

von Eiff, Dodt, Brachmann,
Niehues, Fleischmann (Hrsg.)

Management der Notaufnahme

Patientenorientierung und optimale
Ressourcennutzung als strategischer
Erfolgsfaktor

2., überarbeitete und
erweiterte Auflage

Kohlhammer

150 Jahre
Kohlhammer

Die Herausgeber

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff

Direktor des Ludwig Fresenius Center for Health Care Management and Regulation an der HHL Leipzig Graduate School of Management und Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management, Universität Münster.

Prof. Dr. Christoph Dodt

Chefarzt Notfallzentrum Städtisches Klinikum München Bogenhausen, München.

Dr. Matthias Brachmann

Geschäftsführer der bmed GmbH, Düsseldorf/Ulm.

Dipl.-Kfm. Dr. Christopher Niehues

Geschäftsführer des Instituts für Management der Notfallversorgung und Krankenhausbe-rater der HC&S AG – Healthcare Consulting & Services, Münster.

Dr. Thomas Fleischmann

Chefarzt der Klinik für Interdisziplinäre Notfallmedizin des Westküstenklinikums Heide.

Wilfried von Eiff, Christoph Dodt,
Matthias Brachmann, Christopher Niehues,
Thomas Fleischmann (Hrsg.)

Management der Notaufnahme

Patientenorientierung und
optimale Ressourcennutzung
als strategischer Erfolgsfaktor

Mit Geleitworten von Barbara Hogan und Axel Ekkernkamp

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-023350-8

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-023869-5

epub: ISBN 978-3-17-030086-6

mobi: ISBN 978-3-17-030087-3

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Geleitwort zur 1. Auflage

Die Notfallmedizin sowie deren Management im Rahmen von Notaufnahmen gehören zu den komplexesten und anspruchsvollsten Handlungsfeldern in der medizinischen Versorgungskette. Notfallmediziner benötigen ein breites Spektrum an medizinischer Fachkenntnis, denn die Notfallmedizin bildet eine maximaldiagnostische und -therapeutische Breite bei gleichzeitig begrenzter Tiefe des Fachwissens ab. Die Fähigkeit, eine große Anzahl von Krankheiten schnell zu diagnostizieren und zu therapieren, impliziert gleichzeitig eine limitierte Fachkompetenz in der Tiefenstruktur eines jeden Fachgebiets. Es ist genau diese Breite der medizinischen Qualifikation, die es Notfallmediziner erlaubt, unter Zeitdruck Versorgungsprozesse medizinisch ganzheitlich zu betrachten. Diese Perspektive ist den funktional aufgestellten Fachabteilungen durch ihre Silostruktur oft versperrt. Wenn gegenwärtig für die medizinische Versorgung eine konsequent interdisziplinäre Prozessorientierung eingefordert wird, dann ist in der Notfallmedizin die Speerspitze dieses Paradigmenwechsels zu sehen, weil dieser perspektivisch womöglich die Rolle »Medizinorchestrators« zufallen wird. Hiermit gemeint ist Gesamtkoordination, Evaluation und Priorisierung eines Großteils aller nicht-elektiven Versorgungsprozesse.

Im hier verstandenen Sinne bedeutet Interdisziplinarität die Realisierung einer maximalen Versorgungskompetenz durch aktive Integration der relevanten Fachabteilungen, nachdem zuvor eine qualifizierte Aufnahmediagnose durchgeführt worden

ist. Insofern fungiert die zentrale Notfallaufnahme immer auch als generalistischer Kompetenzintegrator, die versprengte Fachkompetenzen im Sinne einer hohen Integralqualität der medizinischen Versorgung zusammenführt. Interdisziplinarität bedeutet aber auch die Evaluation möglicher Kooperationen mit den niedergelassenen Kollegen und dem Rettungsdienst, wie Sie Buchteil III »Netzwerke und Schnittstelle Notaufnahme« entnehmen können.

Ein neues wissenschaftliches Feld ist die Interdisziplinarität zwischen Medizin und Ökonomie. Gerade die Notfallmediziner spielen eine kritische Rolle im Einsatz der Ressourcen. Für das gesamte Krankenhaus ist die Notaufnahme ein zentrales Marketing- und Steuerungsinstrument, weil hier nachhaltig auf die Patientenzufriedenheit eingewirkt werden kann. Die Zentrale Notaufnahme ist gleichsam Quelle strategischer Wettbewerbsvorteile, weil sich durch sie die Versorgungsqualität, Prozesseffizienz und Patientenorientierung nachhaltig steigern lassen.

Deswegen freue ich mich, dass dieses Compendium Themen wie Organisation und Infrastruktur der Zentralen Notaufnahmen ebenso abdeckt, wie Human Resources-, Qualitäts- und Risikomanagement.

Die Professionalisierung von Krankenhausprozessen kann durch Implementierung von Strategiekompetenzen aus der Industrie wie z. B. Lean Management vorangebracht werden, was dazu führt, dass eine Zentrale Notaufnahme als Referenzmodell für die kunden- und patientenorientierte Klinikorganisation gelten kann. Die Notaufnahme

avanciert dann von der Patientenannahmestelle zum Orchestrator transsektoraler Versorgungsketten.

Es ist sehr erfreulich, dass zahlreiche Mitglieder der DGINA, als einzige Fachgesellschaft, die diesen Bereich wissenschaftlich abdeckt, zu den Inhalten dieses Buches beitragen durften. Die europäische Entwicklung mit der Anerkennung des Facharztes für Notfallmedizin in den meisten Ländern Europas reflektiert die Notwendigkeit, für ein »Mehr« an Interdisziplinarität, Prozessorientierung und Ressourcenökonomie in der Medizinischen Versorgung zu garantieren.

Mit diesem Buch wird die Notwendigkeit des Paradigmenwechsels auch im deutschen Gesundheitssystem und insbesondere in der Notfallmedizin aufgezeigt.

Strukturierte Medizin ersetzt den Zufall – Qualität entsteht durch Prozesse. Im Sinne der oben angesprochenen Interdisziplinarität treffen in der Notaufnahme viele Profes-

sionen, Fachrichtungen und Perspektiven aufeinander: Architekten, Ökonomen, Rettungspersonal, Mediziner, Pflegekräfte und Medizintechnik-Hersteller ziehen gemeinsam an einem Strang, um diese Visitenkarte eines Krankenhauses optimal zu gestalten. Sie alle werden durch die Lektüre dieses Buches erste Antworten auf die schwierigen Fragen des richtigen Managements dieses Bereiches an der Nahtstelle der sektoralen Versorgungsgrenze erhalten.

Ich davon überzeugt, dass dieses Buch einen wichtigen Beitrag leisten wird, die hohen Herausforderungen, denen sich Notaufnahmen ausgesetzt sehen, meistern zu können, und sich die Notaufnahmen zunehmend als Cooperate Center of Excellence klinischer Versorgungsprozesse entwickeln werden.

Dr. Barbara Hogan
Präsidentin der European Society for Emergency Medicine (EuSEM)

Geleitwort zur 2. Auflage

Kaum ein Thema bewegt Krankenhausmanager und leitende Ärzte so sehr wie das Betreiben von Notaufnahmen unter fachlichen und ökonomischen Aspekten. So haben beispielsweise die Vertreter der Hochschulmedizin für eine deutlich bessere Vergütung der Hochschulambulanzen ihre Forderung nach einem Systemzuschlag für Universitätskliniken aufgegeben. Diskutiert wird zudem bundesweit über Zuständigkeiten zwischen ambulanter Krankenhausmedizin und vertragsärztlicher Versorgung – die Zahl der KV-Ambulanzen in Krankenhäusern oder in unmittelbarer Nachbarschaft von Kliniken ist bislang viel zu gering. Beklagt wird oft auch die Mentalität der Menschen in Ballungsräumen, die selbst bei Befindlichkeitsstörungen Rettungsstellen oder Notaufnahmen aufsuchen. Dennoch: die Herausforderungen müssen bewältigt werden – ärztlich, pflegerisch, medizinisch-technisch und administrativ.

Im eigenen Verantwortungsbereich, der Berliner Berufsgenossenschaftlichen Klinik, geht es in der präklinischen Versorgung darum, neben NEF und dem ITH »Christoph Berlin« als Ergänzung ein Stroke-Einsatz-Mobil STEMO vorzuhalten und damit die enormen Vorteile der Stroke Unit dem Patienten bereits unmittelbar nach Diagnostikstellung zukommen zu lassen. Die Notaufnahme profitiert angesichts des bereits präklinisch gefertigten Schädel-CT von einem höheren Informationsgrad und der bereits eingeleiteten Therapie.

Im Mai 2013 konnte im Unfallkrankenhaus Berlin auf einer Fläche von 1.600 m² eine vollständig neue Rettungsstelle mit 37

Behandlungsplätzen, zahlreichen Eingriffsräumen, einem Schockraum für mindestens vier Parallelbehandlungen auf 156 m² Fläche und nach dem ATLS-Standard bestückten Materialschränken in Betrieb genommen werden. Rechtzeitig wurde eine modifizierte IT-unterstützte Manchester-Triage etabliert. Technisches Kernstück ist neben den rund um die Uhr verfügbaren Großgeräten wie CT, biplaner Angiographie und Herzkatheterplätzen das Patientendatenmanagementsystem PDMS, welches der intensivmedizinischen Dokumentation entspricht und eine lückenlose Datenqualität für alle kritischen Behandlungsphasen ermöglicht. Als Konsequenz aus einem interprofessionellen Diskurs über die Möglichkeiten der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung wurde ein eigenes Simulationszentrum aufgebaut. Dort werden ärztliche und pflegerische Teams der Notaufnahme, die auch im Routinebetrieb zusammenarbeiten, gemeinsam unter äußerst fordernden Bedingungen geschult.

Verschiedene Fragen sind (noch) nicht geklärt, etwa die nach der Alltagstauglichkeit des von der Berliner Ärztekammer kreierte klinischen Notfallmediziners. Ebenso ist zu prüfen, ob es in der Notaufnahme eines eigenen Chefarztes oder eines Ärztlichen Koordinators bedarf. Auch in der Berliner Klinik sind die Wartezeiten der Notfallpatienten mit mäßiger Dringlichkeit zu lang, die Verweildauer der Patienten zum Herzinfarktausschluss ebenfalls und die Kosten in Relation zur Vergütung zu hoch.

Vogel- und Schweinegrippe, Ebola und Masern, natürlich der Transfer von Patienten aus dem Ausland, Notfalleinlieferungen

aus Pflegeheimen mit MRSA-Besiedlung stellen die Notaufnahmen vor ganz besondere Hygiene-Herausforderungen, benötigt werden eine rasche mikrobiologische Diagnostik und Isolierungsmöglichkeiten.

Unter diesen und vielen anderen Aspekten habe ich die zweite und enorm erweiterte Auflage des Buchs »Management der Notaufnahme« gelesen. Umfassender und zugleich konkreter hätte man die Beiträge nicht gestalten können, das Herausgeberteam ergänzt sich gegenseitig, die Beiträge sind absolut deutlich und hochaktuell. Der Untertitel des Buchs »Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor« trifft deshalb auch zu 100 Prozent zu.

Nachdem bereits die erste Auflage den Sprung zum Standardwerk geschafft hat, folgten jetzt nicht nur Aktualisierungen und Anpassungen rechtlicher Rahmenbedingun-

gen. Es werden zudem Reformen der Prozessorganisation in zentralen Notaufnahmen reflektiert, Möglichkeiten zur Beschleunigung diagnostischer Verfahren aufgezeigt und Innovationen aus Ländern wie den USA, Singapur und Japan vorgestellt, die bisher in Deutschland noch nicht zum Einsatz kommen.

Das Werk ist perfekt gelungen und sehr gut lesbar, ich wünsche Ihnen Erkenntnisgewinn und Mehrwert bei einer Lektüre, die den Abläufen, dem hart arbeitenden Personal und nicht zuletzt den Patienten zugutekommt.

Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp
Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer
Unfallkrankenhaus Berlin,
ordentlicher Professor für Unfallchirurgie
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Inhalt

Geleitwort zur 1. Auflage	5
Geleitwort zur 2. Auflage	7
Vorwort der Herausgeber	13
I	Anforderungen an das Management
1	Die medizinische Perspektive 17 <i>Christoph Dodt</i>
2	Die zentrale Notfallaufnahme 22 <i>Wilfried von Eiff</i>
II	Strategie, Finanzierung und Controlling
1	Unternehmensstrategie und Markenmanagement 33 <i>Wilfried von Eiff</i>
2	Investition und Finanzierung 49 <i>Wilfried von Eiff</i>
3	Grundlagen des betrieblichen Rechnungswesens 74 <i>Wilfried von Eiff und Dennis Haking</i>
4	Erlösarten in der Zentralen Notaufnahme..... 86 <i>Christopher Niehues, Matthias Brachmann, Roland Geppert und Rupert Sobotta</i>
5	Fundraising 110 <i>Wilfried von Eiff, Ann Kristin Kwickert und Christopher Niehues</i>
6	Prozess-Controlling und Benchmarking im Notfallmanagement 119 <i>Wilfried von Eiff</i>
7	Controllingprobleme und fehlende Abbildung der Notfallversorgung im DRG-System..... 128 <i>Christopher Niehues und Werner Barbe</i>
8	Die Notaufnahme als Cost- oder Profit-Center? 144 <i>Christopher Niehues</i>

9	Die Zweckmäßigkeit einer zentralen interdisziplinären Notaufnahme aus ökonomischer Sicht	151
	<i>Wilfried von Eiff, Matthias Brachmann und Christopher Niehues</i>	

III Netzwerke und Schnittstelle Notaufnahme

1	Aktuelle Gesetzesänderungen und Blick in die Zukunft: Notaufnahmen nach dem Krankenhausstrukturgesetz 2016	163
	<i>Christoph Dodt</i>	
2	Kooperation mit niedergelassenen Ärzten	167
	<i>Thomas Fleischmann</i>	
3	Die Einrichtung einer Notfallpraxis in der Notaufnahme	176
	<i>Timo Schöpke</i>	
4	»Naht-Stelle« Zentrale Notaufnahme	192
	<i>Katja Scholtes und Christopher Niehues</i>	
5	Zuweiser- und Marketingfunktion der Notaufnahme	200
	<i>Michael Wünnig</i>	

IV Organisation und Infrastruktur

1	Anforderungen an die Architektur einer Notaufnahme	211
	<i>Sabine Petermann</i>	
2	Aufnahmeeinheiten in Notaufnahmen	229
	<i>Matthias Brachmann, Roland Geppert, Michael Groening und Rupert Sobotta</i>	
3	Kurzzeitintensivereinheit in der Notaufnahme	238
	<i>Christoph Dodt</i>	
4	Ausstattung einer Zentralen Notaufnahme	243
	<i>Andreas Hüfner und Christoph Dodt</i>	
5	Prozessgestaltung und Koordination	266
	<i>Andreas Mönnig</i>	
6	Triage	279
	<i>Florian Grossmann und Roland Bingisser</i>	
7	Patientenzufriedenheit und Wartezeiten	287
	<i>Barbara Hogan, Manoj Singh und Christoph Rasche</i>	
8	Materialwirtschaft und Logistik in der Notaufnahme	296
	<i>Wilfried von Eiff</i>	
9	Prozessoptimierung durch Point-of-Care-Testung	318
	<i>Matthias Brachmann</i>	

