

**Albert, J.-U.**

**Zentrale Notaufnahme  
mit oder ohne  
Routineambulanz ?**

**Klinikum St. Georg gGmbH**  
**Zentrale interdisziplinäre Notaufnahme**



**Trennung oder Vermischung**

**Notfall und Routine**

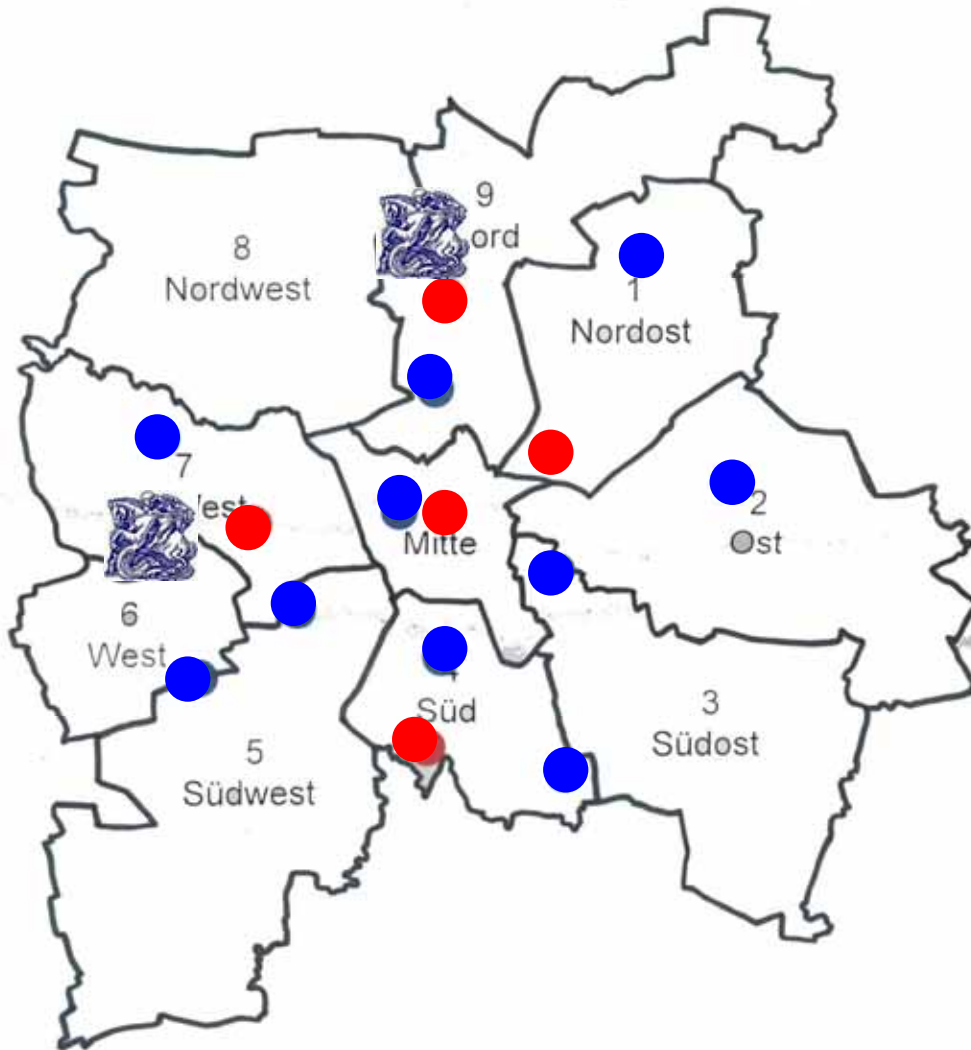
**medizinische Indikation**

**Organisation und Struktur**

**Vorgeschichte  
derzeitige Situation  
Zukunft und Anforderungen**



Leipzig - Stützpunkte der Rettungswagen  
und Notarzteinsetzfahrzeuge



## Lokalisation

Klinikum „St. Georg“  
Leipzig

Klinikum „St. Georg“ gGmbH

Standort „Delitzscher Straße“

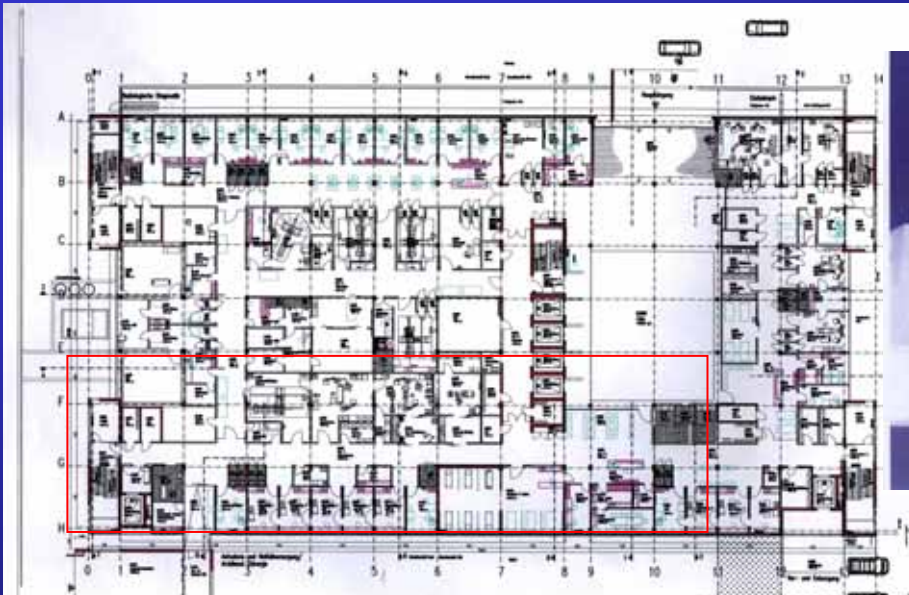
ZNA

Standort „West“

INA



# Zentrale interdisziplinäre Notaufnahme



# Poliklinik am Bezirkskrankenhaus „St. Georg“



**Allgemeinmedizin**

**Augenheilkunde**

**Chirurgie**

**Dermatologie**

**Gynäkologie/Geburtshilfe**

**HNO**

**Innere**

**Kinderheilkunde**

**Orthopädie**

**Urologie**



# Ambulanzen nach § 311 am Städtischen Klinikum „St. Georg“

**Chirurgie**

**Gynäkologie/Geburtshilfe**

**HNO (2x)**

**Kinderheilkunde**

**Innere (West)**



**Ermächtigungen der Chefärzte**



**Zentrale interdisziplinäre**

**Notaufnahme**

**Präsenz: Chirurg, Internist**

**Chirurgische Ambulanz**

**nach § 311**

**Spezialsprechstunden**

**D-Arzt-Ambulanz**

**Privat- und**

**Gutachtensprechstunden**

## Sprechstunden



## Vorteile



**Enge Kommunikation intern und extern**

**Gemeinsame Hinterlegung und Zugriff auf Befunde und Bilder, elektronische Patientenakte und Archivierung**

(bei vorliegender Zustimmung des Patienten)

