

Die Zentrale Interdisziplinäre Aufnahme (ZIA)

**Dr. Hans-Georg Güse
Güse mediConsult Bremen**

**12.Febr. 2003
Klinikum Schwäbisch Gmünd, Stauferklinik**

Das tägliche Chaos.....ein Praxisbeispiel

Der Arbeitstag der Pflegegruppe (3 MA) in der Ambulanz beginnt für alle (!) um 6:00. Bis 8:00 kommen (glücklicherweise) nur 2 unangemeldete Patienten. 11 angemeldete Patienten warten auf ihre Aufnahme durch den Aufnahmearzt. Ihr Termin: 7:00 im Haus. (Ambulanz ist zuständig für Medizin und Chirurgie.)

Da noch kein Arzt ansprechbar ist (Übergabe, Besprechungen usw.) müssen sie alle bis 8:30 warten und werden bis 10:00 „abgearbeitet“

Gg. 8:30 bricht die Hektik aus und steigert sich bis 11:30. 25 Selbstweiser, Notaufnahmen, z.T. mit RTW und 6 postoperative Pat. + BG-Sprechstunde (10-12 Uhr)! Es ist eigentlich nicht zu schaffen!

Aufgaben:

Versorgung, Organisation, Anforderungsscheine für die Funktionsbereiche schreiben, Betten suchen, mit Hausärzten sprechen, Bescheinigungen und Rezepte ausstellen, Dokumentation, Taxis besorgen, nach Ärzten, Rö-Bildern und Krankenakten suchen, Gipse anlegen und entfernen, Wundversorgung durchführen, Nachfragen der Stationen bearbeiten usw. usw.

Die Hektik flaut gegen 14:00 ab.

Dann kommt die Spätschicht: 2 KollegInnen bis ca. 21:30, nachmittags ist es wesentlich ruhiger, da kann man auch die interne Organisation erledigen.

Was läuft hier schief?

Sicht der Patienten

- **„Wartezeiten überall: in der Verw.- Aufnahme, beim Aufnahmearzt und in den Funktionsbereichen!“**
- **„Wartezeiten auf der Station, da die Betten noch nicht frei sind!“**
- **„Man wird häufig auf dem Flur untergebracht
....aber als Notfall darf man ja nicht klagen!“**
- **„Behandlungen in der Ambulanz werden ständig durch Notfälle und andere Tätigkeiten der Ärzte gestört“**
- **„Das Personal ist überlastet und unfreundlich!“**
- **„Ambulanz- Ärzte müssen immer erst gerufen werden!“**
- **„Man fühlt sich ziemlich verlassen, hilflos und desorientiert!“**
- **„Auf Station wird noch einmal das Gleiche gefragt wie in der Ambulanz!“**
- **„Der Stationsarzt kommt erst am späten Nachmittag!“**
- **„Weitere Diagnostik oder OP. findet erst am übernächsten Tag statt!“**

Was läuft hier schief?

Sicht der Pflege- Mitarbeiter

- „In Spitzenzeiten eindeutige Überlastung!“
„Die Superorganisatoren können sich bewähren!
Bei den andern geht schon mal was daneben (Dokumentation, Termine..)“
- „Viele Ärzte sind unzuverlässig, andere sind super!“
- „Abteilungen schicken häufig AIP´ler.“
- „Pflege muss die Mängel der Ärzte kompensieren!“
- „Stationen beklagen sich ständig!“
- „Funktionsabteilungen „funktionieren“ nicht!“
- „Elender Papierkrieg!“
- „Ständig wird man angerufen, weil Rö.-Bilder und Krankenakten fehlen!“
- „Patienten kommen einfach, man hat keinen Einfluss auf die Terminplanung der Sekretariate!“
- „EDV funktioniert nicht (kein Bettenplan, kein Terminplan und wenn - sind sie falsch!“
- „Ständige Suche nach Betten auf den Stationen!“
- „Es wird immer mehr Arbeit! Jetzt auch noch vor- und nachstationäre und ambulante Behandlung!“
- „Trotzdem macht die Arbeit hier Spaß: viel Abwechslung, Gruppe ist o.k. Wir sind einfach gut! Stress haben wir v.a. mit der PDL!“