10	POCT-Management in der Notaufnahme: klinischer und ökonomischer Erfolgshebel	324
	<i>Maximilian C. von Eiff und Wilfried von Eiff</i>	
11	Lean Management zur Erreichung operativer Exzellenz in der Rettungsstelle	334
	<i>Verena Stockfisch</i>	
V Personal		
1	Personalmanagement	345
	<i>Wilfried von Eiff</i>	
2	Einheitliche Leitung der Notaufnahme	363
	<i>Roland Geppert</i>	
3	Personalplanung und -entwicklung	370
	<i>Andrea Stewig-Nitschke</i>	
4	Anforderungen an das Pflegepersonal in Notaufnahmen	382
	<i>Andrea Stewig-Nitschke</i>	
5	Anforderungen an das ärztliche Personal	395
	<i>Thomas Fleischmann</i>	
6	Ärztliche Weiter- und Fortbildung in der ZNA	404
	<i>Isabelle Behrendt und Thomas Plappert</i>	
7	Physician Assistants in der Notaufnahme	417
	<i>Thomas Fleischmann, Karsten Kraatz, Manuel Geuen und Wolf Rommel</i>	
8	Notfalltraining in der Klinik	425
	<i>Angelika Jansen, Uwe Wyckelsma, Günter Lippert, Dennis Haking und Wilfried von Eiff</i>	
VI Qualitätsmanagement und Risikomanagement		
1	Klinisches Risikomanagement: Prozesse, Methoden, Instrumente	435
	<i>Wilfried von Eiff</i>	
2	Behandlungspfade in der Notaufnahme	455
	<i>Georg Altrock</i>	
3	Zertifizierung von Notaufnahmen	467
	<i>Matthias Brachmann, Angela Lichtner und Christopher Niehues</i>	
4	Healing Environment in der Zentralen Notfall-Aufnahme	478
	<i>Maximilian C. von Eiff</i>	
5	Hygienemanagement in der Notaufnahme	489
	<i>Wilfried von Eiff und Dennis Haking</i>	

VII Rechtliche Aspekte in der Notaufnahme

1	Haftungsprobleme in der Notaufnahme	501
	<i>Karl Otto Bergmann und Thorsten Süß</i>	
2	Facharztstandard und rechtliche Besonderheiten der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Notaufnahme	517
	<i>Hermann Fenger und Christopher Niehues</i>	
3	Regelungen zur Schweigepflicht der Mitarbeiter in der Notaufnahme	527
	<i>Carolin Wever</i>	
4	Alkoholisierter Patienten: ein rechtliches, medizinisches und betriebswirtschaftliches Risiko	536
	<i>Christopher Niehues</i>	
	Abkürzungen	550
	Autorenverzeichnis	552
	Sachwortverzeichnis	557

Vorwort der Herausgeber

Die ZNA: Zentraler Anlaufpunkt und Organisationsdrehzscheibe im klinischen Prozessmanagement

Die Situation der Notfallversorgung in Deutschland hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert. Der demographische Wandel und Änderungen in den ambulanten Notdienststrukturen führen zu einem starken Anstieg der Behandlungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Mit mehr als 20 Millionen Patienten steigt die Bedeutung der klinischen Notfallversorgung innerhalb der Kliniken. Inzwischen werden in Kliniken mehr als 11 Mio. ambulante Notfallpatienten versorgt. Dies ist deutlich mehr, als der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst leistet, dem eigentlich der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallbehandlung obliegt. In der Praxis setzt sich das Konzept einer interdisziplinären Notaufnahme als *der* zentrale Anlaufpunkt für die Patienten durch. Die ZNA etabliert sich zudem als Organisationsdrehzscheibe im klinischen Prozessmanagement. Allerdings stellen die Finanzierung und Personalfragen das Management der Notaufnahme weiterhin vor besondere Herausforderungen.

Auf politischer Ebene hat ein Prozess des Verständnisses für dringliche Änderungsnotwendigkeiten der Notfallversorgungsstrukturen eingesetzt. Dies betrifft Fragen der Refinanzierung und Vergütung ebenso wie das sektorübergreifende Zusammenwirken von Vertragsärzten, Rettungsdiensten und Krankenhäusern. Auf der Sicherstellungsebene hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass nur durch eine auf Schweregradklassen von Patienten abgestimmte integrierte Vorhaltestruktur die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versor-

gung der Bevölkerung leistbar ist. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wird erstmals dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, Anforderungen für die Infrastruktur und das vorzuhaltende Personal in Notaufnahmen zu entwickeln. Später sollen entsprechende Vergütungszu- und abschläge folgen. Im Jahr 2016 ist die wirtschaftliche Situation der Notfallbehandlung in Krankenhäusern noch äußerst prekär:

- Die durchschnittlichen Kosten, die ein ambulanter Notfallpatient bei Behandlung in einer Krankenhaus-Notaufnahme verursacht, liegen bei 126 Euro. Demgegenüber stehen im Schnitt Erlöse pro Fall in Höhe von 32 Euro. Der durchschnittliche Fehlbetrag pro Notfallpatient in Höhe von 88 Euro führt zu einem Gesamtdefizit bei den im Notfalldienst engagierten Krankenhäusern in Höhe von 1 Mrd. Euro je Jahr.
- Die Aufnahmequote, d. h. der Anteil an Notfallpatienten, der über die Notaufnahme in den vollstationären Bereich überwiesen wird, beträgt durchschnittlich 38 % (Median = 51 %). Damit hat die ZNA eine wichtige Einweiserfunktion für den vollstationären Bereich.

Die Komplexität und Dynamik der Notfallversorgung in den Notaufnahmen, die mitten in der Gesellschaft letztlich mit allen Bereichen der Gesundheitsversorgung breite Schnittstellen hat und dazu fast jährlich besondere Aufgaben übernehmen muss – wie z. B. Aufgaben im Katastrophenfall mit Massenansturm von Verletzten, bei der Ver-

sorgung von Flüchtlingen oder bei Epidemien oder Pandemien –, stellt immer wieder neue Herausforderungen, die auch besondere Vorhaltungskosten verursachen. Die spezifische Notwendigkeit, die Notfallversorgung finanziell so auszustatten, dass solche Aufgaben gut organisiert und bewältigt werden können, hat politisch noch keine Berücksichtigung gefunden. Auf der Ebene der Notfallversorgungsbereiche selbst spielt die Optimierung der Patientenversorgungsprozesse eine immer größere Rolle. Die Notaufnahme ist eine wichtige Organisationsdrehzscheibe im Krankenhausbetrieb, da zwischen 30 und 70 % aller Akutpatienten über die ZNA aufgenommen werden. Von daher ist ein patientenorientiertes, medizinisch effizientes und wirtschaftliches Management der Notaufnahme eine wesentliche Erfolgsvoraussetzung für die nachhaltige Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses.

Als Erfolgsfaktoren eines bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Notfallbetriebs gelten die baulich-funktionale Gestaltung, die Ausstattung mit Informationstechnologie, Labordiagnostik am Point-of-Care und leistungsfähige Medizintechnik ebenso wie Portalpraxen sowie qualifiziertes Personal. Erfreulich ist, dass es inzwischen allgemein anerkannt ist, dass im Bereich der Notfallmedizin besonders gut ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte arbeiten müssen, die einer spezifischen Ausbildung bedürfen. Zum Zeitpunkt der Herausgabe dieser zweiten Auflage ist sicherlich ein Konsens zur Weiterbildung von Ärzten in der Klinischen Notfall- und Akutmedizin zwischen den

Fachgesellschaften bei der Bundesärztekammer für die Novelle der Musterweiterbildungsordnung zwischen DGINA und DIVI erarbeitet worden. Außerdem hat die DGINA ein Curriculum für die Weiterbildung Notfallpflege erstellt und öffentlich gemacht.

Die vorliegende erweiterte und überarbeitete zweite Auflage vermittelt wissenschaftlich fundiert und praxisorientiert, wie interdisziplinäre Notaufnahmen organisiert, gesteuert, personalwirtschaftlich geführt und in den Akutbetrieb integriert werden. Aspekte der Krankenhausfinanzierung, des Erlösmanagements und des Controlling finden ebenso Berücksichtigung wie Konzepte des Qualitäts- und Risikomanagement sowie rechtliche Besonderheiten der Arbeit in Notaufnahmen. Auch den durch die Gesundheitsreform 2015/2016 hervorgebrachten Änderungen der Gesetzeslage mit Relevanz für die Notfallversorgung wurde in dieser zweiten Auflage Rechnung getragen, wobei eine Reihe von Fragen (wie z. B. die Ausgestaltung der Portalpraxen) noch ungeklärt sind.

Als Herausgeber bedanken wir uns herzlich bei den Mitautoren, die mit Engagement und qualifizierten Beiträgen zum Qualitätsniveau dieses Werkes beitragen. Unser Dank geht auch an Anita Brutler vom Kohlhammer Verlag für ihr zielführendes Lektorat und die angenehme Zusammenarbeit.

Wilfried von Eiff, Münster/Leipzig
Christoph Dodt, München
Matthias Brachmann, Düsseldorf/Ulm
Christopher Niehues, Münster
Thomas Fleischmann, Heide

I Anforderungen an das Management

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 Aufnahmestation, 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 gefährigten 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:
 - Fehlzuweisungen 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

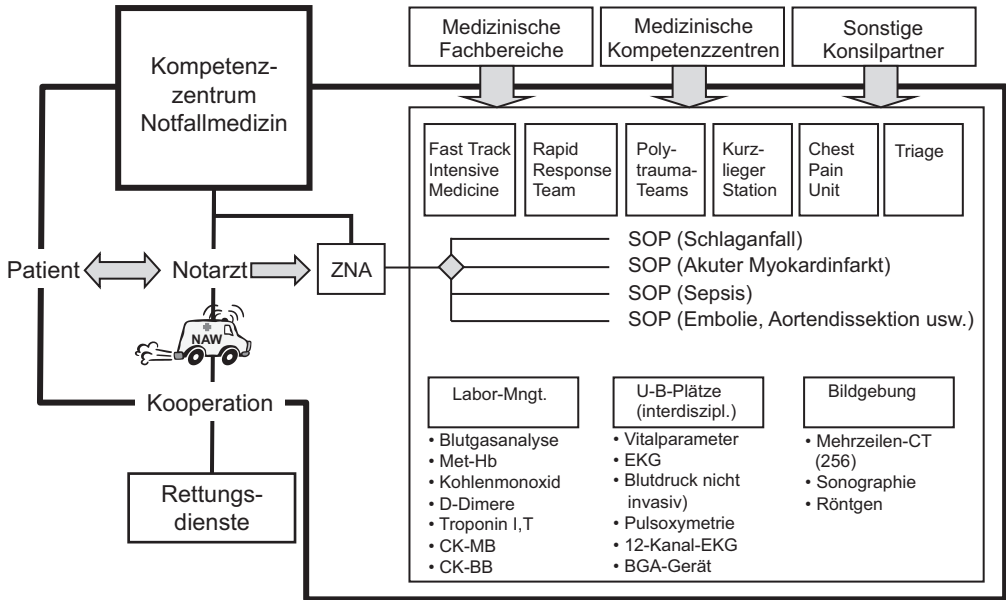


Abb. I-1: Struktur eines Kompetenzzentrums »Notfallmedizin«

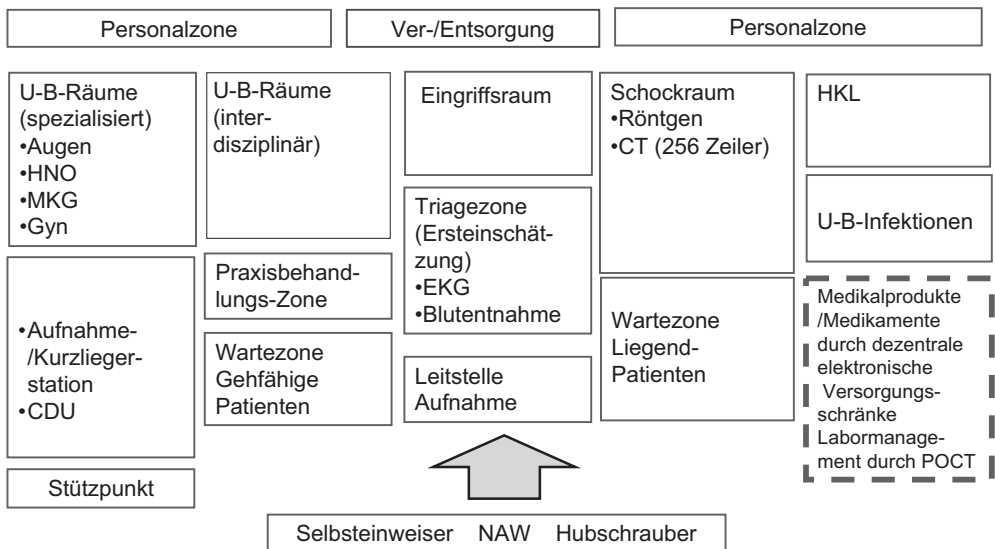


Abb. I-2: Generische Zuordnung von Funktionsbereichen als Gestaltungselemente einer interdisziplinären ZNA

- 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 Organisationsdrehzscheibe 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 Koordinationsdrehzscheibe 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 Traumapatienten 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:

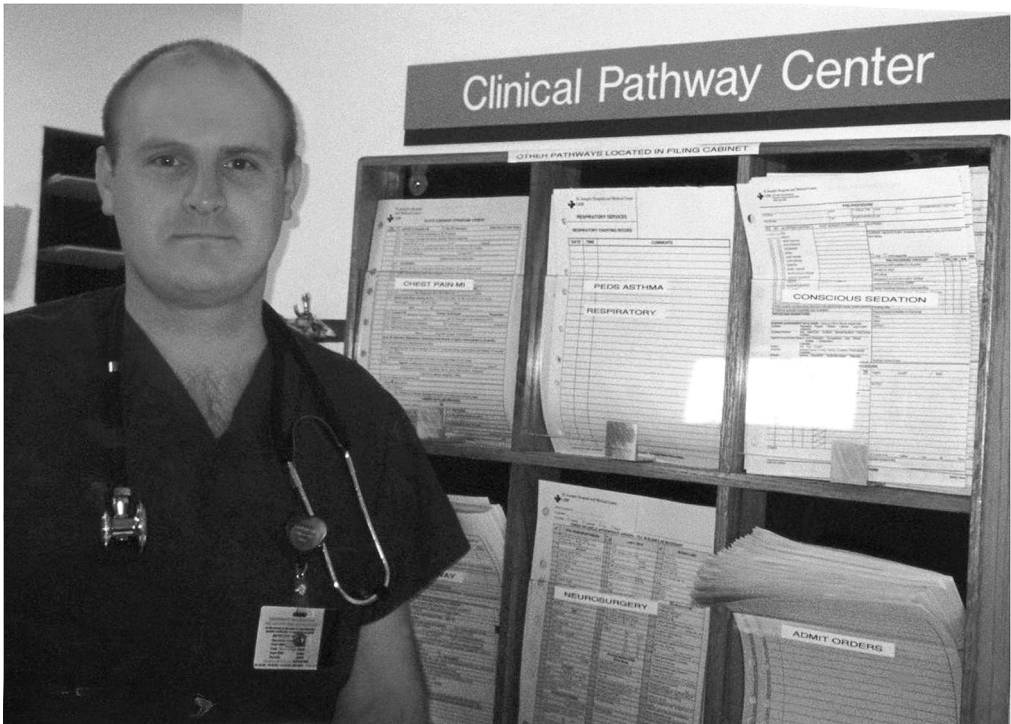


Abb. I-3: Nach der Triage-Diagnose auf Basis von Clinical Pathways und Diagnose-Checklisten werden je nach Fallform für Stroke Team 1 für Patienten mit SA-Ereignis < 3 Stunden und Stroke Team 2 mit SA-Ereignis > 3 Stunden mobilisiert (Foto: von Eiff).