**Nutzung personeller, materieller und räumlicher Ressourcen in Medizin und Verwaltung**

**Orientierung auf umfassende, patientenfreundliche Strategie**

**Spezialsprechstunden**

**Wiederbestellung**



**Gemeinsamer Wartebereich für Routine- und Notfallpatienten**

**Vermischung von Notfallpatienten, Rekonvaleszenten und Gesunden im Notfallbereich**

**Keine vermittelbaren Patientenpfade**

**Zweimalige Praxisgebühr**

**Budget (Praxis, Labor usw.)**

**Unterschiedliche Punktwerte**

II. Quartal 2006:      NA:            2,22 Cent/Punkt  
                                 Chir.:            3,75 Cent/Punkt  
(Kassenarztsenat BSG: B 6 KA 31/05 R)

**Keine Ermächtigung für Großgeräteuntersuchungen**

**Ambulante Operationen im Rahmen der Notfallversorgung (EBM 2000+)**

## Nachteile



# Inanspruchnahme

Präsenz niedergelassener Ärzte  
(Welche Fachärzte haben ihre Praxen in  
der Umgebung?)

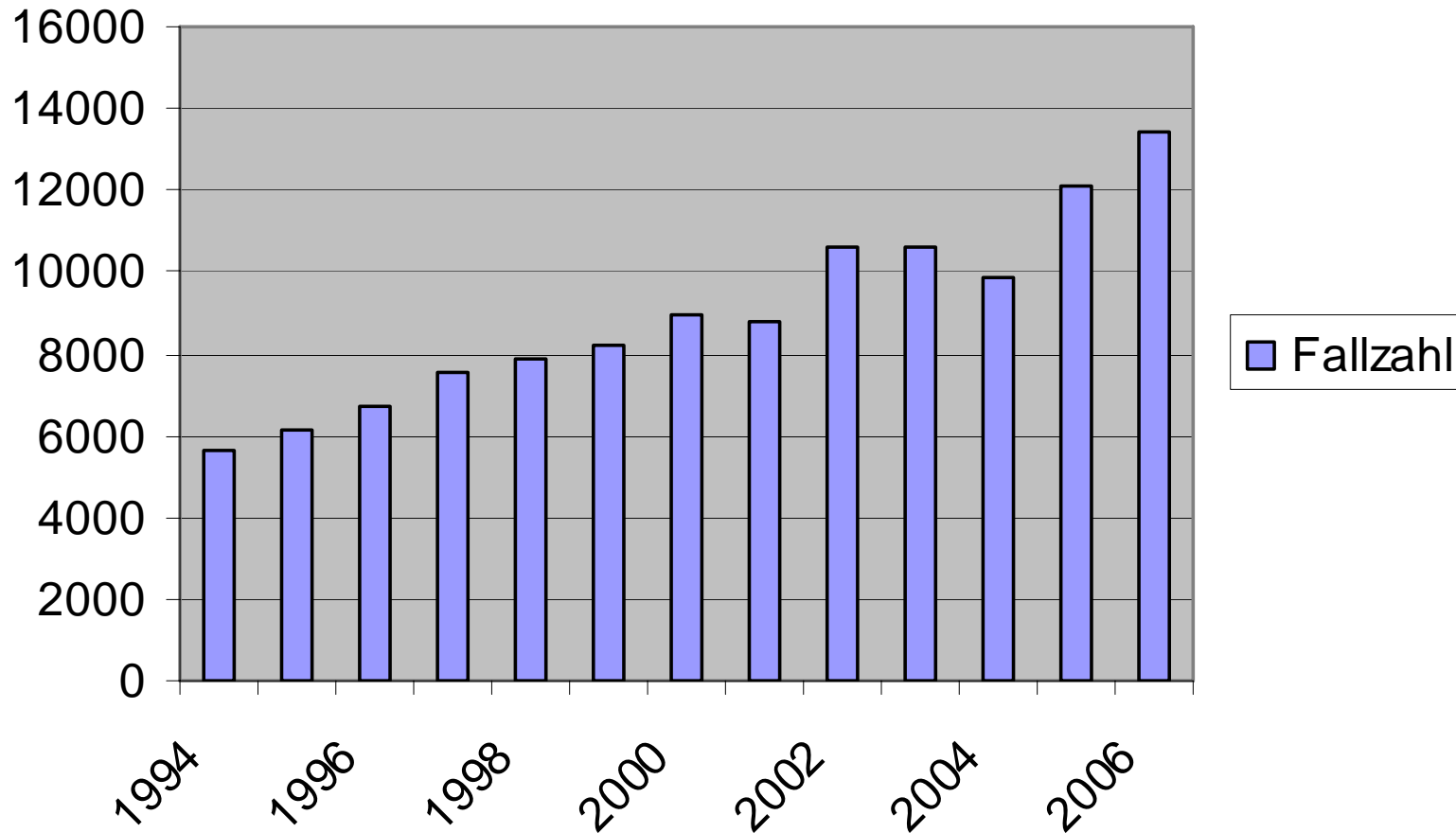
Reglementierung von Fallzahlen und  
Leistungen beim Vertragsarzt