Sicht der Ärztlichen Mitarbeiter

- **„Der Ambulanzbetrieb kollidiert mit dem Stationsbetrieb
- nimmt mir die Zeit für „meine“ Patienten und verursacht Überstunden!“**
- **„Der Ambulanzbetrieb stört meine Weiterbildung in den Funktionsbereichen!“**
- **„Meistens werden wir als Ausputzer für die Niedergelassenen benutzt oder die Patienten kommen einfach als Selbsteinweiser wegen Banalitäten (..bei uns ist die Wartezeit immer noch kürzer als bei den Niedergelassenen) !“**
- **„Die Organisation (Bettensuche, Formalitäten usw.)nervt einfach!“**
- **„Wir müssen nach der Pfeife des Pflegedienstes tanzen!“**
- **„Die Kooperation mit den anderen Abteilungen ist abhängig von dem /der jeweiligen Kollegen/in!“**
- **„Wir müssen für unsere Chefs Privatpatienten rekrutieren!“**
- **„Wenn man ein größeres Problem hat, steht man allein da!“**
- **„Im Zweifel nimmt man schnell den Patienten auf, damit hat man die wenigsten Probleme! – ...dann sollen die Kollegen auf den Stationen weiter sehen!“**

Was läuft hier schief?

Sicht der Organisation (Verwaltung)

- „Das Budget klemmt!“
- „Die Belegung des Hauses ist wechselhaft: mal zu viel, mal zu wenig. Man kann es kaum beeinflussen!“
- „Durch die VWD-Reduzierung werden die Abteilungen immer kleiner!“
- „Es droht eine unangenehme Fehlbelegungsanalyse!“
- „Die DRG´s werden eine Gefahr fürs Haus (niedriger CMI) !“
- „Die Dokumentationsqualität ist problematisch!“
- „Die Ärzte klagen wegen Überlastung, Überstunden und BD!“
- „Stellen im Ärztlichen und Pflegedienst sind vakant - wir werden rationalisieren und diese Stellen streichen müssen!“
- „Zudem soll der Anteil der ambulanten, vor- und nachstationären Behandlungen gesteigert werden– aber mit welcher Organisation?“
- „Es liegen Patientenklagen über die Ambulanz vor (Wartezeiten usw.)!“
- „Die Beziehung zu den Klinikleitern ist gespannt. Sie wollen sich den neuen Wegen nicht öffnen!“
- „Die Abteilungen kämpfen um jeden Patienten!“
- „Wir haben viele interne Verlegungen, die sehr aufwendig sind.“

Ein Strauss von Problemen?

Ein Strauss von Interessen!



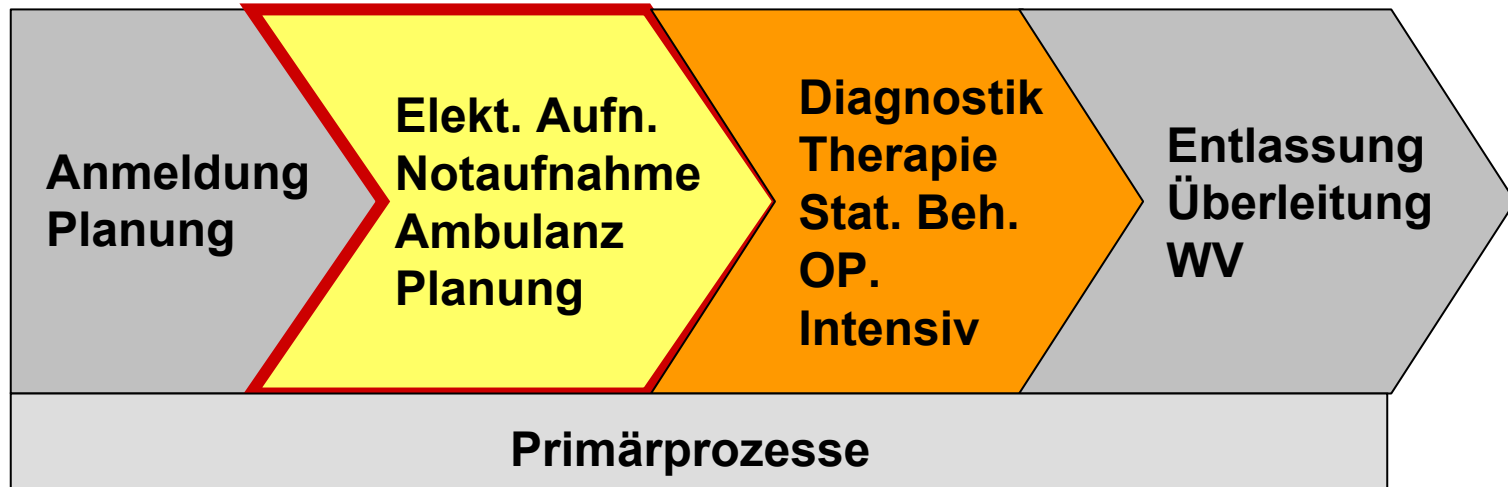
Nein!