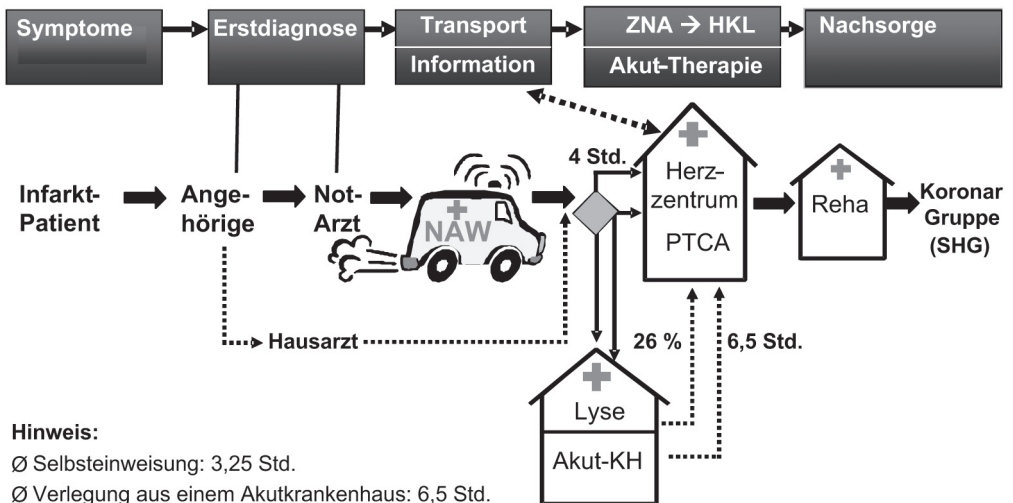


Abb. I-4: Netzwerk Herzinfarkt: Die Qualifikation der Notärzte in Verbindung mit klaren Informations- und Kompetenzstrukturen ist der Erfolgsfaktor bei der Versorgung des akuten Koronarsyndroms.

- die Notärzte das 12-Kanal-EKG bereits während des Transports auswerten und
- den Patienten über das »rote Telefon« für das Katheterlabor anmelden (► **Abb. I-4**).

Im Idealfall steuert der ZNA-Verantwortliche die Weiterqualifikation und den Einsatz der präklinischen Notfallärzte auf den Rettungstransportwagen, um sicherzustellen, dass auch die Transportzeit diagnostisch und organisationsvorbereitend genutzt werden kann.

Eine »Blaupause des Erfolgs« im Sinne eines Standardkonzepts für die Organisation des Notfallmanagements gibt es nicht. Stattdessen muss berücksichtigt werden, ob das Notfallmanagement aus einem Maximalversorgungs- oder einem kleineren bis mittleren Krankenhaus (ca. 8.000–13.000 Eingriffe pro Jahr) in die Notfallversorgung eingebunden wird. Weiterhin spielt eine Rolle, ob die Notfalleinheit ein ländliches, medizinisch nur begrenzt erschlossenes Gebiet zu versorgen hat oder in einem Ballungsgebiet Teil der Notfallversorgung ist.

Für kleinere und mittlere Krankenhäuser mit begrenzter Anzahl von Fachabteilungen und mit einem Versorgungsbereich ländlicher Raum stellt die ZNA unter Leitung eines Facharztes für Notfallmedizin eine medizinisch adäquate und ökonomisch zielführende Organisationsvariante dar. Unter solchen strukturellen Bedingungen ist das paramedizinische Rettungspersonal im Hinblick auf die präklinische Diagnose des Schlaganfalls und des akuten Koronarsyndroms zu qualifizieren und es sind SOP sowie Rettungswege (mit qualifizierten Zielkrankenhäusern z. B. bei Schlaganfall) zu definieren.

Dagegen hat die ZNA (oder ein Kompetenzzentrum für Notfallmedizin) in einem Krankenhaus mit einer Schwerpunkt- beziehungsweise Maximalversorgung andere Herausforderungen der Organisationsgestal-

tung; hier greift die ZVA in den Patientenversorgungsprozess sowie in das Management der Bettenbelegung ein.

Eine besondere Rolle in der Notfallversorgung spielen Portalkliniken. Es handelt sich um akut-stationäre Einrichtungen, die durch telemedizinische Anbindung an einen Maximalversorger oder eine Spezialklinik in der Lage sind, Notfallpatienten qualifiziert zu versorgen sowie im Bedarfsfall in eine besonders qualifiziertes Krankenhaus zu überführen.

Die Qualität der Notfallversorgung hängt direkt ab von den professionellen Qualifikationen des Personals und den medizintechnischen Ressourcen. Die zeitnahe, diagnostische Labormedizin hat hier besondere Bedeutung: bis zu 70 % beträgt der Anteil der Labormedizin am gesamten Diagnostikprozess und seinen Resultaten. Um die Turn-around-Zeit (Probenanforderung bis Verfügbarkeit des Probenresultats am Entscheidungsort) zu verkürzen, werden zeit- und therapiekritische Parameter mehr und mehr über POCT-Geräte ermittelt. Die Effekte:

- der Patient hat eine verkürzte Wartezeit
- der Therapiebeginn startet frühestmöglich
- verbesserte therapeutische Prognose
- die Monitoring-Kapazität in der ZNA wird entlastet
- qualifizierte Entlassungsdiagnose bzw. qualifizierte Therapieentscheidung entlasten Intensivmedizin und Intermediate Care.

Aus Sicht der ZNA ist POCT ein selbstbestimmter Prozess der Bestimmung diagnose-relevanter und zeitkritischer Laborparameter (z. B. Troponin I,T; CK-MB; D-Dimere). Feststellbar ist, dass Patientenrisiken, Patientenzufriedenheit, medizinisches Resultat und Prozesskosten durch POCT in der ZNA positiv beeinflusst werden.

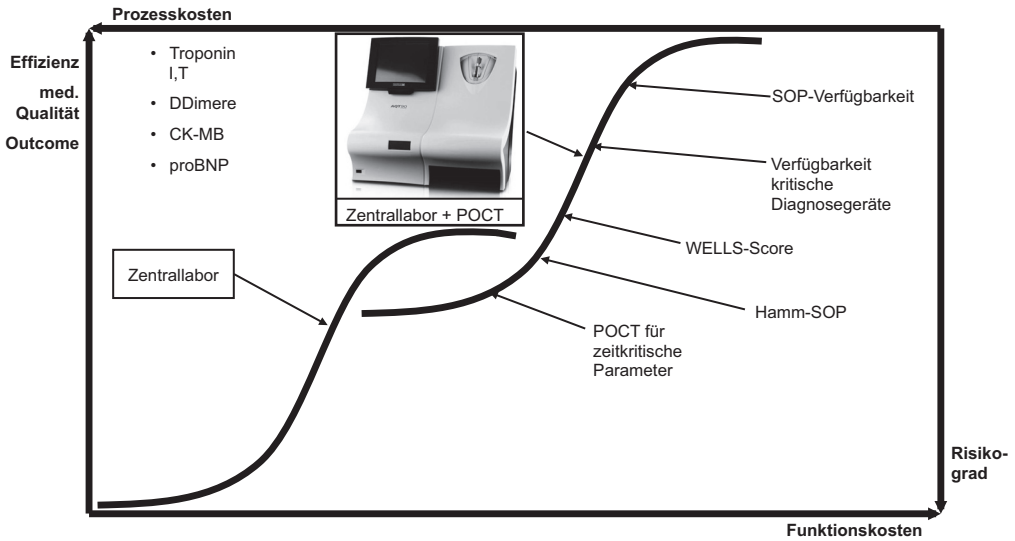


Abb. I-5: POCT zur Diagnosebeschleunigung und Entlastung von Überwachungsplätzen

2.4 Trends und Herausforderungen

Der demografische Wandel bewirkt eine höhere Zahl multimorbider, verunfallter Patienten. Professionelle Notfallmedizin ist gefordert.

Eine wichtige Herausforderung für eine ZNA besteht darin, den durch den demografischen Wandel bedingten Änderungen in der Struktur von Krankheitsbildern und Schweregraden von Patienten mit einer qualifizierten medizinischen Leistung zu begegnen: Multimorbide Patienten mit steigendem Durchschnittsalter in Verbindung mit den besonderen Anforderungen einer Notfallmedizin lassen es angezeigt erscheinen, neue organisatorische Versorgungskonzepte ebenso zu entwickeln, wie es gilt, über die Anpassung von Berufsbildstrukturen nachzudenken.

Die Diskussion über eine Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin nach anglo-

amerikanischem Vorbild (Emergency Physician) darf ebenso wenig ein Tabu-Thema sein, wie die Einrichtung einer interdisziplinären und interprofessionellen ZNA, in der zeitlich befristet vom Stations-/Funktionsdienst freigestellte Fachärzte aus Spezialdisziplinen ungestört und konzentriert ihren Dienst verrichten. Auch die Frage nach der geeigneten präklinischen Notfallorganisation (Rettungswege) in Verbindung mit der Sicherstellung des erforderlichen Qualifikationsniveaus von Rettungswagen-Besatzungen muss durch geregelte Mindeststandards in der Notfallausbildung eindeutig beantwortet werden.

Prozessorganisation, Personalqualifikation, baulich-funktionale sowie medizintechnische Ausstattung bestimmen die Effizienz der ZNA. Die Erfolgsfaktoren zur Effizienzsteigerung im Einzelnen:

- Organisatorische und diagnostische Integration der präklinischen
- Notfallversorgung in den ZNA-Ablauf
- Qualifikation der NAW-Ärzte
- Qualifikation der ZNA-Ärzte
- Arbeitsweise innerhalb der ZNA konsequent ausgerichtet an
 - Scores (Manchester-, Wells-, ...)
 - SOPs (Hamm-, ...)
- Berufsbild-Reengineering
- POCT-Diagnostik für zeitkritische Parameter
- Baulich-funktionale Ausstattung und Medizintechnik

Literatur

von Eiff, W. (2009) Marketing und Markenmanagement für Krankenhäuser: Beiträge des OP-Managements zur Markenbildung. In: Ansorg,

J., Diemer, M., Schleppers, A. et. al. (Hrsg.) OP-Management. 2. Auflage. Berlin: MVW 2009, S. 121–130.

II Strategie, Finanzierung und Controlling

1 Unternehmenstrategie und Markenmanagement

Die Zentrale Notaufnahme als Aushängeschild eines Krankenhauses

Wilfried von Eiff

1.1 Problemstellung

Der ZNA kommt einerseits eine wichtige strategische Funktion als »Einweiser« für die stationären Bereiche zu. Etwa ein Drittel aller Notfallpatienten werden direkt nach Erstversorgung in der ZNA stationär weiterbehandelt. Andererseits ist eine qualifizierte Notfallversorgung ein wichtiger Imagefaktor, durch den medizinische Kompetenz demonstriert wird und patientenfreundliches Verhalten bewiesen werden kann. Entsprechend kommt es darauf an:

- die baulich-funktionalen Strukturen auf die Anforderungen der Arbeitsabläufe abzustimmen sowie
- die Prozessabläufe fallgerecht und patientenorientiert zu gestalten.

Zur patientenorientierten Gestaltung der ZNA gehört auch die Schaffung eines Milieus, das dazu beiträgt, unnötige Ängste von Patienten und Angehörigen zu vermeiden; dies z. B. durch baulich-funktionale sowie architektonisch-gestaltete Ansätze, die an dem Konzept der »heilungsfördernden Umgebung« orientiert sind.

Insbesondere Notfallpatienten haben eine vergleichsweise hohe Bereitschaft zur Kommunikation nach Entlassung. Daher kommt es darauf an, durch Ambiente, Prozessgestaltung, medizinische Qualität und mitfühlende Kommunikation eine positive Bereitschaft zur Weiterempfehlung zu erreichen.

1.2 Unternehmenstrategie: strategische Positionierung des Krankenhauses

Ziel der strategischen Positionierung ist es, das Leistungsprofil eines Krankenhauses marktgerecht zu entwickeln und im Meinungsbild von Öffentlichkeit, Patienten, Kostenträgern und Einweisern positiv zu verankern.

1.2.1 Wettbewerbsstrukturanalyse

Grundlage der strategischen Positionierung ist die Analyse der Nachfrage- und Wettbewerbssituation auf dem relevanten Markt. Diese Analyse hilft, Typus und Ursachen der

Marktdynamik zu erkennen sowie Bedrohungen und Chancen zu identifizieren. Als Instrument hat sich die »Regionale Branchen-Struktur-Analyse« bewährt, denn nur wer den Markt kennt, Wirkungsmechanismen durchschaut und relevante Trends in strategische Optionen transformiert, überlebt erfolgreich (► **Abb. II-1**).

Von besonderem Interesse sind die von jedem Marktgestaltungselement ausgehenden Bedrohungen und Chancen.

- a) *Rivalitätsbestimmende Faktoren* sind z. B.:
- Branchendynamik und Paradigmenwechsel im Managementverständnis
 - Vorhaltekosten und optimale Betriebsgröße
 - Markenidentität, guter Ruf und Bekanntheit einzelner Spieler
 - Angebotsstruktur der Konkurrenten (konkurrierend vs. komplementär)
 - Austrittsbarrieren (z. B. begrenzte Liquidationsmöglichkeit im Fall des Scheiterns)
 - Verhandlungsbereitschaft der Kostenträger und der Planungsbehörden

- Trägerstruktur und Rechtsformen der regionalen Spieler
- Existenz privater Ketten im relevanten Markt
- vorhandene Überkapazitäten
- Marktwachstumsmöglichkeit
- Konzentrations-/Monopolgrad
- Umstiegskosten (bei Umstieg in ein anderes Geschäftsfeld; z. B. Akutkrankenhaus in Altenheim oder Reha-Klinik in Pflegeheim)
- die Bereitschaft zur Ausdehnung entlang der Wertkette

- b) Die *Bedrohung durch neue Marktteilnehmer* hängt u. a. von diesen Faktoren ab:
- Lücken im medizinischen Leistungsangebot
 - Kapitalerfordernisse
 - Bausubstanz der bestehenden Kliniken
 - Zugangsmöglichkeiten zu neuen Versorgungsstrukturen
 - Komplementarität der Angebotsstrukturen im Zielmarkt zum Leistungsangebot einer Krankenhauskette (strategischer Fit)

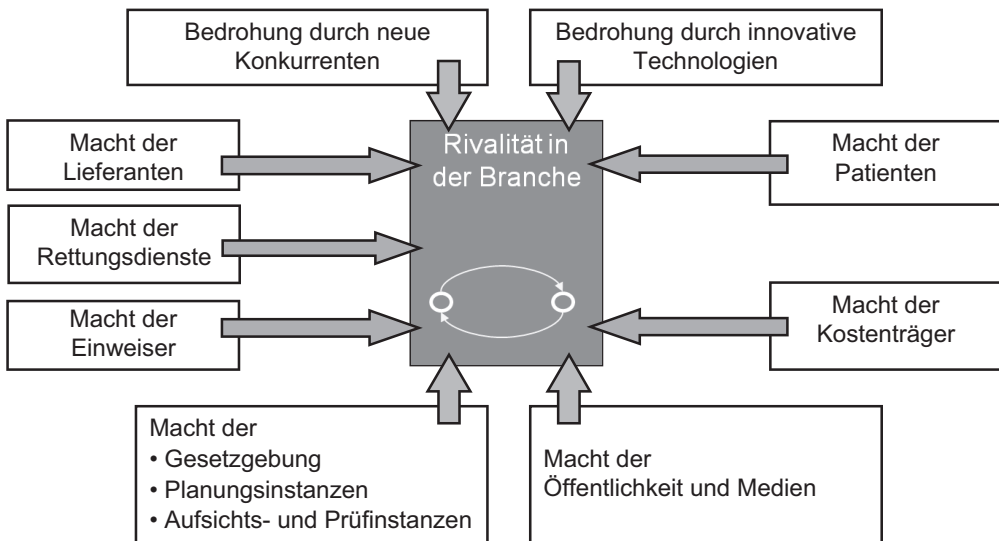


Abb. II-1: Die RBSA macht die treibenden Wettbewerbskräfte transparent

- zu erwartende »Vergeltungsmaßnahmen« durch Planungsinstanzen, Kostenträger, Öffentlichkeit/Medien, Tarife und Stärke der Arbeitnehmervertreter, Mobilisierungsmöglichkeit von Economies of Scale, Scope und Management Complexity
- die Macht der Kostenträger (z. B. durch verstärktes Einführen des Einkaufsmodells und anderer Managed Care-Komponenten), ebenso wie die Macht von Einweisern (abhängig von den Entscheidungs-/Versorgungsalternativen), Öffentlichkeit/Medien sowie Lieferanten (abhängig von den Möglichkeiten zur Einkaufs- und Logistikoptimierung).

c) *Eintrittsbarrieren* können z. B. sein:

- Zugang zu Einweisern des ambulanten Bereichs
- Zugang zu Managed Care-Einweisern (z. B. Betriebskrankenkassen)
- Zugang zu Belegungsträgern (für Reha-Leistungen)
- Betriebsgrößen vorhandener Einrichtungen (z. B. Geburtshilfe)
- Belegungs-/Budgetpolitik der Krankenkassen
- Strukturpolitik der Planungsbehörden
- hoher Markenstatus eines vorhandenen Krankenhauses
- politische Hemmnisse, Zeitverzögerungen, »Vergeltungsmaßnahmen« (das Beispiel Euromed in Köln)
- Kapitalerfordernisse (z. B. für Kauf, Neubau)
- Finanzstärke der bisherigen Spieler
- Umstiegskosten in ein anderes Kerngeschäft.

d) Zu den *Substitutionsgütern* zählen z. B.