Leistungsprofil der jeweiligen  
Notaufnahme

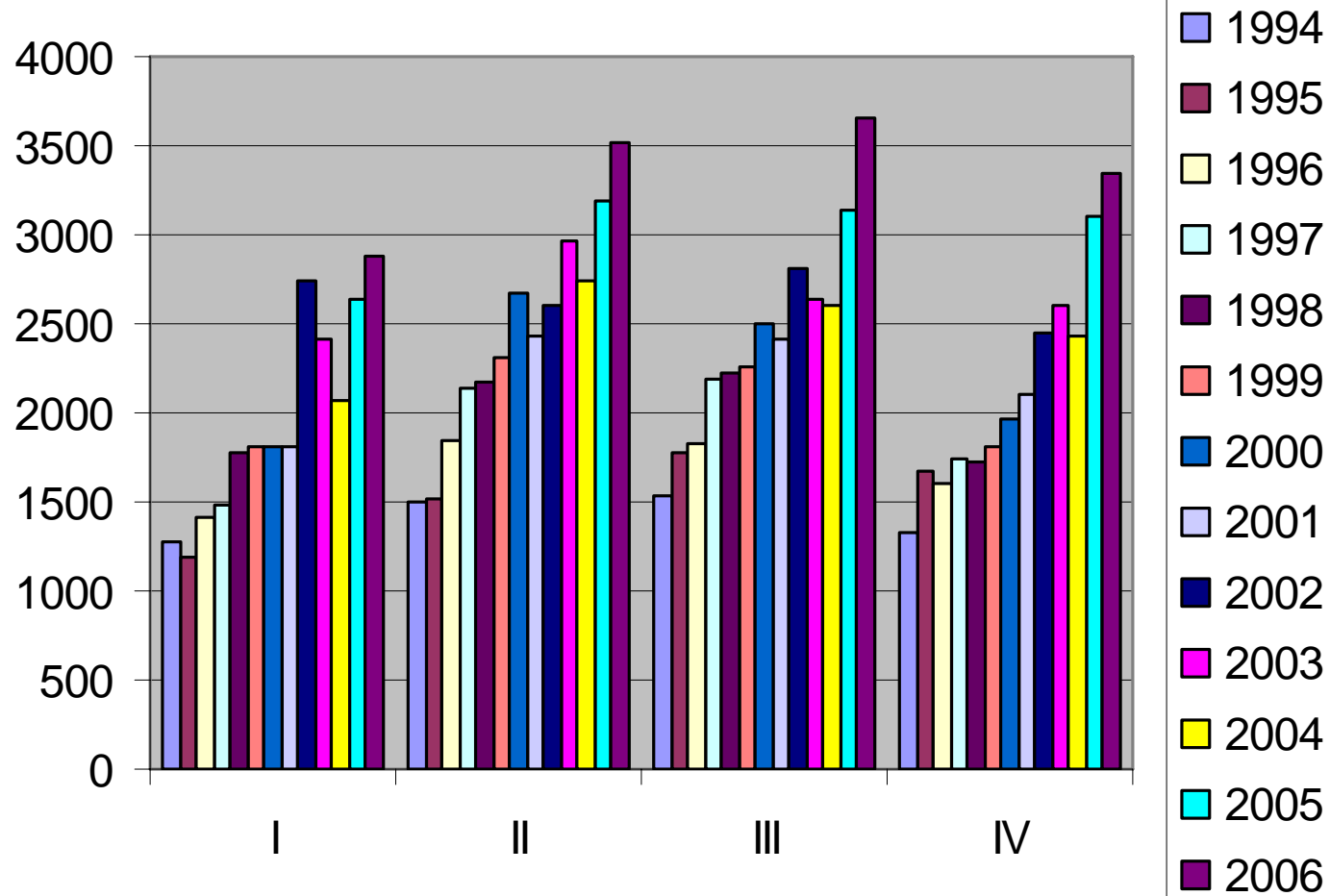
Anzahl und Profil der konkurrierenden  
Notaufnahmen



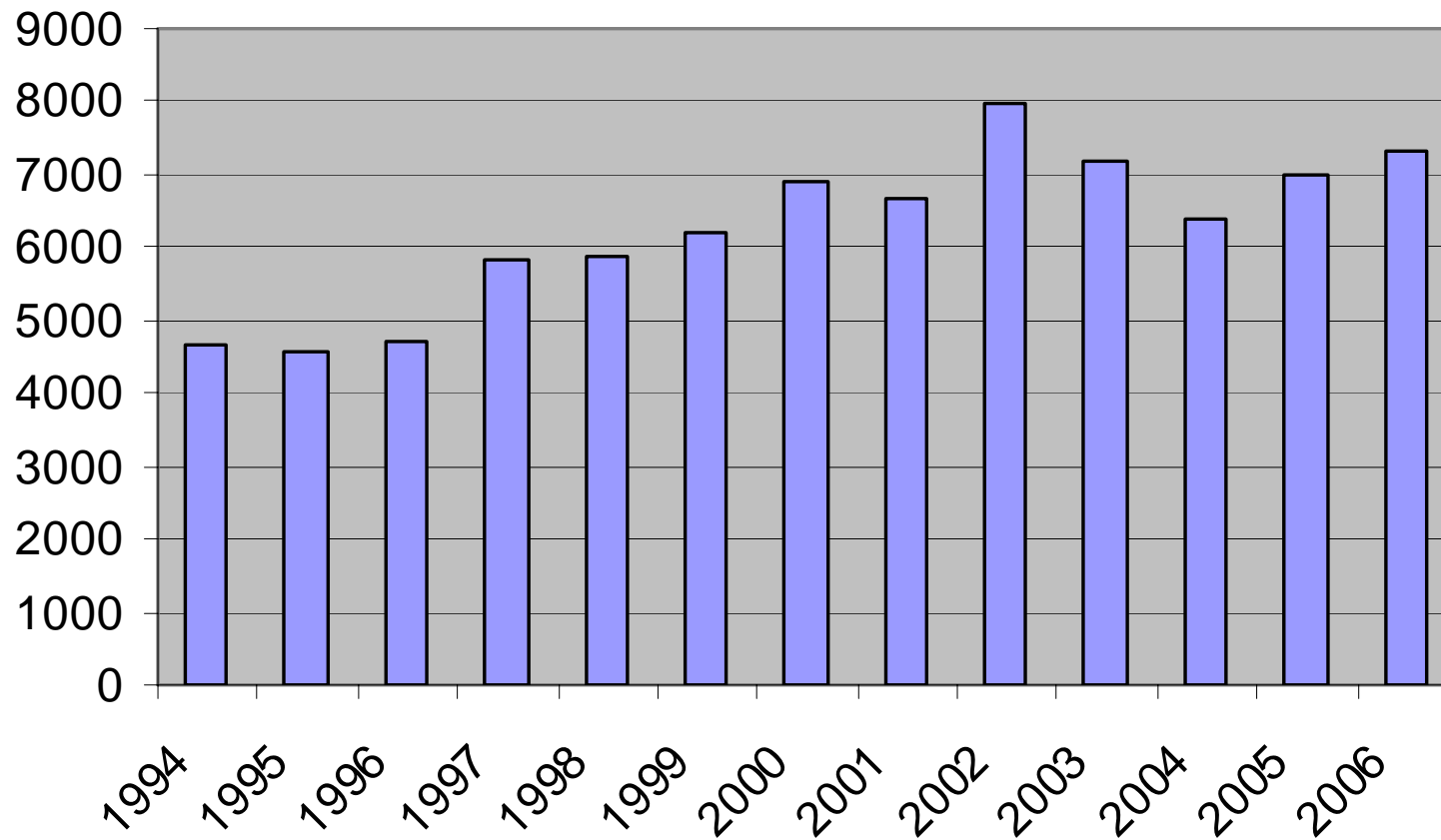
## Fallzahlentwicklung interdisziplinäre Notfallversorgung