Auf viele Probleme immer wieder ähnliche Problemlösungen!

Reorganisation der Kern- /Primärprozesse

Strategische Sekundärprozesse

Operative Sekundärprozesse
Ver-/Entsorgung, Hygiene, Technik, Facilities,




Unterstützungsprozesse:
Verwaltung, Personal, Abrechnung, Wirtschaft, Controlling usw.



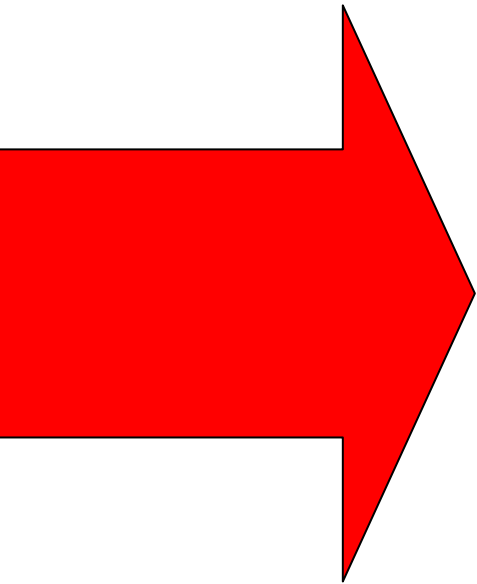
In einer zentralen Rolle: Der Aufnahmeprozess

Im Aufnahmeprozess werden wegweisende Entscheidungen gefällt:



Elekt. Aufn.
Notaufnahme
Ambulanz
Planung

- **Qualität**
Effektivität, Zielorientierung, Zuverlässigkeit
Behandlungsstandards
- **Kosten**
Effizienz
- **Ressourcennutzung**
Präoperative Verweildauer
Arbeitsaufwand der weiterversorgenden Stationen
Inanspruchnahme der Funktionsbereiche
Stationäre Verweildauer
- **Organisation / Steuerung**
Sachgemäße Zuordnung zu einem Fachbereich
Planung der Bettenbelegung
Anteil der ambulanten Prozesse
Ausmaß der stationären Konsiliaranforderungen
Wartezeit für Patienten
Diagnosen-Kodierung
- **Verhältnis zu den einweisenden Ärzten**
- **Patientenzufriedenheit**