- medizinische Substitutionsangebote (operativ vs. konservativ)
- stationersetzende Leistungen
- Generika
- Chirurgische Einmalinstrumente vs. mehrfachverwendbare OP-Produkte

- minimalinvasive Diagnose- und Therapieverfahren
- Schulmedizin vs. Alternative Medizin (z. B. Ayurveda, Homöopathie, TCM)
- die regionale Substitution; z. B. OP und Reha auf Mallorca

Es ist zwischen verschiedenen Stufen der Substitution zu unterscheiden:

1. Stufe = Substitutionen von Kerngeschäftsleistungen
2. Stufe = Substitutionen von innovativen Produkten
3. Stufe = Substitutionen von Regionalleistungen

1.2.2 Positionierung

Die strategische Positionierung erfolgt auf Basis von zwei Aspekten (► **Abb. II-2**):

1. Mit der Festlegung des »Konkurrenzbereichs« ist eine Fokussierungsentscheidung auf das Marktsegment verbunden. Ein breites Markt-/Zielgruppensegment kann sich entweder auf die typische Angebotsstruktur eines Akutkrankenhauses ausrichten oder innerhalb eines Fachgebiets (z. B. Unfall-/Notfallversorgung) die komplette Bandbreite an Fällen abdecken (z. B. Trauma-Zentrum).
2. Die Festlegung des »Wettbewerbs-/Strategievorteils« bezieht sich auf die Frage, mit welchen eigenen Fähigkeiten und infrastrukturellen Voraussetzungen eine Vorteilsposition im relevanten Markt begründbar ist. Solche Vorteilspositionen können sich aus »Kostenvorteilen« ergeben (vergleichsweise geringe Vorhaltekosten; Prozessoptimierung usw.), aus intern vorhandenen/entwickelbaren Leistungspotenzialen resultieren oder die »Einzigartigkeit« bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder betreffen (z. B. Schlaganfallversorgung, Herzinfarktbehandlung, Trauma-Zentrum usw.).

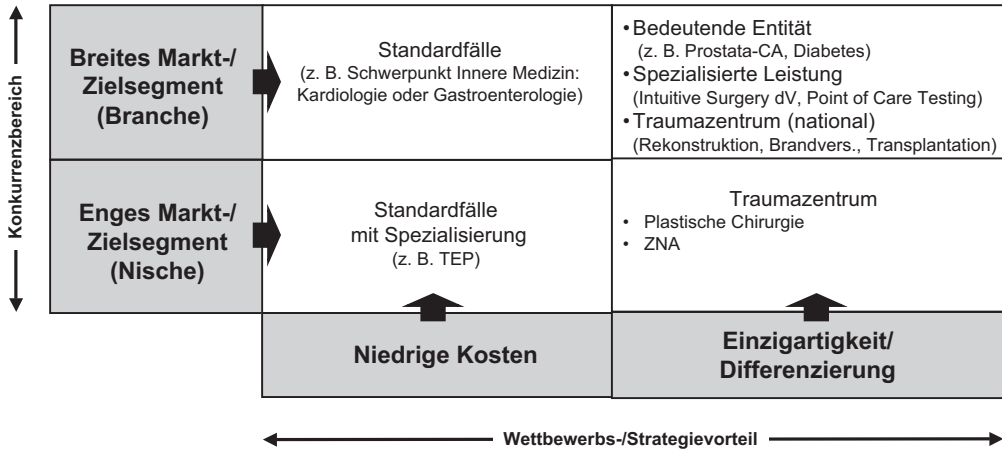


Abb. II-2: Strategische Positionierungsmöglichkeiten – Kooperationsstrategie

1.2.3 Wertschöpfungskette

Eine klare Positionierung ist für die Bündelung von medizinischen und ökonomischen Ressourcen und damit für die Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit erste Voraussetzung.

Auf Basis der Positionierung kann im nächsten Schritt die Gestaltung der Wertschöpfungskette erfolgen. Eine *medizinische Wertschöpfungskette* beschreibt die Abfolge von Versorgungsstufen zur fallabschließenden Behandlung eines Krankheitsbildes (z. B. Hüftgelenk-Fraktur nach Sturz/Unfall) unter der Berücksichtigung der krankheitsindividuellen, persönlichen und sozialen Situation eines Patienten. Eine *Krankenhaus-Wertschöpfungskette* umfasst alle internen und externen Ressourcen und Institutionen, die erforderlich sind, um Patienten eines bestimmten Krankheitsbildes fallgerecht zu versorgen.

Die Wertkettenbetrachtung rückt die Frage nach der Arbeitsteilung zwischen medizinischen Leistungsanbietern in den Vordergrund und zielt auf die Gestaltung von Outsourcing und Kooperationen (► Abb. II-3).

Das Management-Konzept der Wertschöpfungskette lässt sich als Strukturie-

rungsansatz zur Gestaltung von sektorübergreifenden Notfallversorgungsstrukturen zielführend einsetzen (► Kap. 1.2.5 Wertschöpfungskette in der Schlaganfallversorgung).

Solche Kooperationen betreffen insbesondere auch Netzwerke in der Notfallversorgung (Schlaganfall, Herzinfarkt, Traumanetzwerk usw.).

1.2.4 Cluster-Strukturen und Campus-Konzepte

Medizinische Versorgungscluster sind Ausdruck der Strategie, an einem Standort beziehungsweise in einer Region alle medizinischen Leistungsangebote unter einheitlicher Steuerung zu bündeln, die notwendig sind, um ein bestimmtes Krankheitsbild sektorübergreifend und fallabschließend zu versorgen. Dabei handelt es sich einerseits um Krankheitsbilder, die elektiven Charakter haben und deren Behandlungsprozess gut standardisierbar ist (z. B. totale Endoprothese). Andererseits ermöglichen diese Versorgungskonzepte auch neue Wege im Bereich der Notfallmedizin.

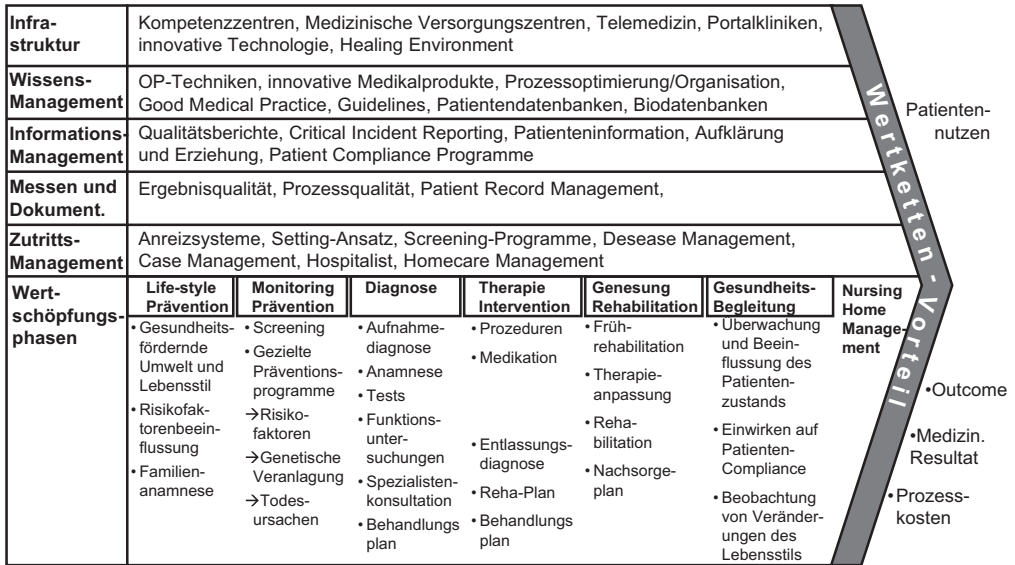


Abb. II-3: Die Struktur der Wertschöpfungskette im Gesundheitswesen: Je früher Aktionen in der Wertkette erfolgen, desto effektiver und wirtschaftlicher gestaltet sich das Gesundheitssystem.

Integrierte Versorgung

Diagnose, Therapie und Rehabilitation sowie ambulante Nachsorge werden sektorübergreifend integriert, einem zentralen Fallmanagement unterstellt (Case Manager) und führen zu einer verkürzten Verweildauer im System bei gleichzeitiger Senkung der im System anfallenden Behandlungskosten.

Diese Form der Versorgung war Grundidee der Verträge zur integrierten Versorgung (► **Abb. II-4**). Diagnose, Therapie und Reha werden integriert und ohne vermeidbare Wartezeiten realisiert; Nachsorgeangebote für den häuslichen Bereich ermöglichen die frühere Entlassung.

Das integrierte Versorgungsnetz verbindet medizinische Leistungsanbieter unterschiedlicher Spezialisierung mit dem Ziel, Krankheitsbilder ohne besonderes Komplikationsniveau so zu versorgen, dass eine bedarfsgerechte Medizin bei niedrigen ver-

gleichbaren Kosten sichergestellt ist (► **Abb. II-5**).

Solche Netzkonstruktionen verbinden einerseits Leistungsanbieter unterschiedlicher Versorgungsstufen (niedergelassener Vertragsarzt, Krankenhaus, Pflegeheim usw.); andererseits ist das Leistungsangebot solcher Netze die Grundlage für Versicherungsleistungen, die zu besonders günstigen Konditionen eingekauft werden können. Die Versicherungsleistung wird also in Verbindung mit der medizinischen Leistung aus einer Hand (in einem Vertragspaket) angeboten (= Managed Care-Prinzip).

Portalkliniken

Portalkliniken spielen in der Notfallversorgung eine besondere Rolle: Sie stellen eine primäre/sekundäre hoch qualifizierte Gesundheitsservice-Institution dar, die präzise Diagnosen liefert, um zu entscheiden, ob ein Patient weitere, spezialisierte Behandlung

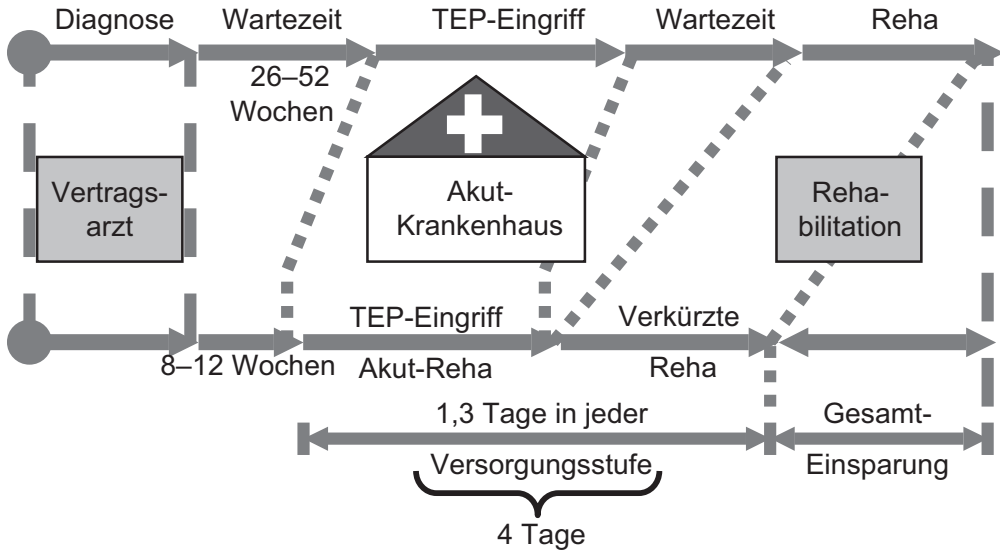


Abb. II-4: Verweildauerreduktion, Qualitätsverbesserung und Kostensenkung bei der integrierten Versorgung von Hüftpatienten (TEP)

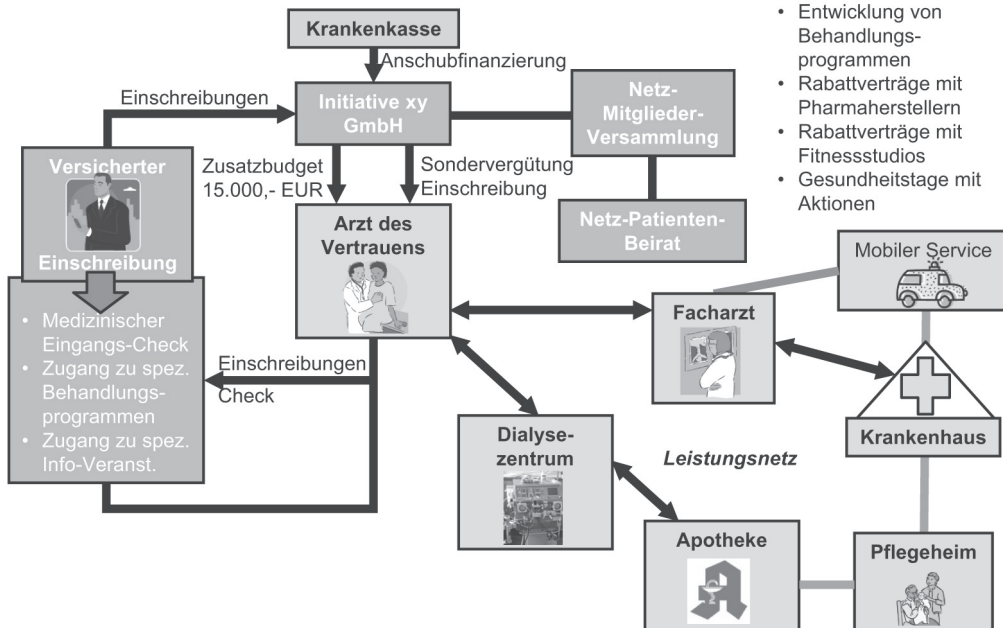


Abb. II-5: Medizinische Versorgungsnetzwerke mit Managed Care-Charakter: Ärzte helfen, damit der Patient sein persönliches Gesundheitspotenzial ausschöpft.

benötigt. Sie sind über eine telemedizinische IT-Infrastruktur mit Spezialkliniken (z. B. Lungen-/Thoraxchirurgie; Neurologie usw.), qualifizierten Sekundardienstleistern (z. B. Radiologiezentren) und Maximalversorgern verbunden. Dies ermöglicht schnelle, präzise Diagnosen, Zweitmeinungskonsile per Telekonferenz und gezielte Akutversorgung (► Abb. II-6).

Das Campus-Konzept

Ein Campus ist ein lokal konzentrierter Verbund von komplementären medizinischen Leistungsanbietern mit dem Ziel, für komplexe Krankheitsbilder (z. B. Katalogkrankheiten; onkologische Entitäten; Herz-Kreislaufkrankungen) eine fallabschließende ganzheitliche Versorgung sicherzustellen (► Abb. II-7).