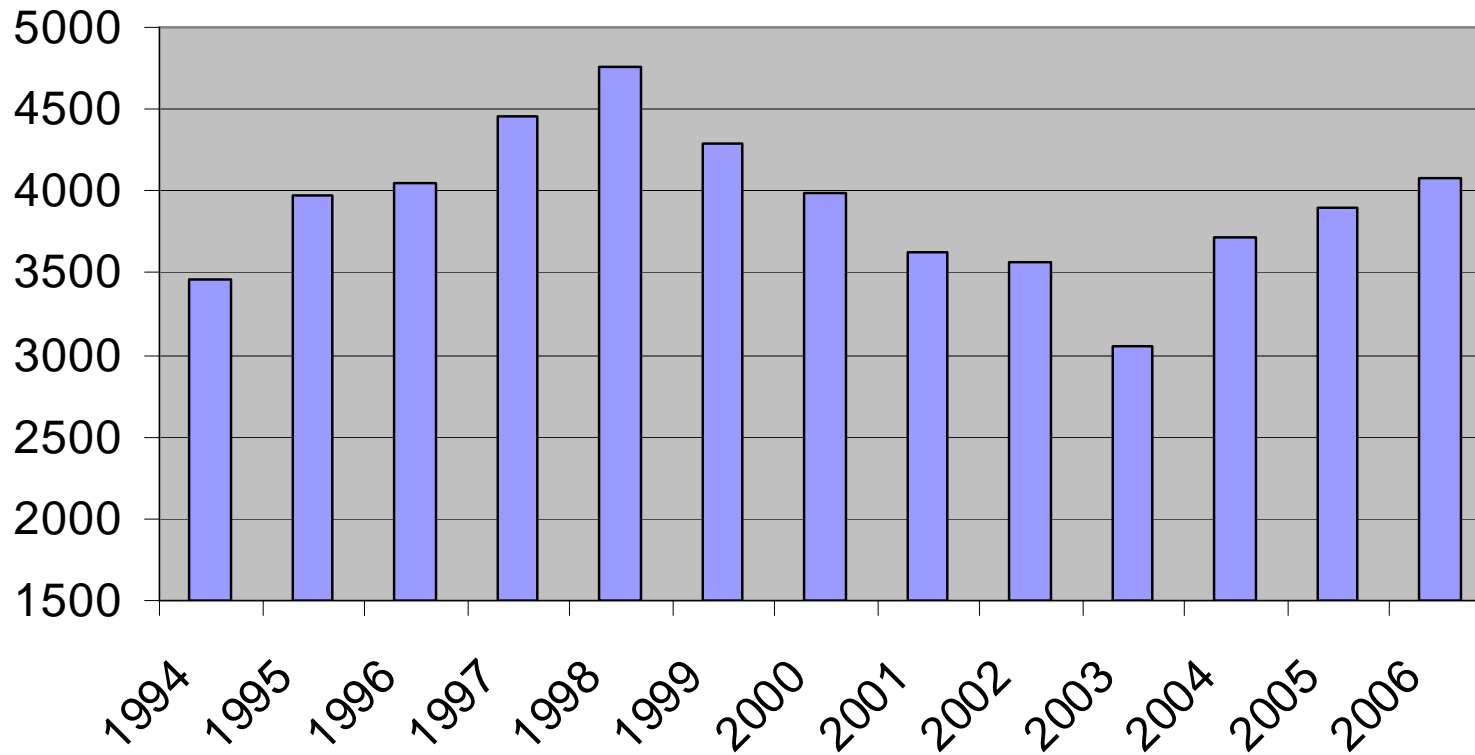
# Fallzahlentwicklung interdisziplinäre Notfallversorgung



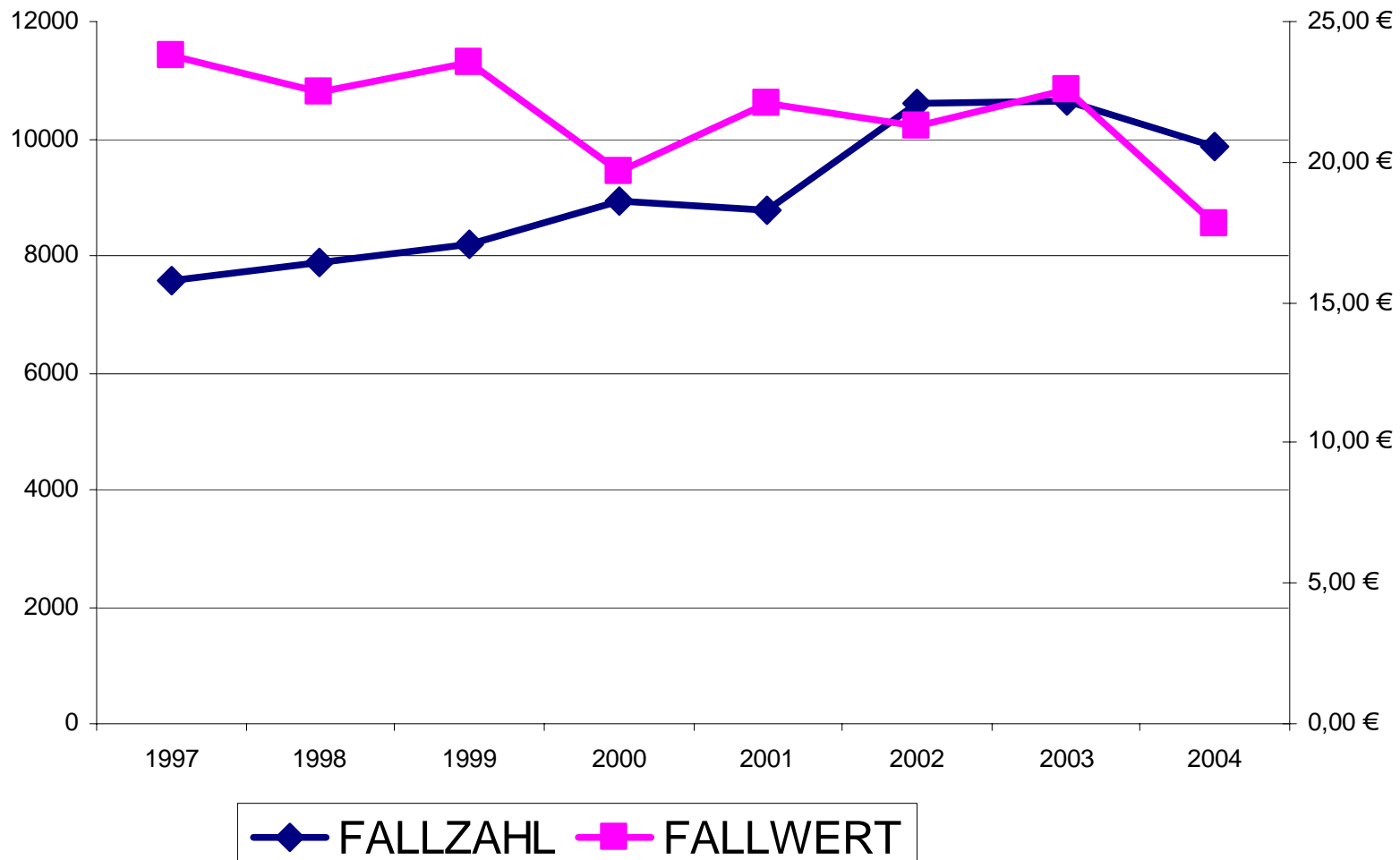
# Fallzahlentwicklung chirurgische Notfälle