**Über den Aufnahmeprozess
werden
die Kernprozesse
des Krankenhauses
wesentlich gesteuert!**

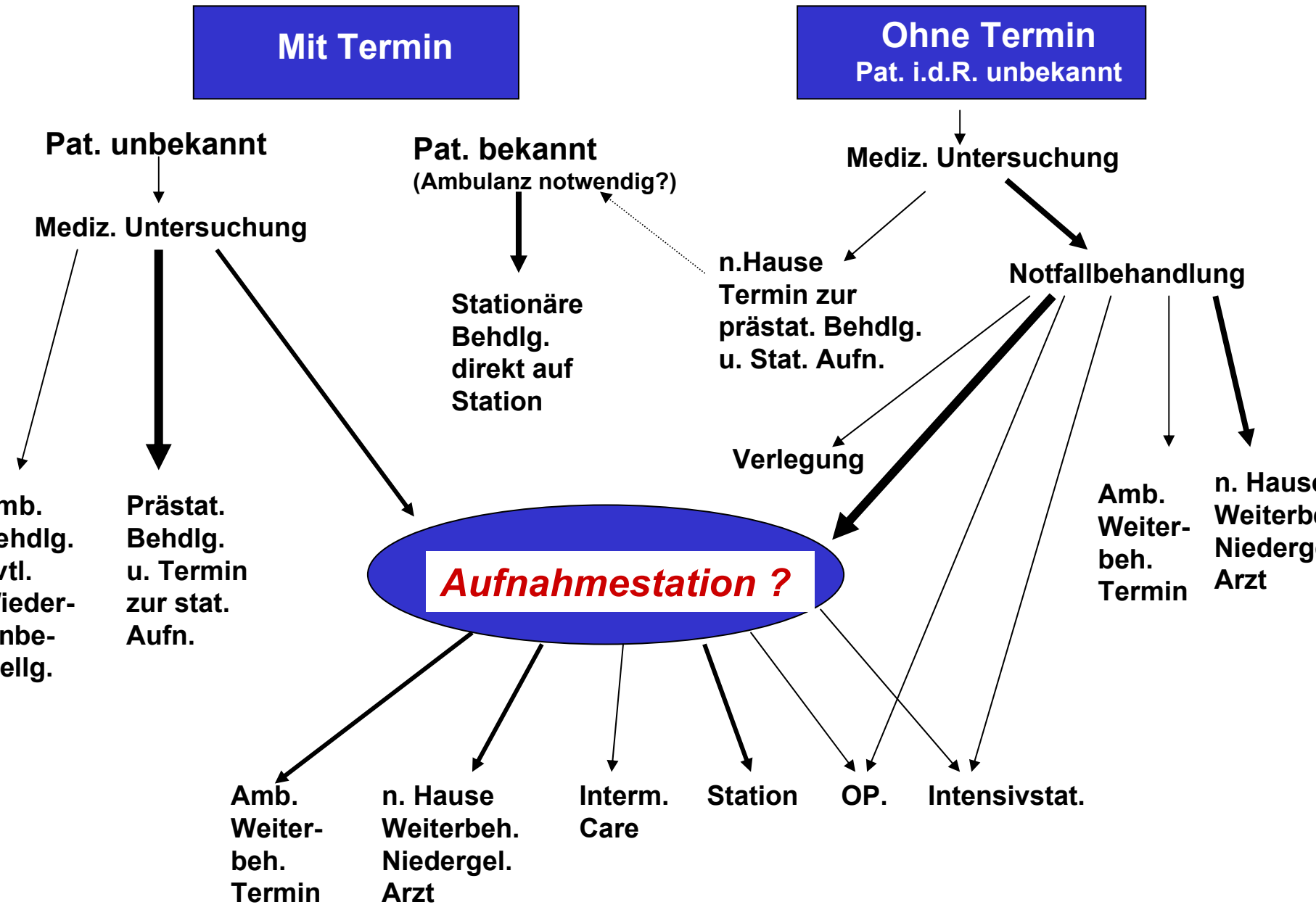
Strukturprobleme vieler Notaufnahmen / Ambulanzen

Probleme:

- ➡ Patienten irren durchs Haus, es gibt mehrere Ambulanzen, mediz. und Verwaltungs-Aufnahmen
- ➡ Elektive und nichtelektive Prozesse überlagern und stören sich
- ➡ Termine werden zwar vergeben, aber nicht eingehalten
- ➡ Alle machen alles zur gleichen Zeit. Sie warten ab, was kommt.....!

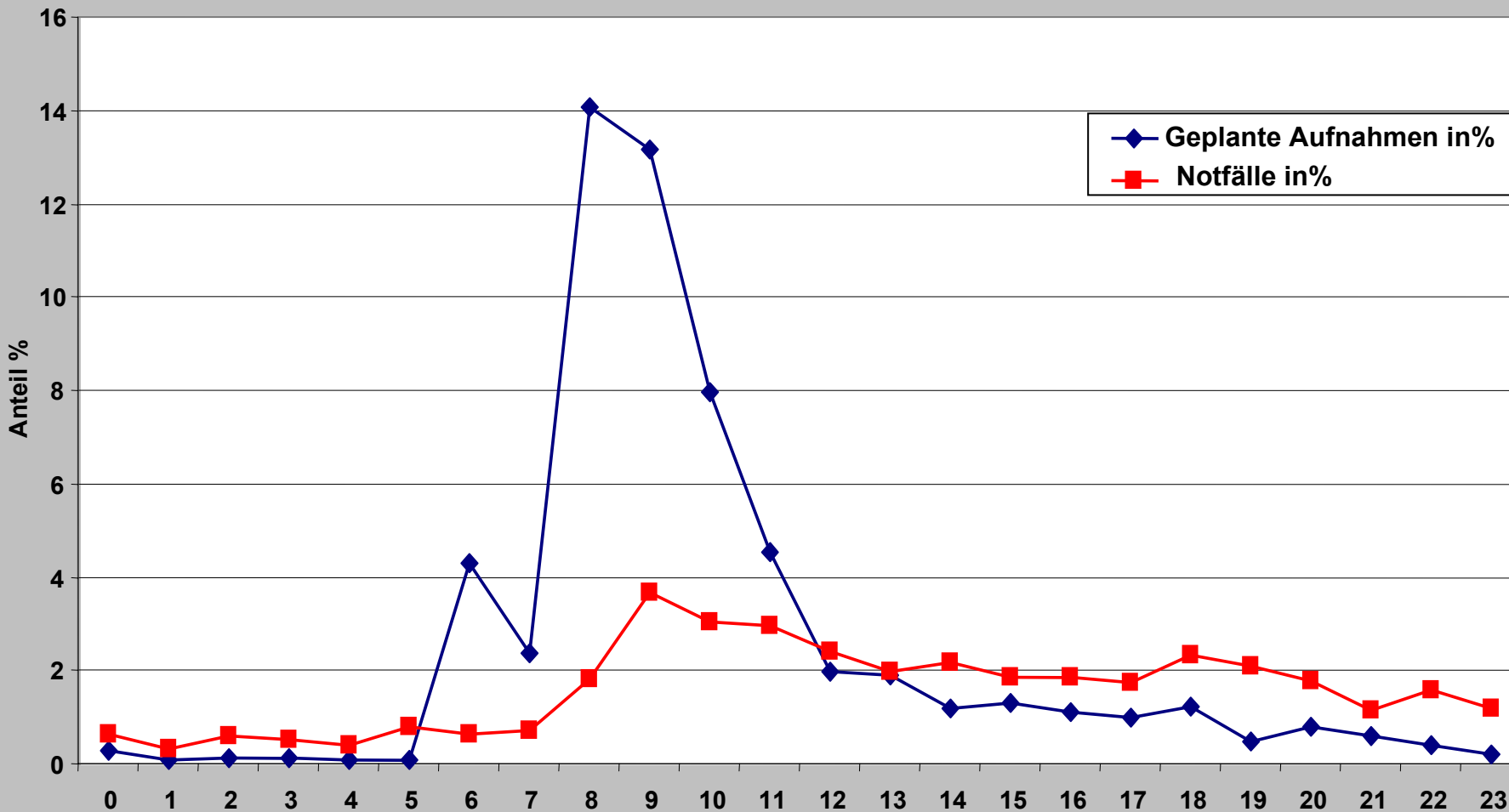
Organisator. Lösung:

- A. „Allgem. Aufnahme“ für alle Patienten, die mit Termin ins Haus kommen
- B. „Notfallambulanz“ für alle Patienten, die ohne Termin ins Haus kommen



Konkretes Beispiel:

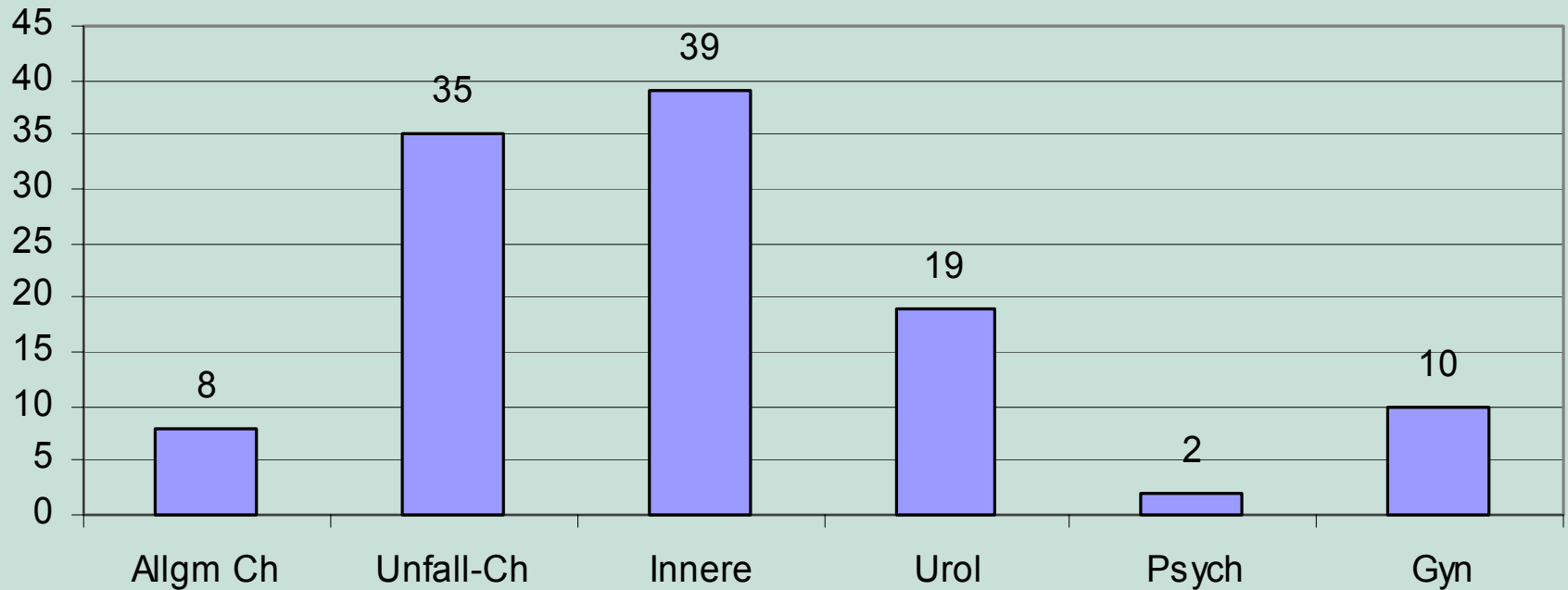
Notfallbehandlungen erreichen zw. 9:00 und 12:00 ihr Maximum wie auch geplante Einweisungen.