Das Campus-Konzept ermöglicht Spezialisierung und komplementäre Differenzierung mit Leistungsangeboten im Akut- und Elektivbereich mit dem Ziel einer ganzheitlichen Versorgung (Versorgungslebenszyklus). Der medizinische Versorgungsansatz eines Campus ist orientiert an der kausalen Verknüpfung unterschiedlicher Krankheitsbilder: 35 % aller Herzinfarktpatienten sind gleichzeitig Diabetiker und 20 % aller Herz-Kreislaufpatienten erleiden einen Schlaganfall. Diabetiker sind überdurchschnittlich häufig von Gefäßleiden (Diabetischer Fuß; Gefäßstenosen) betroffen. Das Campus-Konzept führt Kardiologie, Herz-Thorax-Chirurgie, Gefäßchirurgie, Diabetesambulanz, Rheumatologie und Neurologie zusammen.

Unter dem Aspekt des Notfallmanagements ergeben sich dadurch neue Möglichkeiten der Notfall- beziehungsweise Akutversorgung.

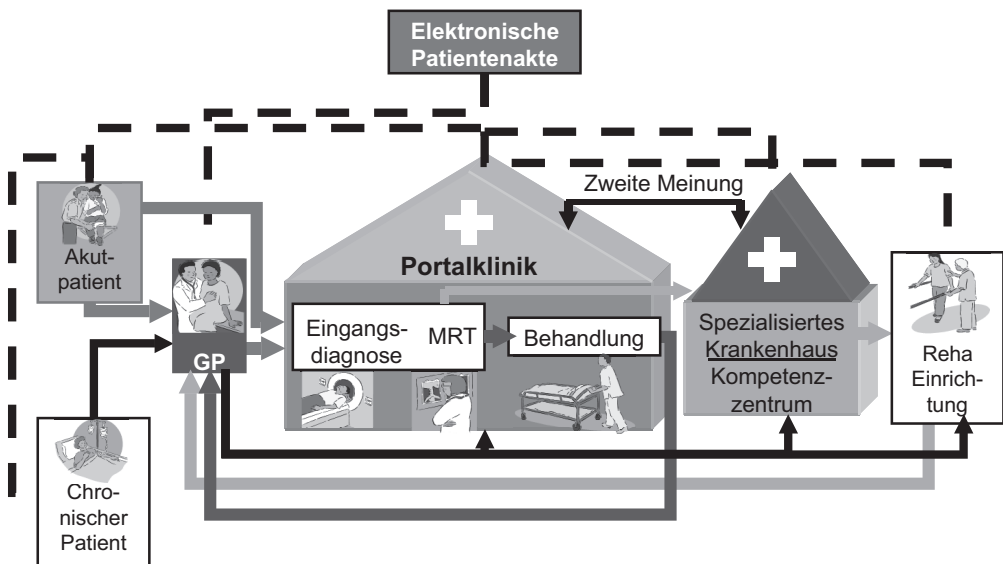


Abb. II-6: Die Portal-Klinik – ein zusätzlicher Pförtner der Pflege: Sie hält eine qualifizierte Notfalldiagnostik sowie Notfallversorgung (teilweise auf Basis eines telemedizinischen Netzwerks) vor (vgl. von Eiff 2009).

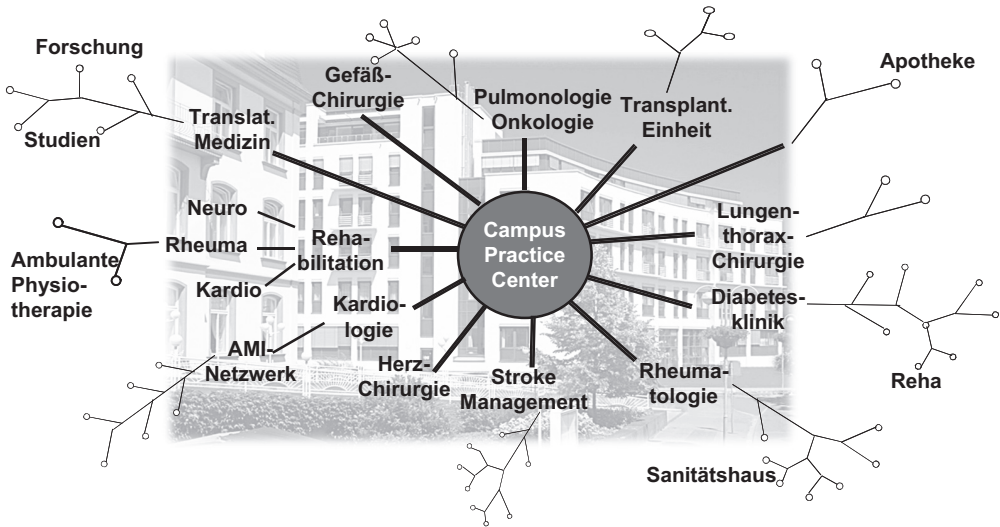


Abb. II-7: Das Campus-Practice-Center: Das Campus-Konzept ermöglicht eine interdisziplinäre, auf komplementäre Leistungsstrukturen ausgelegte Notfallmedizin (© CAVE/MVE 2009).

1.2.5 Prozessmanagement in der Notfallversorgung

Die Notfallversorgung ist umso effektiver und wirtschaftlicher, je mehr es gelingt, eine reibungslose und zeitnahe Verknüpfung der verschiedenen medizinischen Leistungssektoren (Ambulante Erstversorgung, Versorgung auf dem Rettungstransport, stationäre Ergänzungsbehandlung, Akutrehabilitation und ambulante Notfallnachversorgung) sicherzustellen. Dies kann am Beispiel der akuten Notfallversorgung des Schlaganfalls demonstriert werden.

Jährlich sind etwa 250.000 Menschen in Deutschland von einem erstmaligen oder wiederholten Schlaganfall betroffen. 20 bis 30 % der Patienten versterben innerhalb der ersten vier Wochen. Im Jahr 2003 starben 75.114 Menschen an einem Apoplex (Frauen: 47.724; Männer: 27.386). Damit handelt es sich um die dritthäufigste Todesursache. Die Tendenz dieses Akutkrankheitsbildes ist aufgrund des Phänomens der alternden Ge-

sellschaft steigend, da Schlaganfälle vornehmlich im höheren Lebensalter vorkommen: Männer sind bei ihrem ersten Schlaganfall im Durchschnitt 70 Jahre, Frauen etwa 75 Jahre alt. Die WHO spricht bereits vom Schlaganfall als der kommenden »Epidemie des 21. Jahrhunderts« (Bonita 1998).

Der Schlaganfall bedarf der sofortigen notärztlichen Versorgung, wobei zwei Regeln komplementäre medizinische und ökonomische Effekte zeigen:

- *Time is Brain*: Je schneller der Schlaganfall nach Auftreten des Infarkt ereignisses versorgt wird, umso größer ist die Bandbreite wirkungsvoller diagnostischer und therapeutischer Optionen und umso positiver ist die Prognose bezüglich einer Rückkehr in das normale beziehungsweise ein weitgehend selbstbestimmtes Leben. Ein Drittel der Patienten bleibt dauerhaft pflegebedürftig, was zumindest teilweise durch schnelle fachärztliche Versorgung hätte vermieden werden können.

- *Time is Money*: Schnelle Versorgung durch integrierte Diagnose- und Therapieansätze senkt die individuellen Gesamtkosten dieses Krankheitsbildes.

Wichtig ist es, dass die entscheidenden Akteure innerhalb des SA-Wertschöpfungs-Prozesses ihre Leistungsbeiträge zeitnah und

leitliniengerecht erbringen und abstimmen (► **Abb. II-8** und ► **Abb. II-9**).

Dazu ist es erforderlich,

- die Rettungskräfte (Notärzte, NAW-Beatzungen) so zu schulen, dass die Schlaganfallsymptome zielsicher und schnell erkannt werden,

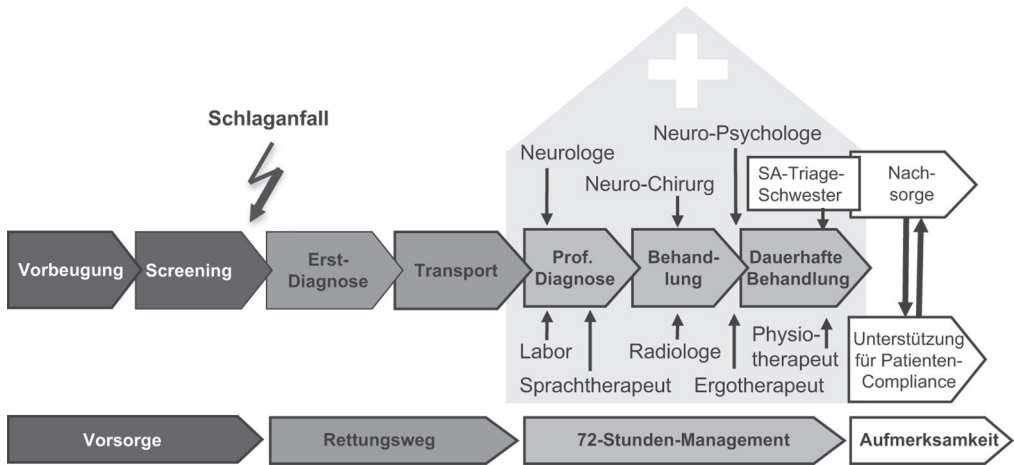


Abb. II-8: Behandlung gemäß OP-/Schlaganfall-Management-Abläufen: Der Rettungsweg ist ein wichtiger Erfolgsfaktor im SA-Management.

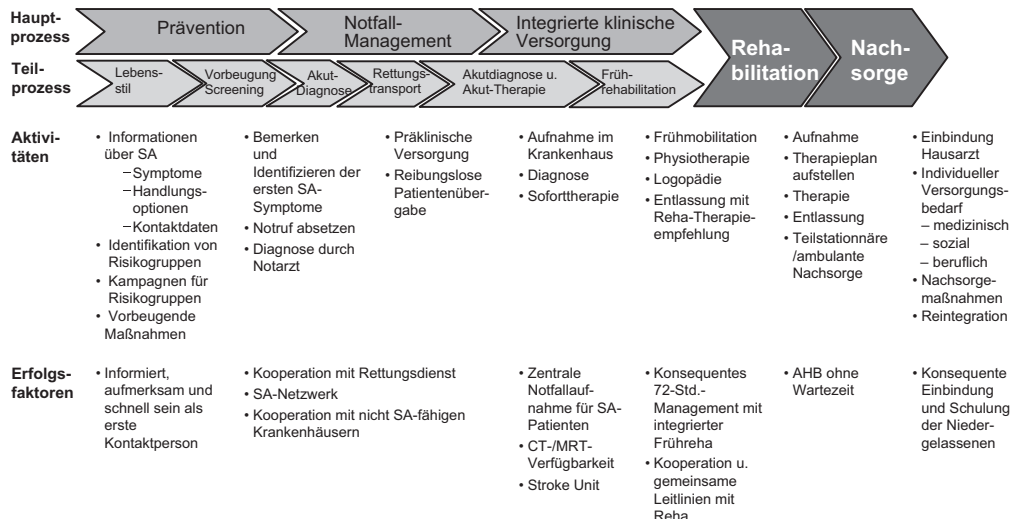


Abb. II-9: Prozess-Modell »Schlaganfall«: Das Notfallmanagement vor und nach Aufnahme ins Krankenhaus ist ein wichtiger klinischer und wirtschaftlicher Erfolgsfaktor.

- den Rettungsweg auf ein Krankenhaus mit Schlaganfallkompetenz zu konzentrieren.
- die Erstdiagnose im Krankenhaus (CT/Perfusions-CT/MRT) sofort nach Einlieferung aussagefähig sicherzustellen und
- das therapeutische Team (Neurologie, SA-Schwester, Physiotherapeut, Logopäde) sofort verfügbar zu haben.

1.2.6 Markenmanagement in Krankenhäusern

Die Marke als Wahrnehmungsmonopol

Produkte, Dienstleistungen oder Institutionen haben Markencharakter, wenn die damit verbundenen Assoziationen im Meinungsbild von relevanten Zielgruppen und Öffentlichkeit eine »Monopolstellung« erreicht haben. Eine Marke repräsentiert die Best-in-Class-Standards innerhalb einer Klasse und ist deshalb oft auch identisch mit einer Klassenbezeichnung: Mayo steht für »Diagnoseklinik«, John Hopkins steht für Spitzenmedizin in 17 Spezialgebieten, Great Ormond Street steht für »Die Kinderklinik«. Eine Marke ist:

- *einmalig*, also nicht kopierbar
- *unverwechselbar* im Erscheinungsbild
- *unverzichtbar* bezüglich ihrer Kompetenz
- *unaustauschbar*, weil sie einen besonderen emotionalen Wertvorteil für einen Kunden beinhaltet, der dem Lebensgefühl des Kunden entspricht (z. B. konfessionelle Krankenhäuser) und der im Krankenhausbereich sich auf Vertrauen in die medizinische Leistung und individuelle, menschliche Kommunikation sowie psychologischen Beistand fokussiert.

Markenwert und Markenfunktion

Eine Marke ist immer mit einem Wertangebot verbunden, das von bestimmten

Zielgruppen als vorzuzugwürdig gegenüber allen anderen zur Auswahl stehenden Angeboten eingestuft wird. Eine Marke beeinflusst die Auswahlentscheidung eines Kunden nur dann, wenn sie für den Kunden entscheidungsrelevante Informationen mobilisiert. Das Wertangebot einer Marke für den Kunden lässt sich aus den drei Grundfunktionen einer Marke ableiten (► **Abb. II-10**), die eine wertvolle Hilfe im »Kauf-/Dienstleistungsentscheidungsprozess« bieten:

- *Funktion der Risikoreduktion*: Eine Marke steht für »vermutete bzw. erwiesene Qualität« und signalisiert umfassende, herausragende Kompetenz auf einem Fachgebiet. Damit verringert sich die (subjektiv eingeschätzte) Gefahr einer Fehlentscheidung. Insbesondere im Gesundheitsmarkt spielt diese Markenfunktion die zentrale Rolle, weil Patienten ein Krankenhaus primär nach der vermuteten medizinischen Qualität aussuchen.
- *Funktion des Identifikationsnutzens*: Der Kunde identifiziert sich mit der Marke, indem er zeigt, dass die Marke Teil seines Lebensstils ist. Für medizinische Leistungen hat diese Markenfunktion begrenzt Bedeutung, eher für prestigegebende Produkte (Designerware) und Dienstleistungen (Exklusiv-Reisen). Insbesondere Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft bieten für gläubige Patienten einen Identifikationsnutzen; religiöse Symbole und Rituale sowie die Art der Behandlung und das Verhalten des Personals geben diesen Patienten Sicherheit und Ruhe.
- *Funktion der Selektionshilfe*: Durch ihr unverwechselbares Erscheinungsbild in Verbindung mit einer Qualitätsvermutung stechen Marken vor anderen Angeboten hervor und erleichtern den Such- und Auswahlprozess.

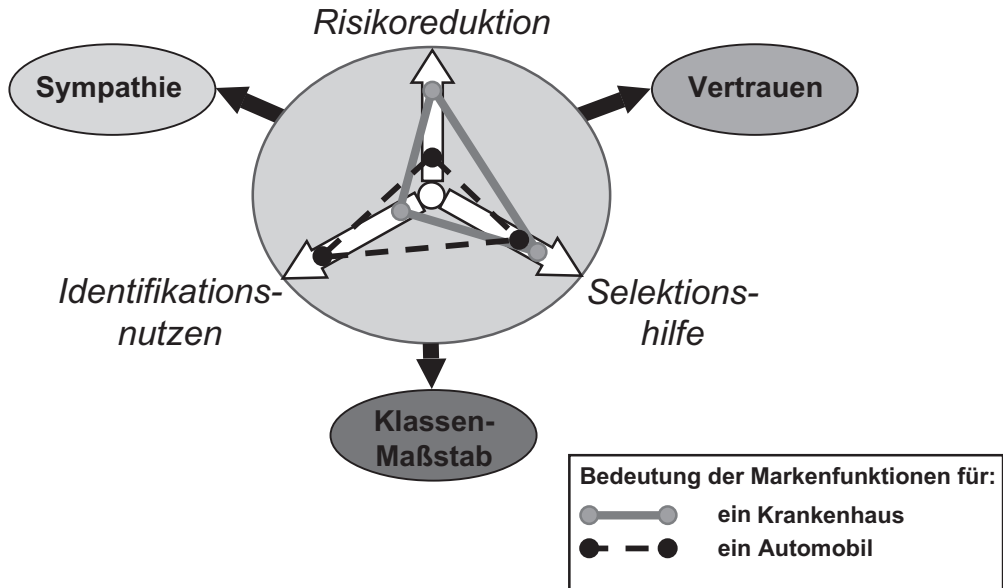


Abb. II-10: Funktionen der Marke: Eine Gebrauchsgütermarke bietet dem Käufer einen Identifikationsnutzen. Eine Medizinmarke ist eine Selektionshilfe und hilft, Risiken zu reduzieren.