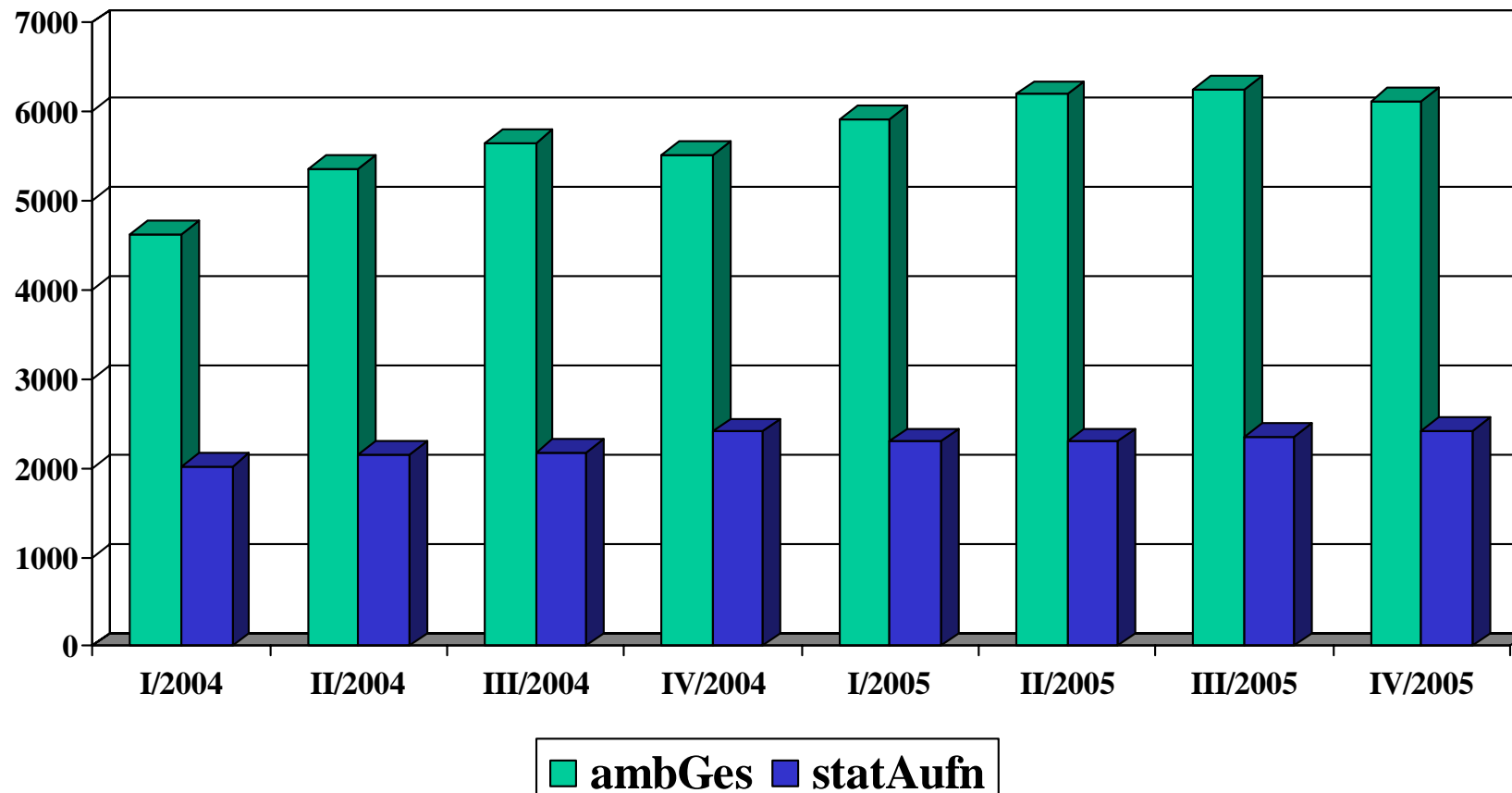
## Fallzahlentwicklung allgemein- chirurgische Ambulanz



# Fallzahlentwicklung durchschnittliche Fallvergütung



# Fallzahlentwicklung Notfallpatienten ambulant - stationär



# Ausgangssituation → Paradigmenwechsel

DRG-Einführung

Kostendruck

(Verdrängungs-) Wettbewerb  
unter den medizinischen Leistungsanbietern  
zwingt zum Umdenken und zu umfangreichen  
Veränderungen, wenn wir die Zukunft  
erfolgreich meistern wollen

Verweildauer

Effizienz

Patientenzahl

Fallkosten

Wettbewerb



# Wettbewerb → Erfolgstrategie

Zukunftssicherung:

Einklang von medizinischem und  
betriebswirtschaftlichem Erfolg

Den Wettbewerb zu bestehen, heißt  
„intelligente“ Medizin:  
bessere Qualität mit geringerem Aufwand  
zu niedrigeren Kosten  
anzubieten!

Ökonomisches Prinzip:  
Verhältnismäßigkeit von  
Miteinsatz zu  
Zielerreichung

Evidence Based  
Medicine:  
Strukturierte Anwendung  
(wissenschaftlich)  
gesicherter methodischer  
Erkenntnisse

Definiertes Leistungsportfolio:  
Konzentration im medizin.  
Leistungsspektrum auf das,  
was man sicher kann



# Wertschöpfungskette → Handlungsbedarf

Input:  
Kosten

Human Resources:  
Ärzte + Pflegekräfte  
Physiotherapeuten  
Med.-Techn. Dienste  
Verwaltung  
Betriebsdienste

Rationalisierung:  
Prozeßoptimierung  
Leistungsverdichtung

Erlössicherung:  
Definiertes Leistungsportfolio +  
Verzahnung von ambulanter  
und stationärer Versorgung

Gebäude  
Medizintechnik  
Verbrauchsgüter

Umsatzrendite:  
Das Erzielen einer ausreichend  
hohen Umsatzrendite zur  
Sicherung notwendiger  
Reinvestitionen unabdingbar

