2015a) Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden. URL: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/133/aid/14128/start/10/title/Gesundheitsversorgung_von_Fluechtligen_und_Asylsuchenden (abgerufen am 19.12.2016)
- DKG (2015b) Milliarden-Defizit bei ambulanter Notfallversorgung. URL: <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/13122> (abgerufen am 19.12.2016)
- DKG (2016) Module, Prüfungen, Zeugnisse etc. URL: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/351/aid/18681/title/DKG-Empfehlung_fuer_die>Weiterbildung_Notfallpflege (abgerufen am 19.12.2016)
- Focus (2016) Vielzahl an Flüchtlingen bereitet Notaufnahmen Probleme. URL: http://www.focus.de/regional/mannheim/migration-vielzahl-an-fluechtligen-bereitet-notaufnahmen-probleme_id_5199839.html (abgerufen am 19.12.2016)
- Meier F, Bauer K, Schöffski O, Schöpke T, Dormann H (2016) Zur Ökonomie ambulanter Notaufnahmepatienten. Notfall + Rettungsmedizin 19(1), 33–40
- Meier F, Maas R, Sonst A, Patapovas A, Müller F, Plank-Kiegele B, Pfistermeister B, Schöffski O, Bürkle T, Dormann H (2015) Adverse drug events in patients admitted to an emergency department: an analysis of direct costs. Pharmacoepidemiology and drug safety 24(2), 176–186
- Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, Wrede CE (2016) Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen-Ergebnisse einer Patientenbefragung. Das Gesundheitswesen DOI: 10.1055/s-0042-112459

3 Erwartungen eines Klinikdirektors an eine moderne zentrale Notaufnahme im Klinikum

Christian Höftberger

Die Anforderungen an eine zentrale Notaufnahme an deutschen Krankenhäusern ähnelt einer institutionalisierten „eierlegenden Wollmichsau“: Sie darf das Klinikum nichts kosten, muss rund um die Uhr verfügbar sein, bietet höchsten Komfort und gleichzeitig höchstmögliche Sicherheit.

Während andere ihren Feierabend oder das Wochenende genießen, geht's in der Notaufnahme häufig erst richtig los: Andrang herrscht hier dann, wenn kein anderer mehr arbeiten will. Der Bedarf steigt zu solch ungünstigen Zeiten aber auch dann, wenn der Patient Zeit hat oder sie sich nimmt. Ein superbreites Versorgungsspektrum umfasst die Grund- und Regelversorgung wie auch die Maximaltherapie: vom ambulanten Halsweh bis zur laufenden Reanimation. Und das alles ohne kostendeckende und damit nachfragebasierte Vergütung mit Zuwendung und Empathie ...

So oder so ähnlich mag das verklärte Bild einer modernen ZNA wirken. Es ist Zeit, dieses Bild aus der Sicht eines Klinikdirektors ein wenig gerade zu rücken und zu strukturieren. Der Autor ist Geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik Altona. Der Maximalversorger im Hamburger Westen hält eine der größten zentralen Notaufnahmen Deutschlands mit rund 60.000 Patientenkontakten pro Jahr vor.

- Die Notaufnahme ist für den Kaufmann eines Krankenhauses die **Visitenkarte** nach außen. Sie bildet für viele Patienten, aber auch Angehörige, die Eintrittspforte schlechthin. Rund um die Uhr brennt hier das Licht. Wenn man hier gut behandelt wird, dann interpretiert der Laie diesen Standard als Maßstab für das gesamte Spektrum des Krankenhauses. Wenn man freilich hier lange warten muss und unfreundlich behandelt wird, dann kann das nega-

- tive Implikationen für die gesamte Klinik bzw. die Zuweisungsstruktur nach sich ziehen.
- Die Notaufnahme ist ein **zentraler Dienstleister** medizinischer Infrastruktur für ein Krankenhaus. Die Notaufnahme unterscheidet sich von den einzelnen Kliniken (Disziplinen) des Krankenhauses dadurch, dass sie – fast flächendeckend in der BRD – keine eigene bettenführende Struktur vorhält. Manchmal werden den Notaufnahmen Bettenstrukturen angebunden (Aufnahmestation, Kurzliegerbereiche ...), um Patienten, die für eine stationäre Versorgung aufgenommen werden müssen, die Übergangszeit auf den hausinternen Transportdienst zu erleichtern¹. Gesundheitsökonomisch ist das freilich ein grenzwertiger Luxus: *a built bed is a filled bed*.
 - Die Notaufnahme sollte keine eigenständige autonome Struktur neben den bettenführenden Kliniken bzw. Abteilungen eines Krankenhauses darstellen, sondern einen **integralen Bestandteil** dieser Kliniken abbilden. Sie erbringt oft deren Eingangsdiagnostik und triagiert Patienten, die sofort aufgenommen werden müssen, von jenen, die regulär in eine Sprechstunde kommen können und letztlich jenen, die – rein ambulant betreut – wieder nach Hause geschickt werden können.
 - Gleichzeitig ist die Notaufnahme der **Mittler** zwischen der stationären (High-End-)Medizin und dem Rettungsdienst draußen auf der Straße. Sie beherrscht diesen Spagat, sie spricht die Sprache der unterschiedlichen Welten des Rettungsdienstes (ATLS®), der Patienten (aktuell bestehen hier große Herausforderungen wegen der Versorgung von Flüchtlingen bzw. von Menschen ohne lokale Sprachkenntnisse und aus fremden Kulturkreisen) sowie der klinischen Routine.