Konkretes Beispiel:

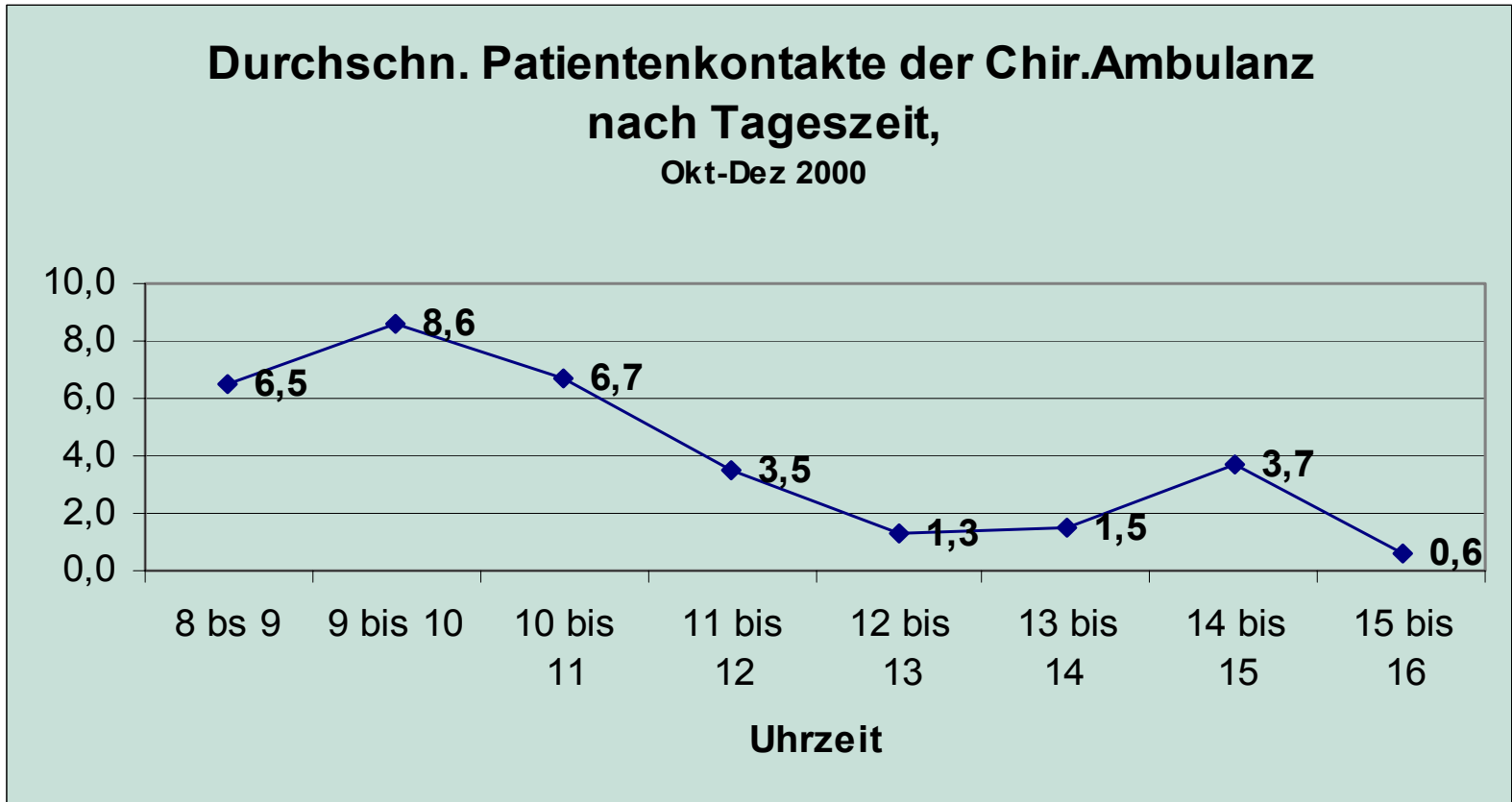
In der „Notaufnahme“ sind zwischen 6:00 Uhr und 8:00 Uhr im Durchschnitt 1,33 Patienten betreut worden... – bei voller Personalausstattung!