Output:  
Erlös



# Wirtschaftliche Faktoren und Elemente

unbeeinflussbare Fallzahl

hohe Vorhaltungskosten

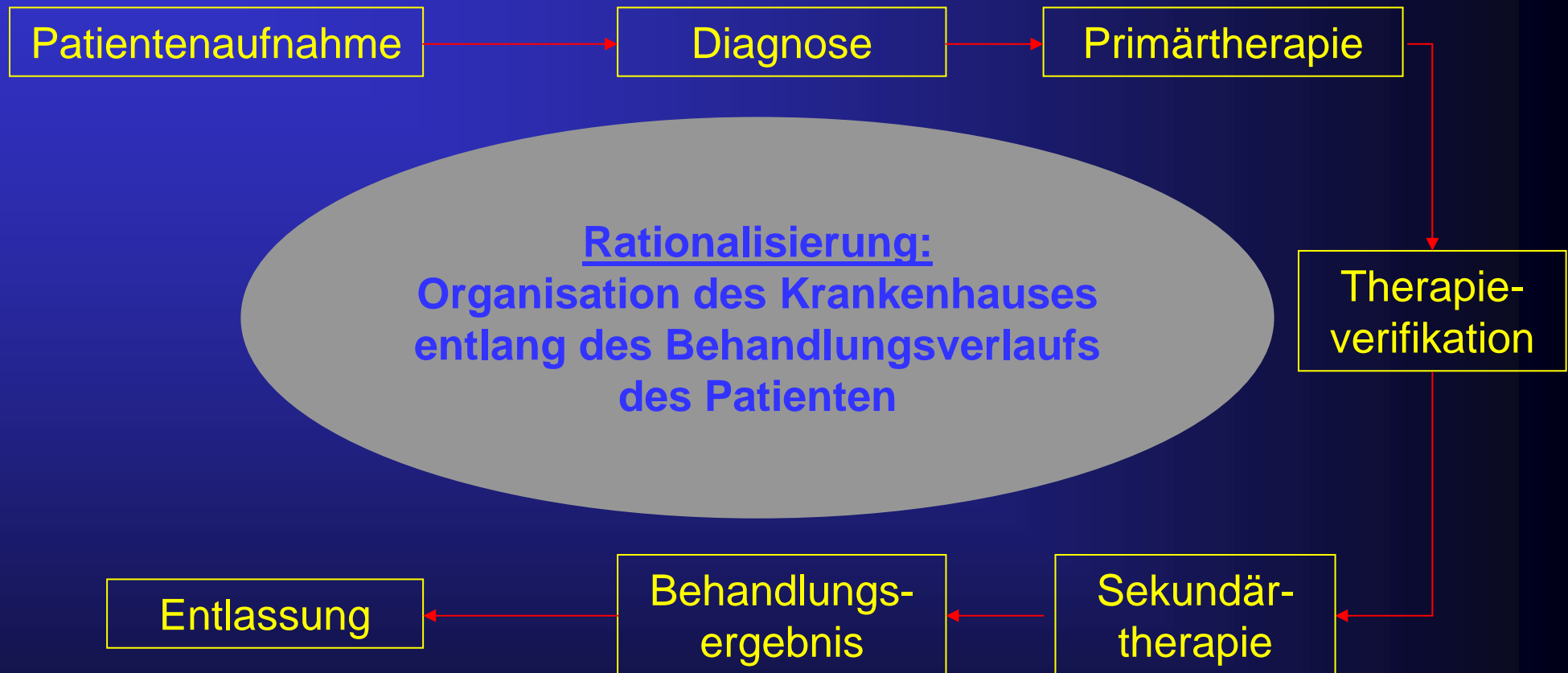
Erlöse nicht steuerbar  
(Fallzahl und –wert)

nur Kosten regulierbar

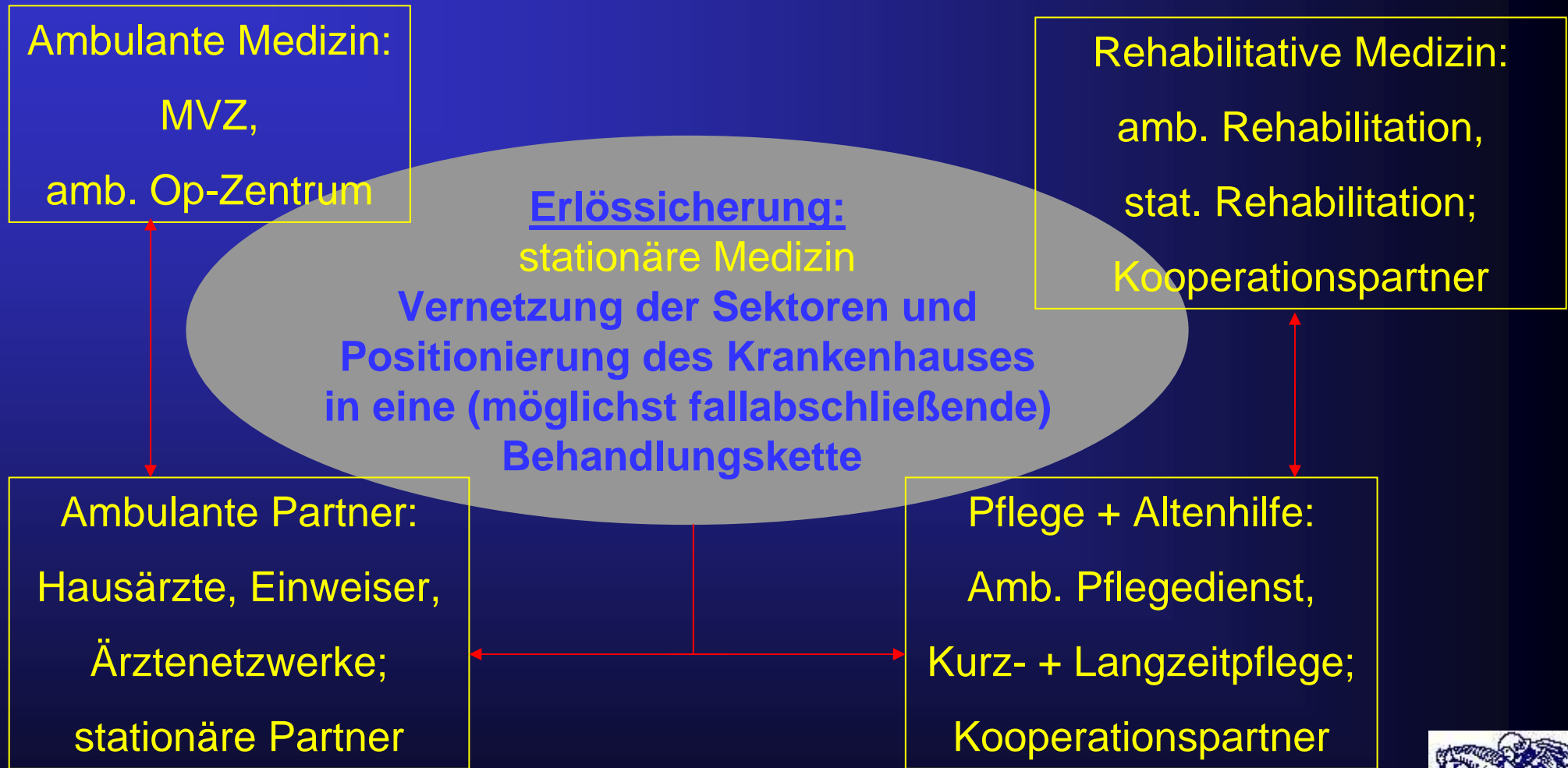
Verminderung Fehlbelegung



# Ausgangssituation → Baustein 1



## Umsetzung → Baustein 2



# Umsetzung → Baustein 3

Investitionsbedarf:  
Prozeßorientierte Entwicklung  
der medizin-, informations-  
und bautechnologischen  
Infrastruktur



