

PROZESSOPTIMIERUNG

Vorteile einer interdisziplinären Aufnahmestation

Eine patientenorientierte, medizinisch effiziente und wirtschaftlich interdisziplinäre Aufnahmestation ist das Idealbild für einen Patienten, der ein Krankenhaus zum ersten Mal betritt.



Foto: dpa

Es gibt in deutschen Krankenhäusern viele Abläufe im Aufnahmeprozess, bis der Patient schließlich einer Station und damit einem Fachbereich zugeordnet wird. Schon bei der Ankunft muss differenziert werden zwischen Patienten, die als Notfall mit dem Rettungswagen eingeliefert werden, jenen, die von Angehörigen gefahren werden und solchen, die das Krankenhaus selbst aufsuchen. Dort angekommen, treffen sie auf unterschiedlichste Strukturen: die Aufnahme erfolgt entweder über dezentrale Ambulanzen, die zentrale Notaufnahme oder über eigens etablierte Aufnahmestationen. Welcher Weg ist für die Patientenversorgung am sinnvollsten?

Station für die ersten 24 Stunden

Bedingt durch unterschiedliche Leistungsschwerpunkte gibt es in Kliniken zahlreiche Bezeichnungen für Aufnahmestationen wie Kurzlieger-Einheit, Clinical Decision Unit, Observation Unit oder Fast-Track-Einheit. Unter einer Aufnahmestation versteht man eine Station, auf die der Patient gelangt, bevor er endgültig einem Fachbereich zugeordnet oder die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme geklärt ist. Dort werden alle notwendigen ersten Untersuchungen zentral vorgenommen.

Zumeist führt ein leitender Arzt die Aufnahmestation; er teilt die Patienten den einzelnen Fachbereichen zu – in Abstimmung mit den Kollegen der bettenführenden Abteilungen in den täglichen Visiten. Im Bedarfsfall steht er für eine medizinische Notfallversorgung zur Verfügung. Ziel ist, den Patienten nach einem bestimmten Zeitraum, meistens 24 Stunden, der „richtigen“ Fachabteilung zuzuordnen oder sein ambulantes Verbleiben

festzustellen, sodass die Aufnahmestation wieder freie Kapazitäten für neue Patienten vorhalten kann.

Patientenströme optimieren

Eine Aufnahmestation kann die Patientenströme ordnen und optimieren. Das Bündeln ankommender Patienten und die direkte ärztliche Begutachtung ermöglichen es, die Notwendigkeit der stationären Betreuung zu prüfen und späteren, unnötigen Verlegungsprozessen entgegenzuwirken. Gerade für Patienten, bei denen eine genaue Diagnosestellung anfänglich nur schwer möglich ist, können Ärzte die Behandlungsnotwendigkeit dank dem vorübergehenden Verbleib auf der Aufnahmestation tiefergehend evaluieren. Auch können die Verantwortlichen die Inanspruchnahme der Funktionseinheiten Intensivstation, Herzkatheterlabor, Stroke Unit oder Endoskopie sinnvoller steuern.

Zudem wird der Patient von Beginn an auf Facharztstandard-Niveau betreut, die Interdisziplinarität gefördert und damit verbunden eine hohe fachliche Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals gewährleistet. Zu den Vorteilen einer Aufnahmestation gehört auch, dass die Wiederaufnahmequote durch die direkt vorgenommene Differenzialdiagnostik verringert wird. Ebenfalls ist es möglich, den Patienten direkt in die ambulante (Nach-)Behandlung zu entlassen. Das schont die Ressourcen in den bettenführenden Abteilungen und reduziert den damit verbundenen Transportweg. Vor allem in den Abend- und Nachtstunden entlastet die Aufnahme des Patienten über die Aufnahmestation entscheidend das ärztliche und pflegerische Personal auf den Stationen.

Eine Aufnahmestation trägt somit dazu bei, personelle und technische Ressourcen zu bündeln, aber auch medizinische Abläufe von Anbeginn der stationären Behandlung zu verdichten. Allerdings muss es dafür klare Rahmenbedingungen geben, an denen sich alle am Prozess Beteiligten orientieren, in der Regel sinnvollerweise über ein gemeinsam konsentiertes Statut.

Bauliche Gegebenheiten prüfen

Bevor sich ein Krankenhaus entscheidet, eine Aufnahmestation zu etablieren, muss es zwingend die baulichen Gegebenheiten prüfen und bewerten. Eine Anbindung an (notfall)diagnostische Untersuchungseinheiten ist zwingende Voraussetzung; zudem sollte die Anbindung an die Funktionsbereiche gewährleistet sein. Überdies empfiehlt sich eine integrierte Monitoring-Einheit. Sollte die bauliche Struktur eine Aufnahmestation nicht zulassen, ist es nicht nur aus ökonomischer Sicht fragwürdig, eine solche einzurichten, sondern auch aus prozessualen Gründen. Hohe Investitionskosten sollten stets berücksichtigt werden. Ein weiteres Hindernis kann durch die Belegungscoordination entstehen, wenn die Verantwortlichen die Aufnahmestation als reine „Bettenpufferstation“ ansehen, ohne dabei die medizinischen und ökonomischen Chancen zu nutzen.