Markenansätze

Um die Bedeutung von Marken für die Auswahlentscheidung zu verstehen, ist es erforderlich, sehr genau zwischen

- Konsumgütermarken wie Coca Cola, McDonalds usw.,
- Gebrauchsgütermarken wie Mercedes, Saeco usw.,
- Investitionsgütermarken wie Caterpillar, IBM usw.,
- Dienstleistungsmarken wie FedEx, McKinsey und insbesondere
- Krankenhausmarken wie Johns Hopkins Hospital, UCLA Medical Center, MAYO Clinic, Great Ormond Street Hospital oder Charité zu unterscheiden.

Grundsätzlich lassen sich drei Ansätze erkennen, nach denen Marken konstruiert werden:

Der *Corporate Design basierte Ansatz* versteht die Marke als einen charakteristi-

schen Namen und/oder ein Symbol, das dazu dient, eine Institution/ein Produkt/ein Dienstleistungsangebot sofort und ohne weitere Erklärung wiederzuerkennen bzw. von konkurrierenden Angeboten zu unterscheiden. Unverwechselbare Logos, Gebäudearchitekturen und Milieuausstattungen unterstützen die Markenprofilierung.

Der auf *Identifikation basierte Ansatz* bietet dem Kunden neben einem Qualitätsversprechen insbesondere eine »emotionale Heimat«. Konsum- und Gebrauchsgüter haben die Besonderheit, dass Sie für ihren Käufer/Benutzer neben dem reinen Genuss-/Gebrauchsnutzen einen sogenannten »Identifikationswert« aufweisen können. Das heißt, der Gebrauch der Marke drückt gleichzeitig ein Lebensgefühl aus: Der Käufer definiert über die Marke einen Teil seiner Persönlichkeit; mit dem Produktgebrauch demonstriert er sein individuelles Lebens- und Selbstwertgefühl gegenüber seiner sozialen Umgebung.

Der *risikobasierte Ansatz* zielt darauf ab, Vertrauen in Qualität und Leistungsfähigkeit

bei den relevanten Zielgruppen zu erreichen. Dieser Ansatz geht davon aus, dass Marken von innen heraus entstehen und nicht ausschließlich und vorzugsweise an Kundenwünschen orientiert sind. Dieser Ansatz stellt zwei Aspekte in den Fokus der Markenbildung: bewiesene herausragende Fachkompetenz sowie Sozialqualität und Unternehmenskultur als Voraussetzungen für positive Medienberichte und gesteigerte Bereitschaft zur Weiterempfehlung. Eine Marke entsteht also nicht durch Marketing, sondern durch bewiesene Leistung. Dieser Ansatz hat im Gesundheitswesen herausragende Bedeutung.

Kompetenz und Assoziation: Meinungsbild und Qualitätsversprechen prägen die Marke

Eine Marke wird repräsentiert durch

- *Zeichen*, die die Identität eines Produkts, einer Dienstleistung, einer Institution optisch darstellen (z. B. Logos, Farbklima, Bekleidung);
- einen *Kompetenzanspruch*, der als Leistungsversprechen an die relevanten Zielgruppen kommuniziert wird;
- das *tatsächliche Verhalten* des Markenunternehmens, durch das der Kunde in die Lage versetzt wird, die Übereinstimmung von »Reden« (Leistungsversprechen) und »Handeln« (tatsächlich erbrachte Leistung) zu überprüfen;
- *Assoziationen*, die die relevanten Zielgruppen und die Öffentlichkeit mit der Marke verbinden.

Insbesondere Assoziationen, also Bilder, Anmutungen, Vorstellungen, Gefühle und Gedanken, die automatisch einer Person in den Sinn kommen, wenn die Marke wahrgenommen wird, bilden das Image einer Marke und festigen langfristig deren Markenprofil (► **Abb. II-11**). Markenprägende Assoziationen unterliegen im Gesundheitswesen völlig anderen Gesetzmäßigkeiten wie sie für Ver-

brauchs- und Gebrauchsgüter oder auch Dienstleistungen im Banken-, Hotel- und Handelsbereich typisch sind. Ein Krankenhaus ist auf dem Weg zu einem Markenstatus, wenn es ein eigenständiges Profil entwickelt, das positive Signale aussendet und das negative Basis-Image »des Krankenhauses« überwindet.

Mit dem Begriff Krankenhaus sind eher negative Assoziationstendenzen verbunden. Das liegt in der Natur der Sache: Krankenhausleistungen

- sind in der Regel veranlasst durch gesundheits- und/oder lebensbedrohliche Gefährdungen von Menschen,
- bergen iatrogene Risiken (Narkose, Komplikationen usw.) und
- rufen bei vielen Menschen ein Gefühl des Ausgeliefertseins hervor.

Das Krankenhaus als Marke muss also versuchen, Assoziationen zu erzeugen, die Vertrauen in die Qualität und die Menschlichkeit von Leistungen aufbauen, ohne dass Erwartungshaltungen entstehen, die unrealistisch beziehungsweise unerfüllbar sind. Amerikanische Krankenhäuser werben zum Teil mit Erfolgsgarantie und herausragenden Dienstleistungsversprechen, was unter ethischen Aspekten zweifelhaft ist.

Die Zentrale Notaufnahme als Erfolgsfaktor zur Entwicklung eines Markenstatus

Der »loyale Kunde« spielt für das Akutkrankenhaus eine wichtige Rolle: Auch wenn er nicht in das Krankenhaus zurückkommt (was ihm zu wünschen ist), fungiert er als Informationsmultiplikator, indem er dritten Personen über seine Erfahrungen berichtet. Insofern geht es weniger darum, dass der Patient selbst bei zukünftigen Krankheitsfällen das gleiche Krankenhaus aufsucht, sondern seine Erfahrungen »positiv wertend« an möglichst viele Dritte weitergibt.

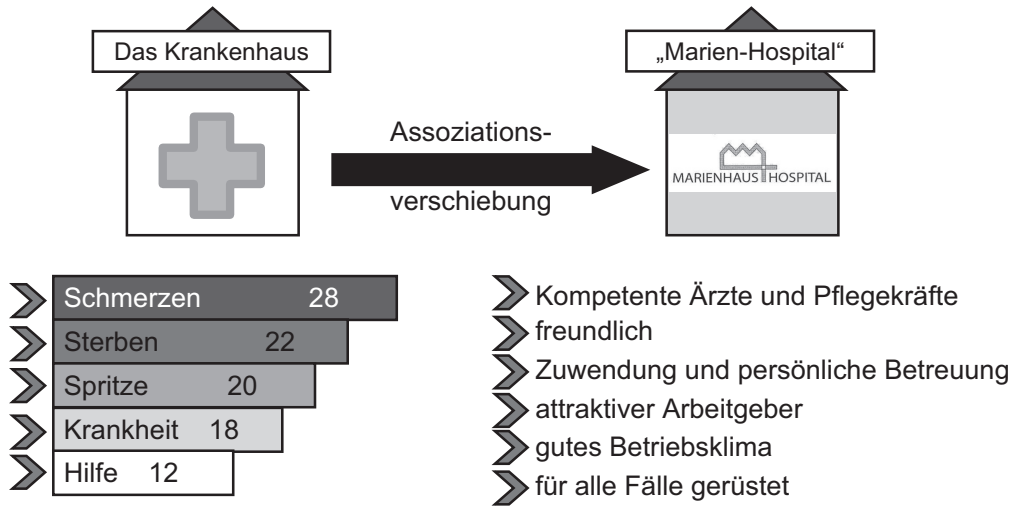


Abb. II-11: Markenbestimmende Assoziation: Ein Krankenhaus mit Markenstatus hat es erreicht, dass eine Assoziationsverschiebung zwischen »dem Krankenhaus« als anonyme Institution und dem eigenen Haus als Leistungs- und Sympathieträger stattfindet (© CKM 2009).

In der CKM-Studie »Magnet-Krankenhaus« rangierte die medizinische Qualität zwar als wichtigstes Beurteilungskriterium für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses, gleichzeitig wurde aber deutlich, dass die wenigsten Patienten in der Lage sind, diese wirklich fachlich zu beurteilen. Die Beurteilung der Gesamt-Qualität (inklusive der medizinischen Leistungsfähigkeit) eines Krankenhauses erfolgt aufgrund der Art und Weise, in der mit ihnen kommuniziert und umgegangen worden ist. Das heißt, neben der medizinischen Qualität und der Service-Qualität spielt insbesondere die Kontaktqualität (also die Fähigkeit des Krankenhauspersonals, Patienten und Angehörigen das Gefühl von Geborgenheit, Verständnis, Hilfsbereitschaft, individuellem Eingehen auf die persönlichen Belange usw. zu vermitteln) die wichtigste Rolle für die Markenbildung.

Befragt man Patienten vier bis sechs Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nach den wichtigsten (also Image und Ruf bildenden) Erlebnissen, Empfindungen und Assoziationen, so steht der Faktor Kon-

taktqualität an erster Stelle der Beurteilungsskala. Die faktische medizinische Leistung (die medizinische Ergebnisqualität) spielt bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses eine deutlich nachgeordnete Rolle: Ehemalige Patienten sprechen mit dritten Personen primär über die Art und Weise der Kommunikation.

Und damit schließt sich der Kreis der Markenbildung für ein Krankenhaus: Erlebte Kontaktqualität führt zu Weiterempfehlung und diese bewirkt im Meinungsbild der Öffentlichkeit das Phänomen der »vermuteten medizinischen Qualität«. Diese vermutete Qualität veranlasst potenzielle Patienten (und Einweiser) dazu, sich das Krankenhaus des Vertrauens auszusuchen. Denn die Wahl eines Krankenhauses wird im Wesentlichen durch das Vertrauen in die medizinische Leistungsfähigkeit bestimmt (► **Abb. II-12**).

Mit anderen Worten: Markenstatus setzt eine *Markenkultur* voraus. Eine Markenkultur äußert sich im Führungsstil, im Kommunikationsverhalten sowie in der Art der Zusammenarbeit ebenso wie in der gelebten »Kunden- und Service-Orientierung«.

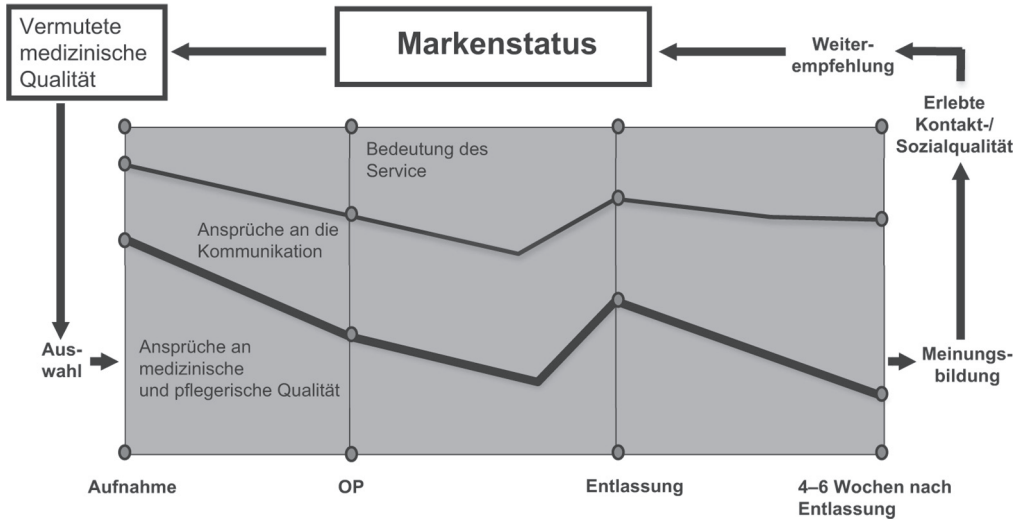


Abb. II-12: Der Markenbildungs-Kreislauf: Markenstatus entsteht durch erlebte Kontakt-/Sozialqualität, die zu aktiver Weiterempfehlung führt, und bewirkt eine medizinische Qualitätsvermutung (© CKM 2009).

Alle reden von klassischen Dimensionen der Qualität im Krankenhaus (nach Donabedian): Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität. Aber die wichtigste Qualitätsdimension ist die Sozialqualität (vgl. von Eiff 2000, S.21ff.): Sie ist einerseits Voraussetzung, damit die klassischen Qualitäts-Dimensionen erst mit Leben erfüllt werden und bewirkt andererseits direkt Kundenzufriedenheit beziehungsweise Kundenbegeisterung. Ein Notaufnahmehat Markenstatus, wenn die vermutete medizinische Qualität bei potenziellen Patienten, Einweisern und Krankenkassen herausragend im Sinne von unbestritten ist. Die erlebte Kommunikationsqualität beeinflusst die Bereitschaft zur Weiterempfehlung am nachhaltigsten und trägt signifikant/dominant zur Rufbildung bei.

Außerdem entwickelt sich eine Marke durch Weiterempfehlung von Patienten und Angehörigen, kontinuierliche Berichterstattung über herausragende Medizin- und Serviceleistungen in den Medien, innovative kundennahe Dienstleistungen und neue Wege als Beitrag zur Lösung von gesellschaftlichen Problemen (► Abb. II-13).

Gesundheitssysteme sind kompliziert und implizieren den Wunsch nach qualifizierter Transparenz über leistungsfähige und weniger leistungsfähige Krankenhäuser. Die Informationsflut nimmt gerade im Gesundheitswesen explosionsartig zu und führt zu einem klassischen informationslogistischen Dilemma: Ein Zuviel an Information bewirkt einen Mangel an Informiertheit!

Um die Vielfalt der Informationen bei begrenzter Zeit und limitierter Aufnahmefähigkeit verarbeiten zu können, entwickeln Menschen zwei Selektionsfilter:

1. Aus Unsicherheit über den wirklichen Informationswert einer Botschaft selektieren sie aus der Vielzahl der Sender (= Krankenhäuser) diejenigen heraus, denen sie »vertrauen« und die »Sympathie« ausstrahlen.
2. Aus Sympathie werden Vorurteile gebildet, die diesen Selektionsprozess (i. S. eines HALO-Effekts) fokussieren.