**Umsetzung → Konsequenz**

**Prozeßqualität**

**Innerer Umbau**

**+**

**Strukturqualität**

**Äußerer Umbau**

**=**

**Ergebnisqualität**

**Zukunftssicherung**



**Innerer Umbau → Zentrumsbildung**

**Krankenhaus**

**Geschäftsführung + Administration**

<b>Stationäre Zentren</b>	Zentrum für operative Medizin	Zentrum für konservative Medizin	Zentrum für Psychiatrie	Zentrum für Geburtsmedizin
<b>Funktionszentren</b>	Zentrum für Intensiv- und Notfallmedizin	Zentrum für Funktionsdiagnostik + intervent. Medizin	OP-Zentrum	Institut für Labor- + Transfusionsmedizin
<b>ambulante Zentren</b>	Ambulantes medizinisches Versorgungszentrum		Zentrum für ambulantes Operieren	

**Facility Management**



# Zentrumsbildung → Ambulante Zentren

**Medizinische  
Versorgungs-  
Zentren  
(MVZ)**



**Radiologie, Kardiologie  
Onkologie  
Orthopädie, Handchirurgie  
HNO, Dermatologie, Augen  
Anästhesie (Schmerztherapie)  
Neurologie, Psychotherapie  
Labormedizin**

**Zentrum  
ambulantes  
Operieren**



**Anästhesie,  
Chirurgie (MIC),  
Gynäkologie (MIC),  
HNO, Augen  
Dermatologie,  
Orthopädie,  
Handchirurgie**



# Zentrumsbildung → Grundsätze

## Medizinische Zentren

Fallverantwortung für zugewiesene Patienten

Interdisziplinäre Behandlung durch für den Behandlungsverlauf notwendige Fachdisziplinen

Zuordnung der Ärzte in Prozeduren- und Periprozedurenteams

Feste Quote aus Fachärzten und auszubildende Ärzten



# Zentrumsbildung → Grundsätze

## Funktionszentren

**Dienstleister für die medizinischen Zentren**

**Bereiche Intensivstation und Zentrale Notaufnahme werden interdisziplinär geführt und besetzt**

**Außerhalb der regulären Dienstzeiten bündelt sich hier die gesamte Medizinische Präsenzkompetenz**

**Feste Quote aus Fachärzten und auszubildende Ärzten**

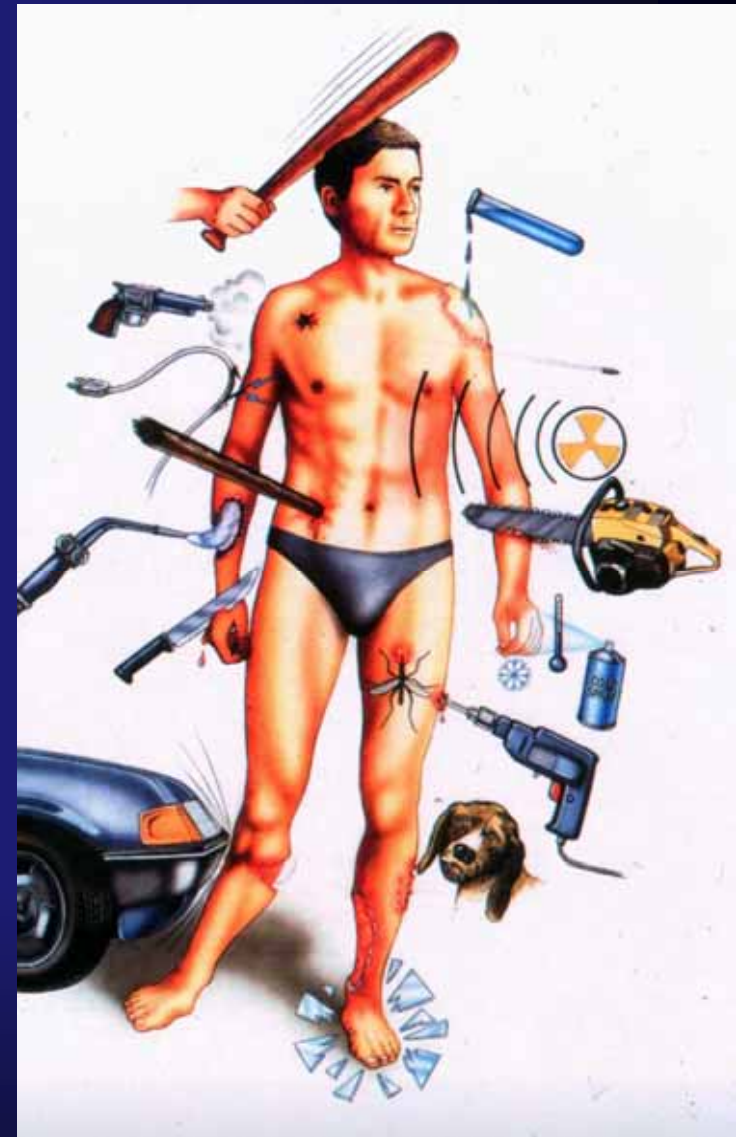


# Zusammenfassung

Wir erleben tief greifende Veränderungen  
im Gesundheitswesen

Der zunehmende Wettbewerb zwingt mehr  
denn je auch zur Neustrukturierung in den  
Krankenhäusern

Ziel muss es dabei sein, bessere Qualität  
zu niedrigeren Kosten anbieten zu können