**Patientenkontakte in der ZNA von 6:00 bis 8:00 zwischen
1.10. und 24.12.00 (113 in 85 Tg.)**



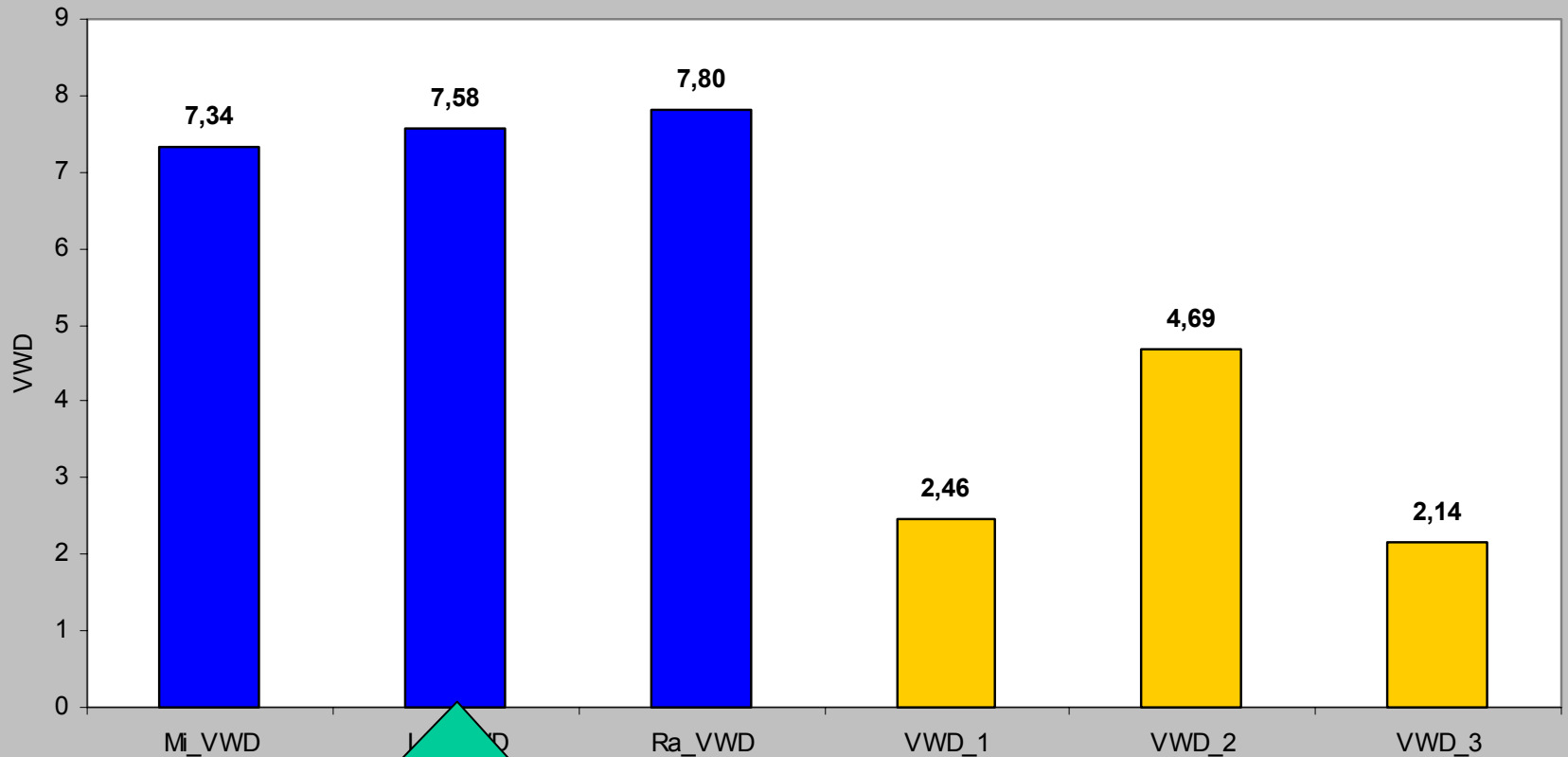
Konkretes Beispiel:

In der Chir. Ambulanz (Notfälle, einbestellte BG-Patienten, prästat. Pat.) liegt das Maximum der Beanspruchung zw. 8:00 und 11:00 an Regulararbeitstagen. Die Personalausstattung ist zwischen 8:00 und 16:00 gleich verteilt!