An dieser Stelle setzt erfolgreiches Markenmanagement an: Kontinuität im Auftritt und

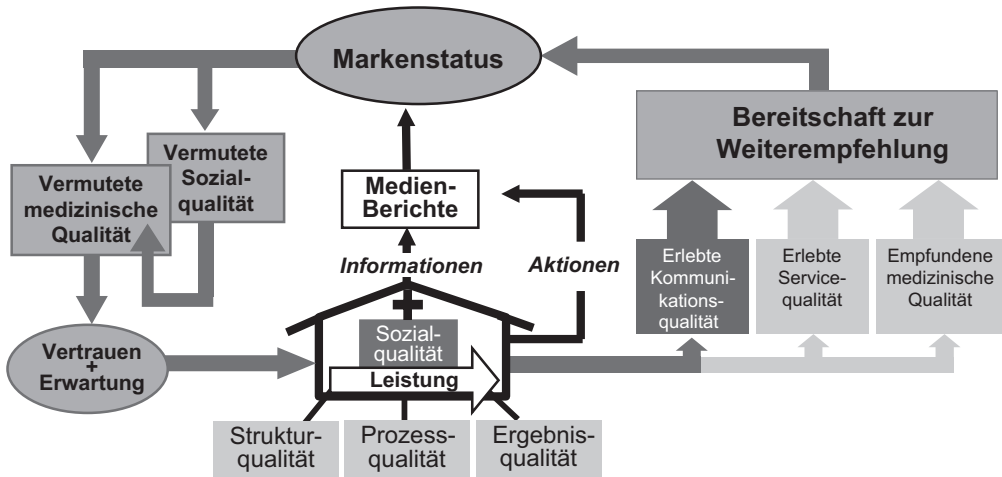


Abb. II-13: Krankenhaus als Marke: Die Krankenhaus-Marke entsteht von innen heraus auf zwei Wegen: Setzen eines Profils im Sinne eines Leistungsversprechens, das bei relevanten Zielgruppen eine Qualitätserwartung aufbaut; Erfüllung des Kompetenzanspruchs in den arbeitstäglichen Leistungsprozessen.

eine unverwechselbare Persönlichkeit basieren auf einer konstruktiven Unternehmens-

kultur und bewirken Vertrauen sowie Sympathie bei den relevanten Zielgruppen.

1.3 Fazit

Die Notfallversorgungsfähigkeit eines Krankenhauses trägt erheblich zur Markenbildung bei, und zwar im Wesentlichen durch vier Dimensionen:

- Hohe *medizinische Kompetenz* im breiten Spektrum der Notfallmedizin (chirurgisch, internistisch, neurologisch), strukturell demonstriert durch organisatorische Elemente wie ZNA, Akutversorgungs-Teams, Stroke Unit, Hubschrauberlandeplatz, dezentral-vernetzte IT-Struktur, das Vorhalten medizinisch-komplementärer Leistungsbereiche wie Nephrologie, Diabetologie, Plastische Chirurgie/Wiederherstellungs-Chirurgie, Handchirurgie etc. sowie die Einbindung in Akutver-

sorgungsnetzwerke (Netzwerk Akuter Myokardinfarkt, Netzwerk Schlaganfall etc.)

- *Patientenindividueller Kommunikationsstil*
- *Dienstleistungen* zur Reduzierung/Verhinderung von Problemen auf das soziale Umfeld
- Bieten einer *angstfreien Atmosphäre* durch Milieugestaltung nach dem Konzept der »heilungsfördernden Umgebung«

Insofern kommt es darauf an, alle Maßnahmen der Patientenversorgung, Milieu- und Organisationsgestaltung rund um die ZNA systematisch im Marketing-Mix des

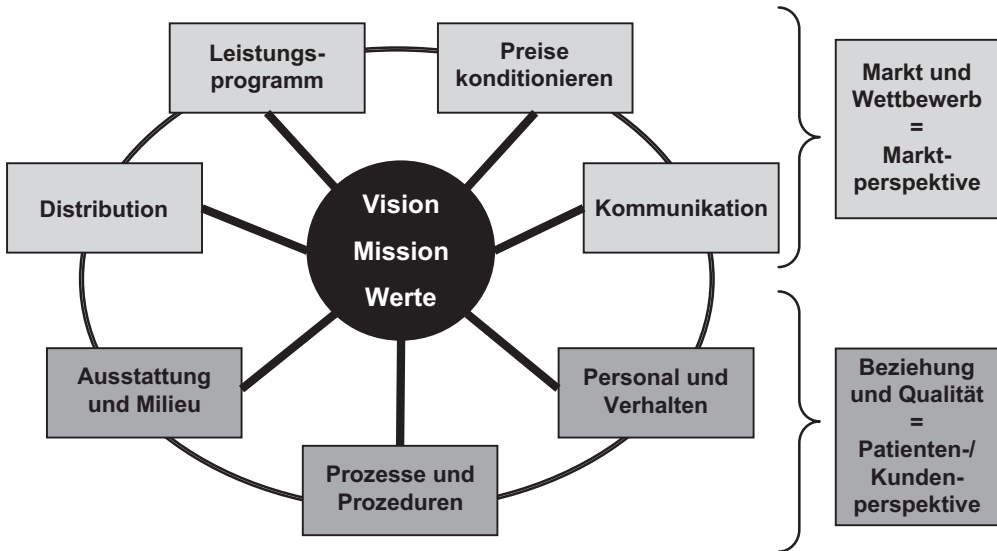


Abb. II-14: Die strategiegerechte Orchestrierung der Marketing-Instrumente zur nachhaltigen Erreichung einer angestrebten Marktposition

Krankenhauses zu berücksichtigen. Der Marketing-Mix orientiert Organisation und

Führung von ZNAs an den Strategien des Krankenhauses (► **Abb. II-14**).

Literatur

Bonita, R. (1998) The Coming Epidemic. Lancet 332(Suppl. 4).
 von Eiff, C.A. (2009) Mergers and Acquisitions im Gesundheitswesen als strategische Perspektive. Eine wirtschaftliche und rechtliche Betrachtung bei M+A-Transaktionen im Krankenhaus. Master-Arbeit an der Donau-Universität Krems.
 von Eiff, W. (2000) Führung und Motivation in Krankenhäusern. Perspektiven und Empfeh-

lungen für Personalmanagement und Organisation. Stuttgart: Kohlhammer.
 von Eiff, W. (2006) The Hospital as a Brand. Good Reputation as strategically competitive asset. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvaesen 5: 196–199.
 von Eiff, W., Stachel, K. (2006) Professionelles Personalmanagement. Wegscheid: Wikom.

2 Investition und Finanzierung

Eine Einführung

Wilfried von Eiff

2.1 Problemstellung

Seit sich die Erkenntnis durchsetzt, dass Zentrale Interdisziplinäre Notaufnahmen sowohl aus medizinischer wie auch aus ökonomischer Sicht vorteilhaft sind, streben viele Krankenhäuser die Einrichtung einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) an. In Abhängigkeit von Größe und medizinischem Angebots-Portfolio des Krankenhauses sowie der gegebenen baulich-funktionalen Strukturen ist für Neu- und Umbaumaßnahmen einer ZNA in der Regel ein ein- bis zweistelliger Millionenbetrag aufzubringen. Gleichzeitig

steht die Notfallbehandlung im Spannungsfeld zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und die Erlöse der ambulanten Notfallbehandlung sind nicht kostendeckend. Die komplizierten Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung und der damit verbundene Investitionsstau stellen für viele Krankenhäuser eine große Herausforderung dar. Der vorliegende Beitrag bietet eine Einführung in die Grundsätze der Finanzierung und des Investitionsmanagements.

2.2 Sektorale Finanzierung

Das System der Versorgung mit Gesundheitsleistungen ist in Deutschland grundsätzlich sektoral organisiert (► **Abb. II-15**).

Ambulante (vertragsärztliche Versorgung), Akutversorgungssektor (Krankenhäuser), Rehabilitationssektor (stationäre und ambulante Einrichtungen zur Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen) sowie Pflege- und Betreuungsleistungen werden auf unterschiedliche Art finanziert, sind durch verschiedene Formen bzgl. Planungshoheit und Sicherstellungsauftrag ge-

kennzeichnet und unterscheiden sich erheblich im Hinblick auf Trägerstruktur und Marktmechanismen (► **Abb. II-16**).

Investition und Finanzierung hängen eng zusammen und bestimmen über die Zukunftsfähigkeit eines Unternehmens. Investition in Gebäude, Medizintechnik, Personalqualifikation und Organisation bestimmen das unternehmerische Erfolgspotenzial. Die Art der Finanzierung bestimmt Rentabilität und Liquidität und legt den Handlungsspielraum für Management-Entscheidungen fest.

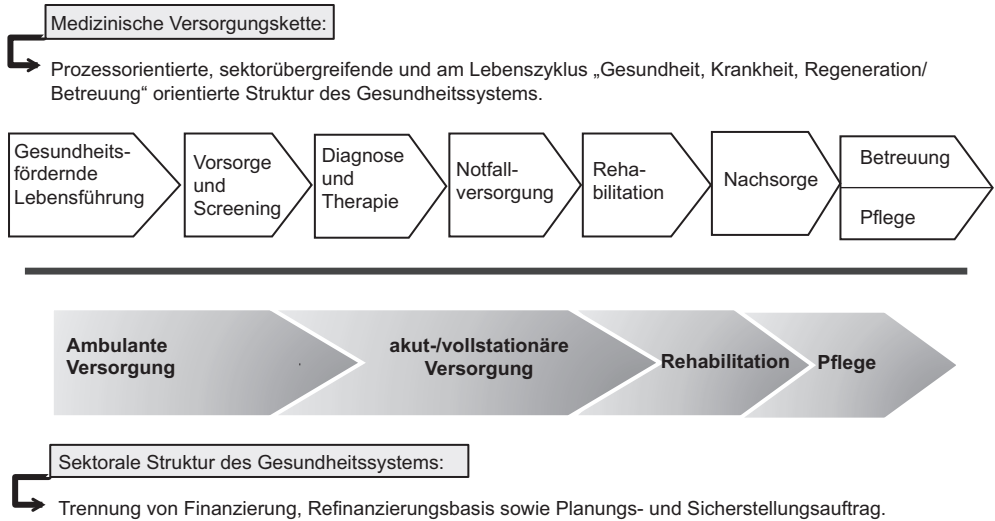


Abb. II-15: Die medizinische bzw. gesundheitspolitische Versorgungsstruktur kann unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden.

	Ambulante Versorgung	Stationäre Versorgung	Rehabilitation	Pflege und Betreuung
Gesetz	<ul style="list-style-type: none"> ➢ SGB V ➢ EBM 2012 ➢ Euro-EBM 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ SGB V ➢ KHEntgG 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ SGB IX ➢ § 40 SGB V ➢ § 111 SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ SGB XI
Planung/ Sicherstellung	Kassenärztliche Vereinigung	Land	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Rentenversicherungsträger ➢ GKV 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Kommunen ➢ Private Träger ➢ Freigem. Träger
Versorger	Niedergelassene Ärzte <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 5px auto; padding: 2px;">Notfallversorgung</div> Verzahnung ambulante und stationäre Versorgung	Entlassungsmanagement § 39 SGB V Krankenhäuser	Reha-Einrichtungen	Pflegeeinrichtungen/ ambulante Dienste
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Monistisch ➢ Ambulantes Budget 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dualistisch ➢ Stationäres Budget ➢ Flexible Budgetierung 	Monistisch GKV/RV	
Refinanzierungsbasis	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Leistung 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Fallpauschalen ➢ Investitionszuschläge ➢ Kapitalmarkt 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Individuelle Tagespauschalen ➢ Kapitalmarkt 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Individuelle Pauschalen ➢ Selbstzahlung

Abb. II-16: Merkmale der sektoralen Finanzierung

2.2.1 Das System der Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhausfinanzierung wird in Deutschland durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) mit dem Ziel einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung geregelt. Grundsätzlich unterliegt die Krankenhausplanung ebenso wie die Rettungsdienstplanung der Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer, wobei diese Aufgaben teilweise unterschiedlichen Ministerien zugeordnet sind. Das System der Krankenhausfinanzierung unterliegt einer Besonderheit gegenüber anderen Branchen und Bereichen des Gesundheitssystems: Im Krankenhaus erfolgt eine Trennung der Finanzierung der Investitions- und der Betriebskosten. Daher wird auch von dualer Finanzierung gesprochen. In diesem System werden die Investitionskosten von im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern (unabhängig von der Trägerschaft) durch öffentliche Fördermittel aus dem Haushalt des zuständigen Bundeslandes und die laufenden Betriebskosten durch die Mittel der Krankenkassen bzw. anderer Sozialversicherungsträger finanziert. Aufgrund der immer knapperen Haushaltslage der Länder gehen die öffentlichen Investitionsförderungen immer weiter zurück. Gegenwärtig beläuft sich der Investitionsstau in den Krankenhäusern je nach Quelle auf bis zu 55 Mrd. Euro. Neben der häufig optisch und funktionell überalterten Infrastruktur der Krankenhäuser gehen mit dem Investitionsstau auch unmittelbar höhere Betriebskosten einher, da zum Beispiel die Wärmeisolierung und Heizungsanlagen nicht dem heutigen Standard entsprechen. Auch wenn das System der USA nicht direkt mit unserem System verglichen werden kann, sollen dennoch zwei interessante Aspekte genannt werden. So verfügen amerikanische Not-for-profit-hospitals alleine über mehr als 100

Mrd. US-Dollar, die am Kapitalmarkt angelegt sind, um durch die Renditen neue Anschaffungen zu finanzieren, und das Durchschnittsalter der Gebäude liegt bei unter 10 Jahren (Song et al. 2008, S. 234 ff.).

Im Folgenden soll die genaue Funktionsweise der dualen Krankenhausfinanzierung erklärt werden. Dabei wird lediglich auf die allgemeinen Grundlagen eingegangen, ohne die Sonderregelungen der einzelnen Bundesländer zu berücksichtigen. Lediglich die neue und bislang einzigartige Form der Baupauschale in Nordrhein-Westfalen (NRW) wird erläutert.

Langfristige Investitionen, wie bspw. die Erweiterung eines Krankenhauses, und die Wiederbeschaffung von mittel- und langfristigen Anlagengütern in den meisten Bundesländern werden im Wege der Einzelförderung auf Antrag abgewickelt (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG), wobei eine Aufnahme in das Investitionsprogramm des zuständigen Ministeriums Grundvoraussetzung ist (§ 8 Abs. 1 S. 1 KHG). Eine Ausnahme bildet das Land Nordrhein-Westfalen (NRW). Hier wurde im Dezember 2007 das neue Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) eingeführt, das den Ersatz der Einzelförderung durch einen jährlichen Pauschalbetrag vorsieht. Für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Investitionsgüter und für kleinere bauliche Maßnahmen wird in der Regel von den Ländern eine Pauschalförderung an die im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser gezahlt (§ 9 Abs. 3 S. 1 KHG). Kosten der Instandhaltung und die Beschaffung von Verbrauchsgütern werden dagegen nicht von den Bundesländern finanziert und sind dem Prinzip der dualen Finanzierung bei der Kalkulation der Betriebskosten zu berücksichtigen. Detaillierte Angaben zu der Abgrenzung, welche Kosten durch öffentliche Mittel förderfähig sind, sind in der Abgrenzungsverordnung (AbgrV) geregelt.

Die Kosten der laufenden Krankenhausnutzung, die sog. Betriebskosten, sind von den Krankenkassen zu finanzieren. Mit der

Verabschiedung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 soll die Vergütung in Form von Tagespflegesätzen durch ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltssystem für alle voll- und teilstationären Leistungen geschehen. In diesem Fall haben sich die Selbstverwaltungspartner, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung, für ein Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRGs) entschieden. Dabei handelt es sich um ein ökonomisch motiviertes, primär am Organsystem orientiertes Patientenklassifikationssystem. Ein DRG-basiertes Entgelt ist als »Preis« für eine Leistung zu interpretieren. Es stellt sich jedoch unter marktwirtschaftlichen Aspekten die Frage, warum dieser Preis nicht, wie in jeder anderen Branche üblich, auch einen Anteil für die Investitionskosten des Unternehmers enthalten sollte.

Die Finanzierung im Bereich der Notaufnahme gestaltet sich noch komplizierter, da diese an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Versorgung angesiedelt ist. Durch die strikte sektorale Trennung und der einhergehenden getrennten Finanzierung befindet sich die ambulante Versorgung in Krankenhäusern in einem ständigen Konfliktfeld. Für die Finanzierung der Betriebskosten sind im Fall der ambulanten Versorgung im Allgemeinen die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Da es aber im Bereich der Niedergelassenen keine Trennung zwischen Investitions- und Betriebskosten gibt, wird Krankenhäusern ein sog. Investitionskostenabschlag (§ 120 Abs. 3 SGB V) in Höhe von 10 % abgezogen, wenn Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. In Abbildung II-17 ist die Struktur der Krankenhausfinanzierung vereinfacht dargestellt.