# Ansatzpunkte für mobile Transaktionen in der Versorgungskette

**Prävention**

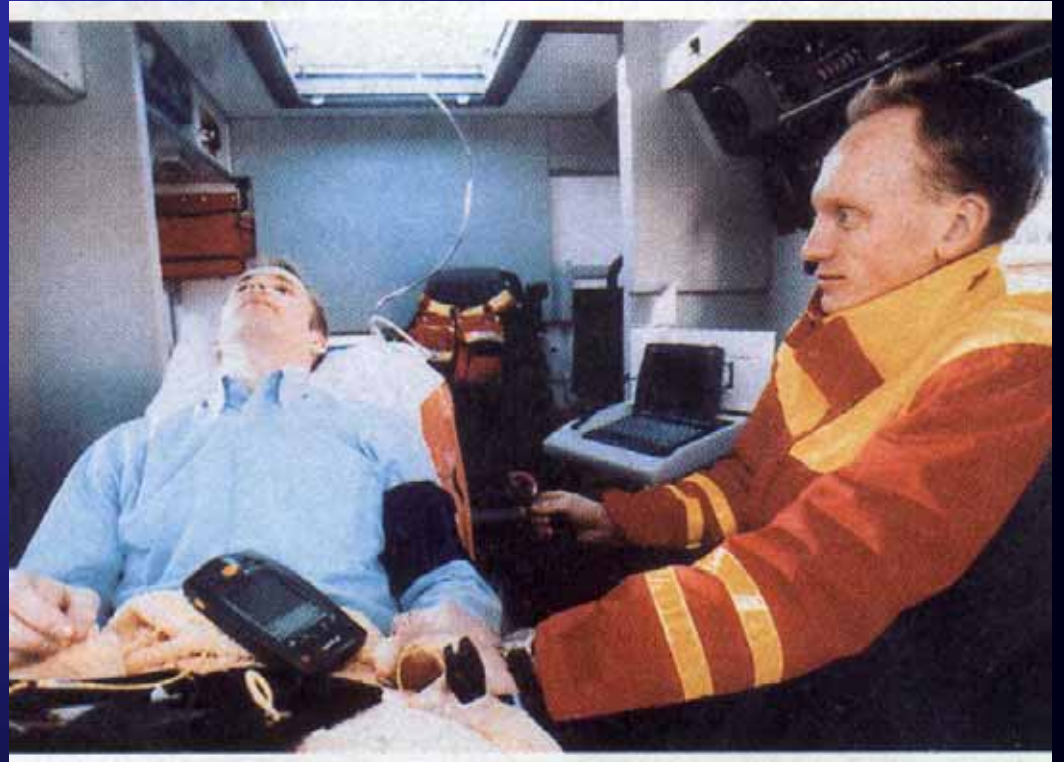
**Primärversorgung**  
(Hausarzt, Facharzt, Ambulanz)

**Notfallversorgung**

**Sekundärversorgung**  
(Krankenhaus)

**Tertiärversorgung**  
(Rehabilitation)

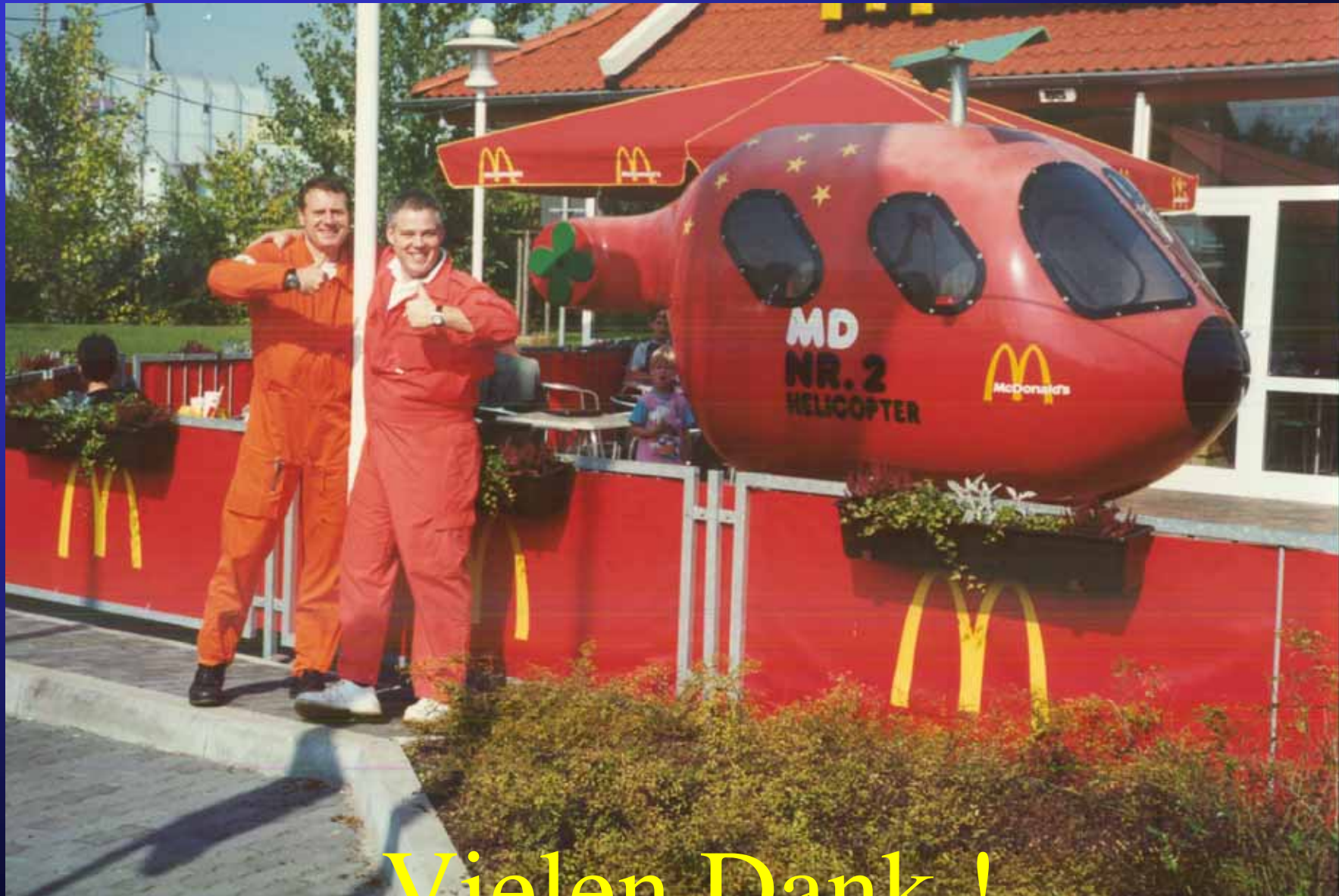
**Nachversorgung / Betreuung**



# Wachstumsfaktoren aus der Sicht des Gesundheitswesens

- Der Patient erwartet eine optimale Behandlung
- Der Informations- und Kommunikationsbedarf zwischen den Gesundheitsdienstleistern wird steigen
- Neue Medien müssen in das Gesundheitssystem Eingang finden
- IT-Lösungen, die alle Informationen im Krankenhaus auf einer Plattform abbilden, werden immer wichtiger
- Das Personal muß von administrativen Aufgaben entlastet werden und Zeit für medizinische Aufgaben erhalten
- Haftungsrisiken erfordern verbesserte Dokumentation und Archivierung medizinischer Leistungen
- Das Hinzuziehen externer Experten wird zur optimalen Behandlung immer wichtiger





Vielen Dank !