Zudem ist die Doppelvorhaltung kritisch zu begutachten. Schwer vorstellbar ist beispielsweise, dass ein Haus seine Prozesse effizient gestalten kann, wenn es eine interdisziplinäre Aufnahmestation vorhält, nebenher eine zentrale Notaufnahme betreibt und zusätzlich Patienten über dezentrale Ambulanzen in das System aufnimmt. Nicht zuletzt wird der Erfolg einer Aufnahmestation maßgeblich beeinträchtigt, wenn Fachabteilungen befürchten, Patienten zu verlieren – durch ambulante Substitutionen oder deren Aufnahme in andere Fachbereiche.

Keine pauschale Entscheidung treffen

Leider zeigt sich im Klinikalltag oft, dass eine Aufnahmestation unter wirtschaftlichen oder rein praktischen Gesichtspunkten nicht ohne Weiteres implementiert werden kann. Bauliche Gegebenheiten, aber auch zusätzlich erforderliche Personalteams (Stichwort: Doppelvorhaltungskosten, Mindestbesetzung) wirken oft limitierend. Im Vorfeld sollten die Verantwortlichen deswegen folgende Schritte durchdenken:

- Retrospektive Analyse der Daten der Patientenkontakte, nach Möglichkeit inklusive der Ankunftszeiten, um erst einmal die Notwendigkeit einer Aufnahmestation zu ermitteln.
- Verbindliche Festlegung von Struktur und Prozessen der Aufnahmestation in einem Statut, um einen reibungslosen Ablauf besonders an den Schnittstellen der Aufnahmestation gewährleisten zu können.

Nicht anzuraten ist, die pauschale Entscheidung für oder gegen die Etablierung einer Aufnahmestation; individuelle Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses sollten stets berücksichtigt werden. Eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit dieser Frage erscheint jedoch in vielerlei Hinsicht – nicht nur in wirtschaftlicher – lohnenswert. Denn ein reibungsloser Aufnahmeprozess kann bereits wesentlich dazu beitragen, die Kernprozesse des Krankenhauses zu optimieren.

Leonie Fußhoven

Diplom-Gesundheitsökonomin, Beraterin
CURACON GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
40878 Ratingen

KURZ NOTIERT

Hartmannbund: Das Dilemma Leitender Krankenhausärzte



Foto: wladimir1804 / stock.adobe.com

Aus Sicht des Hartmannbundes stecken die Leitenden Krankenhausärztinnen und -ärzte in einem Dilemma: Einerseits würden ihnen Personalbudgets vorgegeben, auf deren Volumen sie nur in engen Grenzen Einfluss hätten. Andererseits müssten sie die Organisationsverantwortung tragen für die Patientenversorgung und reibungslose Betriebsabläufe unter guten Arbeitsbedingungen.

„Besondere Herausforderungen zeigen sich auch im Zusammenhang mit der Personaldisposition etwa bei der Förderung der Teilnahme der Mitarbeiter an aushäusigen wissenschaftlichen Fortbildungen wie Kursen, Fachkongressen oder Hospitationen“, erläuterte der Vorsitzende des Hartmannbund-Landesverbandes Berlin, Privatdozent Dr. med. Uwe Torsten. Dies gelte ebenso für die Umsetzung des familien- und gesellschaftspolitisch wünschenswerten Bundeseltern- und Elternzeitgesetzes. Dieses zielt auf eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ab, halte letztendlich viele Ärztinnen im Beruf und sei daher ausdrücklich zu fördern.

Negativsanktionen der Aufsichtsbehörden bei Verstößen gegen das Arbeitszeitgesetz mit Bußgeldern seien üblicherweise ad personam an den Leitenden Abteilungsarzt adressiert. „Er wird also aufsichtsrechtlich persönlich in Haftung genommen, verfügt aber andererseits häufig nicht über die gestalterischen Freiheitsgrade und die erforderlichen materiellen Ressourcen in Bezug auf eine auskömmliche Personalausstattung“, erläuterte der nordrheinische Landesvorsitzende Dr. med. Stefan Schröter. Zudem gehe es immer und zuvorderst um Patientensicherheit und auch um forensische Verantwortung.

Darüber hinaus sei es notwendig, die Inanspruchnahme des ärztlichen und nicht ärztlichen Personals in den Krankenhäusern exakt zu dokumentieren sowie gegenüber Kostenträgern und politischen Entscheidern ungeschönt darzustellen, betonten Torsten und Schröter weiter. Nur so sei eine dem Leistungsgeschehen entsprechende Weiterentwicklung des DRG-Systems möglich.

sg