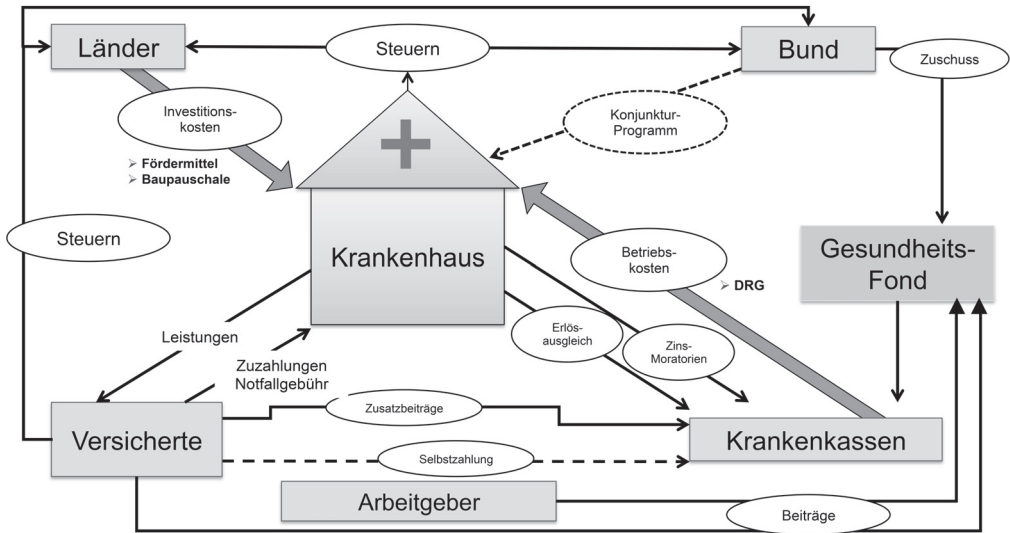


Abb. II-17: Das Fehlsteuerungsproblem der Dualen Finanzierung: die Trennung von Investitions- und Betriebskostenverantwortung und unübersichtliche Steuerleistungen (vgl. von Eiff, C. A. 2013)

2.2.2 Das Modell Baupauschale NRW und künftige Investitionspauschalen

Das Land NRW hat als erstes Bundesland das Verfahren der Einzelförderung für große Investitionsvorhaben faktisch abgeschafft und eine Baupauschale eingeführt. Primäres Ziel ist eine größere und flexiblere Planungsmöglichkeit für die Krankenhausträger. Diese neue Form der Investitionsförderung führt zu neuen Chancen und Risiken aus Sicht der Kliniken (von Eiff et al. 2008, S. 1308). Zur Veranschaulichung der alten Regelung in NRW wird zunächst das alte Schema der Krankenhausförderung von NRW gezeigt, das gegenwärtig zumindest in ähnlicher Weise noch in den anderen Bundesländern praktiziert wird.

Nach Bewilligung der Einzelförderung durch das Land erhielten die Krankenhäuser in NRW einen Festbetrag über die geprüften, voraussichtlich anfallenden Kosten. Wurde

der bewilligte Betrag unterschritten, musste der Differenzbetrag von den Kliniken zurückgezahlt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen hat das Land anfallende Mehrkosten übernommen, im Zweifel mussten aber die Kliniken dafür aufkommen. Parallel zur Einzelförderung wird den Krankenhäusern eine Pauschalförderung zur Wiederbeschaffung der kurzfristigen Anlagegüter gewährt. Der Betrag richtet sich in NRW nach Anzahl der Planbetten und Behandlungsplätze eines Krankenhauses. Im Rahmen der Zweckbindung kann ein Krankenhaus grundsätzlich mit dieser Jahrespauschale frei wirtschaften. Es dürfen jedoch keine Pauschalfördermittel für Zwecke verwendet werden, die der Einzelförderung unterliegen.

Für die Krankenhäuser bedeutete die alte Regelung ein hohes Maß an Ungewissheit. Es war nicht absehbar, wann die Anträge auf Einzelförderung genehmigt wurden. Durch Einführung des am 11. Dezember 2007 verkündeten Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW) trat das KHG NRW

Investitionsförderung durch das Land NRW bis zum 27. Dezember 2007 mit KHG NRW	
Einzelförderung gem. §§ 21 und 23 KHG NRW	Pauschalförderung gem. § 25 KHG NRW
→ § 21 Abs. 1 Nr. 1 KHG NRW: Neubau, Umbau und Erweiterungsbau von Krankenhäusern inkl. Erstausrüstung	→ § 25 Abs. 1 Nr. 1 KHG NRW: Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit Nutzungsdauer > 3 und ≤ 15 Jahren
→ § 21 Abs. 1 Nr. 2 KHG NRW: Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit Nutzungsdauer > 15 Jahren	→ § 25 Abs. 1 Nr. 2 KHG NRW: Sonstige förderungsfähige Investitionen gem. § 21 KHG NRW, soweit die Kosten (netto) der Vorhaben bei Krankenhäusern der:
→ § 21 Abs. 1 Nr. 3 KHG NRW: Ergänzung von Anlagegütern, die über die übliche Anpassung (§ 9 Abs. 4 KHG) wesentlich hinausgeht	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anforderungsstufe 58.170 EUR 2. Anforderungsstufe 42.280 EUR 3. Anforderungsstufe 56.360 EUR 4. Anforderungsstufe 74.140 EUR nicht übersteigen.
→ § 23 KHG NRW: Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer Investition § 21 KHG NRW in Zusammenhang stehen	→ § 25 Abs. 1 Nr. 2 KHG NRW: Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern (nicht Instandhaltung)

Abb. II-18: Darstellung der alten Regelung zur Investitionsförderung in NRW

Investitionsförderung durch das Land NRW mit KHGG NRW	
Baupauschale gem. §§ 18 und 27 KHGG NRW	Pauschalförderung gem. § 18 KHGG NRW
<p>→ § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW:</p> <p>Neubau, Umbau und Erweiterungsbau von Krankenhäusern inkl. Erstausrüstung</p> <p>sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer > 15 Jahren</p>	<p>→ § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW</p> <p>Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer > 3 und ≤ 15 Jahren</p>
<p>→ § 27 KHGG NRW:</p> <p>Anlauf- und Umstellungskosten (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG) sind nur förderungsfähig, wenn sie mit einer Investition § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW in Zusammenhang stehen</p>	

Abb. II-19: Darstellung der neuen Regelung zur Investitionsförderung in NRW

zum 29. Dezember 2007 außer Kraft. Die Neugestaltung des Gesetzes führt zu einer grundlegenden Veränderung der Investitionsförderung im Bereich der Einzelförderung, da diese durch eine Baupauschale ersetzt wird. Krankenhäuser erhalten nun in Abhängigkeit von der Krankenhausleistung (Case Mix) jedes Jahr eine Investitionspauschale für Baumaßnahmen. Für einen bestimmten Zeitraum besteht eine Übergangsregelung, die gewährleisten soll, dass nicht diejenigen Kliniken benachteiligt werden, die als nächstes im Rahmen der Einzelförderung gefördert worden wären.

Die konkreten Folgen der Einführung der Baupauschale in NRW sind noch nicht abschätzbar. Während einerseits die höhere Flexibilität bei der Planung von Investitionen positiv beurteilt wird, sind zum anderen die Risiken für die Krankenträger zu berücksichtigen. So entfällt auf der einen Seite das komplizierte und wenig transparente Antragsverfahren auf Einzelförderung, zum anderen entstehen für die Kliniken

zusätzliche Kosten, da die Verwendung der Mittel von Wirtschaftsprüfern geprüft werden muss. Ein weiteres großes Problem ist, dass die Höhe der Krankenhausförderung von der Haushaltslage der Bundesländer abhängig ist. Aus diesem Grund kann ein Krankenhaus auch bei konstanter Leistungserbringung nicht mit einer konstanten Baupauschale rechnen. Kliniken müssten anstehende Bauvorhaben zu einem gewissen Anteil über Kredite finanzieren. Da es keine Garantie für die Höhe der Baupauschale gibt, werden die Banken im Rahmen des Ratings für dieses Risiko einen Zinszuschlag verlangen. Werden Investitionsvorhaben zu einem großen Teil über Kredite finanziert, die anschließend durch die Baupauschale getilgt werden, ist das Krankenhaus für lange Zeit eingeschränkt. Es ist zu bedenken, dass im Falle der Kreditaufnahme ein Teil der Fördermittel für Zinszahlungen verwendet werden. Dies bedeutet faktisch eine Reduzierung des tatsächlichen Förder Volumens.

2.3 Investitionen

2.3.1 Merkmale von Investitionen

Das Management von Investitionen gehört zur Kerngeschäftsaufgabe der Führung (Unternehmensführung, Abteilungs-führung). Investitionen sind Auszahlungen zum Erwerb von Ressourcen, die Nutzungspotenziale beinhalten, deren Mobilisierung die zukünftige Markt-, Wettbewerbs- und Vermögensposition bestimmen. Investitionen sollen das langfristige Überleben sowie die Ertragskraft des Unternehmens sichern (= Infrastruktureffekt). Dem Charakter nach unterscheidet man zwischen Erhaltungs-investitionen zur Aufrechterhaltung der infrastrukturellen Substanz (Gebäude, Technik, Personal, Organisation), Innovations-investitionen zur Schaffung von strategischen Erfolgsfaktoren, Wachstumsinvestitionen zwecks Vergrößerung des relevanten Marktes (i. W. durch M+A-Transaktionen, Netzwerke und Kooperationen), strategische Investitionen zum langfristigen Aufbau von Erfolgspotenzialen und Finanzinvestitionen zur Generierung von Rückflüssen aus Finanzanlagen oder aus kerngeschäftsfremden Aktivitäten (Diversifikation). Eine Kombination einzelner Investitionsarten ist möglich.

Nach dem Objekt unterscheidet man Investitionen in Forschung und Entwicklung (Translationale Medizin zum schnellen Transfer von Forschungsergebnissen in die Klinik), bauliche Funktionalität und Milieugestaltung, Technologien (Haustechnik, Medizintechnik), Organisationsoptimierung, Personen, Anreizsysteme sowie Leistungseinheiten (Übernahme Dritter) und Netze bzw. Kooperationsbeziehungen (z. B. strategische Allianzen).

2.3.2 Entscheidungsprozess und Investitionen

Jedes Investitionsvorhaben ist aufgrund des Kapitaleinsatzes des Pay-off-Risikos sowie der begrenzten Reversibilität der Entscheidung strategisch zu koppeln und im Wege eines strukturierten Entscheidungsprozesses sachlich fundiert zu bewerten. Durch strategische Kopplung einer Investition wird sichergestellt, dass eine Identität zwischen strategischer Planung, Finanzplanung und gültigem Geschäftsmodell besteht (► **Abb. II-20**).

Über den strukturierten Investitionsplanungsprozess (► **Abb. II-21**) wird erreicht, dass zu jedem Zeitpunkt eines Entscheidungsprozesses nachvollziehbar ist, wie die bisher erreichten Ergebnisse zustande kamen. Der Investitionsentscheidungsprozess ist am klassischen Planungs- und Entscheidungsprozess-Modell (von Eiff) orientiert.

Die Bewertung von Investitionsalternativen stellt im Bereich medizinisch geprägter Prozesse besondere Anforderungen. Insbesondere sind Investitionen unter ethischen Handlungsmaximen

- Risikobedrohungen für den Patienten und das Personal
- Prozesskosten des Medizinbetriebs
- medizinischer Qualität
- Patienten-Outcome und
- Wirtschaftlichkeitsaspekten

zu betrachten.

Als Bewertungsverfahren hat sich in mehreren Modellversuchen mit sog. »handhabungskritischen Medizin-Produkten« das Konzept der »Risikogewichteten Prozess-

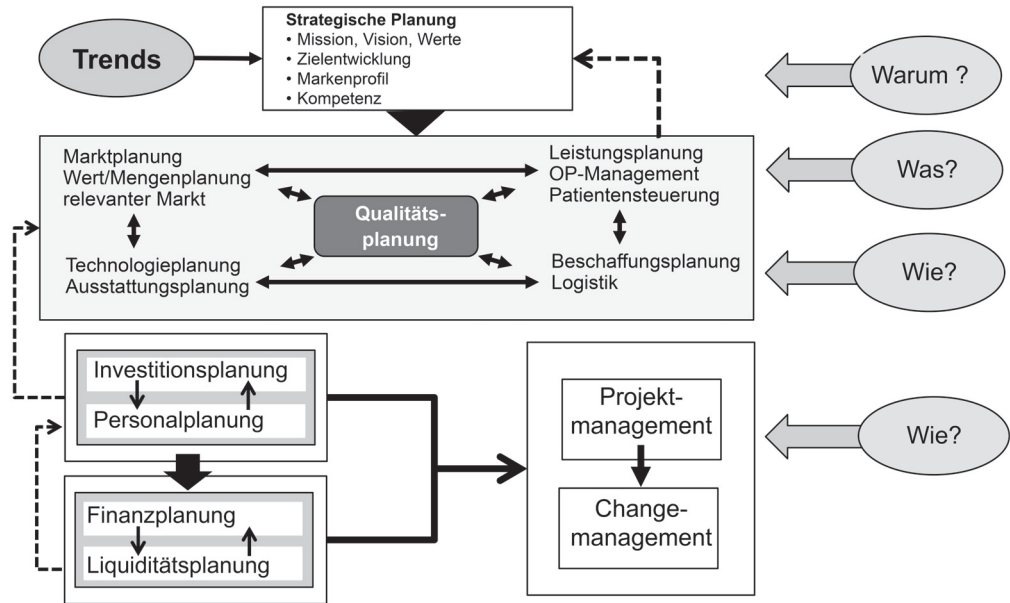


Abb. II-20: Strategische Planung beeinflusst alle Bereiche des Klinikmanagements

Analyse« (von Eiff 2007, S. 437–739) bewährt.

Die klassischen betriebswirtschaftlichen Verfahren der Investitionsrechnung haben für die Beurteilung der Vorzugswürdigkeit von Investitionsobjekten für den Medizinbetrieb nur eine begrenzte Aussagefähigkeit. Ursächlich dafür ist die eingeschränkte Bedeutung der Kriterien »Kosten«, »Gewinn« und »Rentabilität«. Im Zielsystem eines Medizinbetriebs sind rein ökonomische Größen nur insoweit von Bedeutung, als diese in einem Maß erfüllt sein müssen, um langfristig einen angemessenen Gewinn zu erreichen, der Investitionen in Qualitätsverbesserungen der medizinischen Behandlung ermöglicht. Das betriebswirtschaftliche Entscheidungskalkül der angemessenen Gewinnerzielung wird durch die zwingend zu erfüllenden Nebenbedingungen: ethische Maxime, medizinische Qualität und Risikovermeidung für Patient und Personal dominiert.

Die wichtigste Rolle im Investitions-Entscheidungsprozess spielt die Entscheidungs-

dimension »Risiko«. Ziel des Medizinbetriebs und ethische Vorgabe zugleich ist die Maxime, dem Patienten diejenige Behandlung zu geben, die er fallangemessen benötigt und die mit den geringsten Risiken verbunden ist. Die für diese Behandlung entstehenden Kosten sind dann eine Folgegröße, die nur wertanalytisch (Verbilligung ohne Funktionalitätseinbuße) hinterfragt werden darf. Würde man Investitionsentscheidungen im Medizinbetrieb ausschließlich von Kosten und Renditen bzw. von der Höhe eines (gedeckelten) Budgets abhängig machen, so wäre die mit diesen Finanzmitteln mögliche medizinische Leistung nicht mehr angemessen und würde das Risiko des Patienten, ein adverses Ereignis zu erleiden und zu Schaden kommen, erhöht. In dieser Situation des »Magischen Dreiecks« (► Abb. II-22) ist die Bestimmung eines Investitionsoptimums nicht möglich. Es geht letztlich darum, einen medizinökonomischen Konsens zu finden, von dem alle Beteiligten der Überzeugung sind, dass alle drei Entscheidungsdimensionen