Die große **wirtschaftliche Herausforderung** liegt wohl hierin begründet: Sobald ein Patient die Schwelle der Krankenhaus-Notaufnahme übertritt, verändern sich die rechtlichen und menschlichen Erwartungen sowie die forensischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen:

- Es bestehen vollkommen unterschiedliche Anforderungen: von wenig Ressourcen und dem im Vordergrund stehenden Rettungsgedanken zu einer „geschuldeten“ High-End-Versorgung und -therapie.
- Der Rettungsdienst will die prähospital versorgten Patienten gut und sicher übergeben sehen und gut weiterbehandelt wissen (die Bemühungen „draußen“ sollen nicht umsonst gewesen sein), die Klinik definiert „gute“ Fälle anders (nämlich als solche, für die sich ein stationärer Fall, genauer ein stationär abrechenbarer Fall anschließt).

1 Es gibt auch andere Fallkonstellationen, in den eine Lokalisierung von Betten an Notaufnahmen durchaus Sinn macht: so z.B.

- für infektiöse oder (hoch-)ansteckende Patienten, ggf. auch nur für den Zeitraum der Abklärung ihres Krankheitsbildes
- für Patienten, die nicht „krank genug“ sind, um sie stationär aufzunehmen, die aber eine über die rein ambulante Abklärung hinausgehende kurze Therapie benötigen (dehydrierte Patienten, Warten auf den Transport zurück ins Heim, Ausnüchterung, präfinale Patienten, denen man keinen Transport durch das Haus mehr zumuten kann bzw. will).

Die Notaufnahme kann der größte und damit **wichtigste Zuweiser für stationäre Fälle** sein. An diesen Fällen ist das Geschäft eines Krankenhauses primär ausgerichtet.

- Die ambulante Versorgung von Patienten gelingt erfahrungsgemäß in ambulanten Strukturen deutlich besser und auch kostengünstiger. Deswegen muss in den Notaufnahmen auch eine Selektion dahingehend erfolgen, welche Patienten die „richtigen“ für die Klinik sind und welche in einem ambulanten Setting besser (und durchaus – auch volkswirtschaftlich gedacht – auch günstiger) betreut werden.
- Die Quote der Patienten der Notaufnahme, die zu stationären Patienten werden, nennen wir Kaufleute „**Konversionsrate**“. Je höher der prozentuale Anteil dieser Patienten, desto stärker ist der Einfluss der Notaufnahme auf den Gesamtbetrieb des Krankenhauses. Das kann *positiv* und *negativ* sein:
 - Auf der einen Seite generiert die Notaufnahme unaufhörlich neue Patienten, weil sie immer in Anspruch genommen wird und in diesem Umfeld auch immer Patienten vorfindet, die einer stationären Versorgung zugeführt werden müssen.
 - Auf der anderen Seite sind diese stationären Patienten nicht exakt planbar. Sie hängen vielmehr von einer Reihe von Rahmenbedingungen ab (Wetterlage, Wochentage, Uhrzeit, Großveranstaltungen aber auch Katastrophenereignisse usw.). Damit ist die Vorhaltung von adäquaten (stationären) Ressourcen komplex.
 - Mitunter konterkariert die notwendig gewordene aufwändige bzw. stationäre Versorgung der Notaufnahmepatienten in weiterer Folge auch die geplante Versorgung von Elektivpatienten des Krankenhauses. Saisonal immer wieder eintretendes „Overcrowding“ beeinflusst in diesen Zeiten deutlich die mühsam geplanten Prozesse anderer Patienten. Aus kaufmännischer Sicht tritt dann statt einer angestrebten gleichmäßig hohen Auslastung eine Überlastung ein, mit möglichen negativen Folgen (Frustration bei Elektivpatienten, die abgesagt oder verschoben werden müssen, Wartezeiten und Gangbetten ...). Die Ressourcenbindung ist in diesen Konstellationen im Verhältnis zum geplanten elektiven Spektrum überproportional hoch und zudem schlecht vergütet.
- Je nach Schwerpunktsetzung eines Krankenhauses findet man in der Praxis daher unterschiedliche Ausrichtungen: Während (in der Regel kleinere) elektive Spezialversorger gar nicht an der Notfallversorgung teilnehmen (und dann im Gegenzug eine etwas reduzierte DRG-Vergütung für ihre stationären Fälle erhalten), sind bei anderen Krankenhäusern die Frage des Versorgungsauftrags (ländliche Region, einziger Versorger), die Quote der elektiven Inanspruchnahme (je mehr Elektivpatienten und damit spezialisierter ein Krankenhaus, umso weniger Bedeutung haben die Notfälle), aber auch die rettungsdienstlichen Rahmenbedingungen (wie lange ist ein Rettungsmittel gebunden, weil das Krankenhaus z.B. am Rande der Stadt liegt, dort die Übergabe immer länger dauert als in einem anderen Krankenhaus ...) ausschlaggebend dafür, wie viel Notaufnahme für das Krankenhaus *gut* ist.
- Aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist die Zugänglichkeit zum ambulanten Markt und damit vor allem die **Abrechenbarkeit** ein weiteres wichtiges Argument für Kaufleute, sich mit Notaufnahmen auseinanderzusetzen.

zen. Grundsätzlich unterscheidet das deutsche Gesundheitssystem stationäre und ambulante Leistungserbringer. Stationäre Leistungserbringer (wie klassischerweise die Krankenhäuser) dürfen nicht ohne Weiteres in den ambulanten Sektor „eindringen“. Als Krankenhaus benötigt man eine spezielle Erlaubnis, in bestimmten Fallkonstellationen bzw. für bestimmte Gruppen von Patienten Leistungen des ambulanten Sektors (insb. Leistungen, die niedergelassene Fachärzte auch erbringen könnten) anzubieten. Zu den wichtigsten Ausnahmetatbeständen gehören:

- persönliche oder Instituts-**Ermächtigungen**: Dabei wird ein einzelner Arzt oder eine Klinik von der KV zur Vornahme von Leistungen berechtigt, die an sich rein ambulante und damit den niedergelassenen Ärzten vorbehalten Tätigkeiten darstellen. Ermächtigungen werden nur noch sehr selten und meist befristet erteilt. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Erteilung einer Ermächtigung, wenn die von der KV befragten niedergelassenen Ärzte darlegen, dass sie die vom Krankenhaus angebotene Leistung auch (selbst) erbringen können.
- Hochschulambulanzen (Sonderfall an Universitätskliniken, bei denen der direkte Zugang zu ambulanten Patienten für den Lehrauftrag unentbehrlich ist)
- Nach § 116b SGB V können für spezielle, gesetzlich definierte Krankheiten oder Diagnosen Krankenhäuser zur spezialärztlichen Versorgung zugelassen werden. Darunter fallen etwa die in die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) übergehenden onkologischen Themen.
- Sprechstunden können darüber hinaus zur prästationären Abklärung einer stationären Behandlungsbedürftigkeit durchgeführt werden.
- Im Notfall können Krankenhäuser naturgemäß auch ohne Einweisung aufgesucht werden und erhalten dann einen Behandlungsauftrag.

Jenseits der ökonomischen Sicherstellung der Abrechenbarkeit stellen die Notaufnahmen spezielle soziale Bereiche dar, die mit den klassischen Aufgaben eines Krankenhauses nur am Rande vereinbar sind:

- Notaufnahmen werden zu Notschlafstellen für Menschen ohne festen Wohnsitz bzw. für suchtabhängige Menschen.
- Notaufnahmen puffern die Unmöglichkeit der Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld bzw. von Betreuungsstrukturen (Pflegeheimen), die bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nur sehr langsam auf ein höheres Versorgungsniveau aufstocken können.
- Notaufnahmen sind auch Optimierungseinrichtungen für Individuen, die gerade jetzt Zeit haben und ihre eigene zeitliche Bindung („bevor ich morgen fünf Stunden beim niedergelassenen Arzt warte, komme ich doch lieber in der Nacht, da ist weniger los ...“) verbessern wollen.
- Notaufnahmen sind deswegen so begehrt, weil alternative Strukturen fehlen oder subjektiv für den Patienten schlechter sind (mobile ärztliche Notdienste bestehen flächendeckend, werden aber oft nicht als Ersatzoption gesehen, weil im Falle einer stationären Aufnahmenotwendigkeit nach dem Arztbesuch der Patient ohnehin in ein Krankenhaus kommen muss ...).

Im Kern ist es dieser Strauß an vielfältigen und bunten Blumen, die den Kaufmann trotz aller Zahlenfokussierung nicht unberührt lassen: Wo sonst gibt es in unserer Branche einen steten Zustrom von neuen Patienten, wo sonst kann man dem kleinen Abstand zwischen Freude und Glück sowie Wut und Schmerz, Trauer und Enttäuschung so nahe kommen? Es ist eine schöne kaufmännische Herausforderung, hier die Rahmenbedingungen für eine gute Vorhaltung und ausreichende Finanzierung mitzugestalten. Und für sich und die Umgebung zu wissen: Wenn es Nacht wird in Deutschland (oder auch nur Mittwochnachmittag), dann geht oft gar nichts mehr in den bewährten Strukturen. Gar nichts? Doch, dann muss man ins Krankenhaus fahren, da wird einem geholfen ...