Konkretes Beispiel:

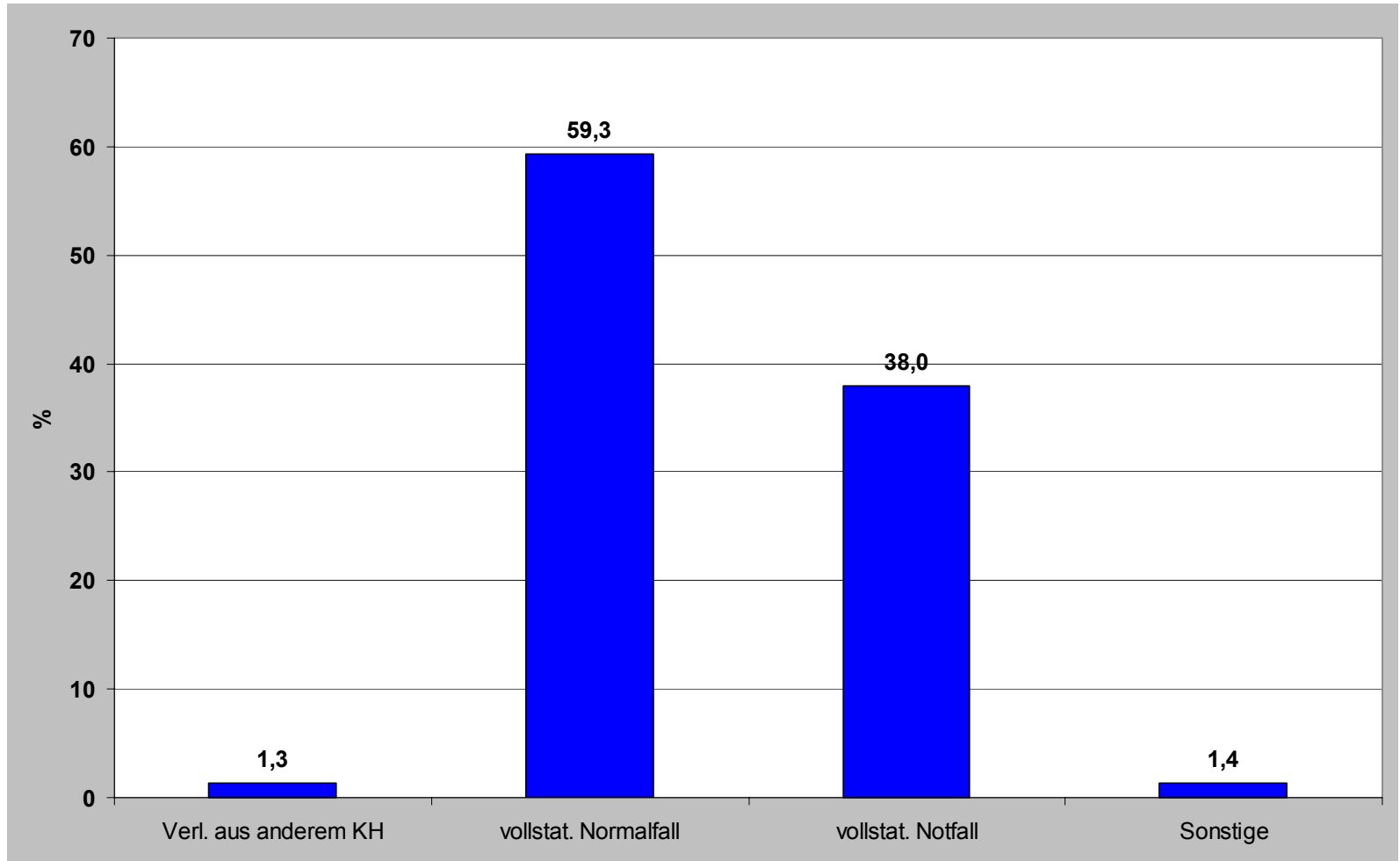
Verweildauer für Hernienpatienten in Krankenhäusern mit **geringem** Anteil und mit **hohem** Anteil prästationärer Behandlung



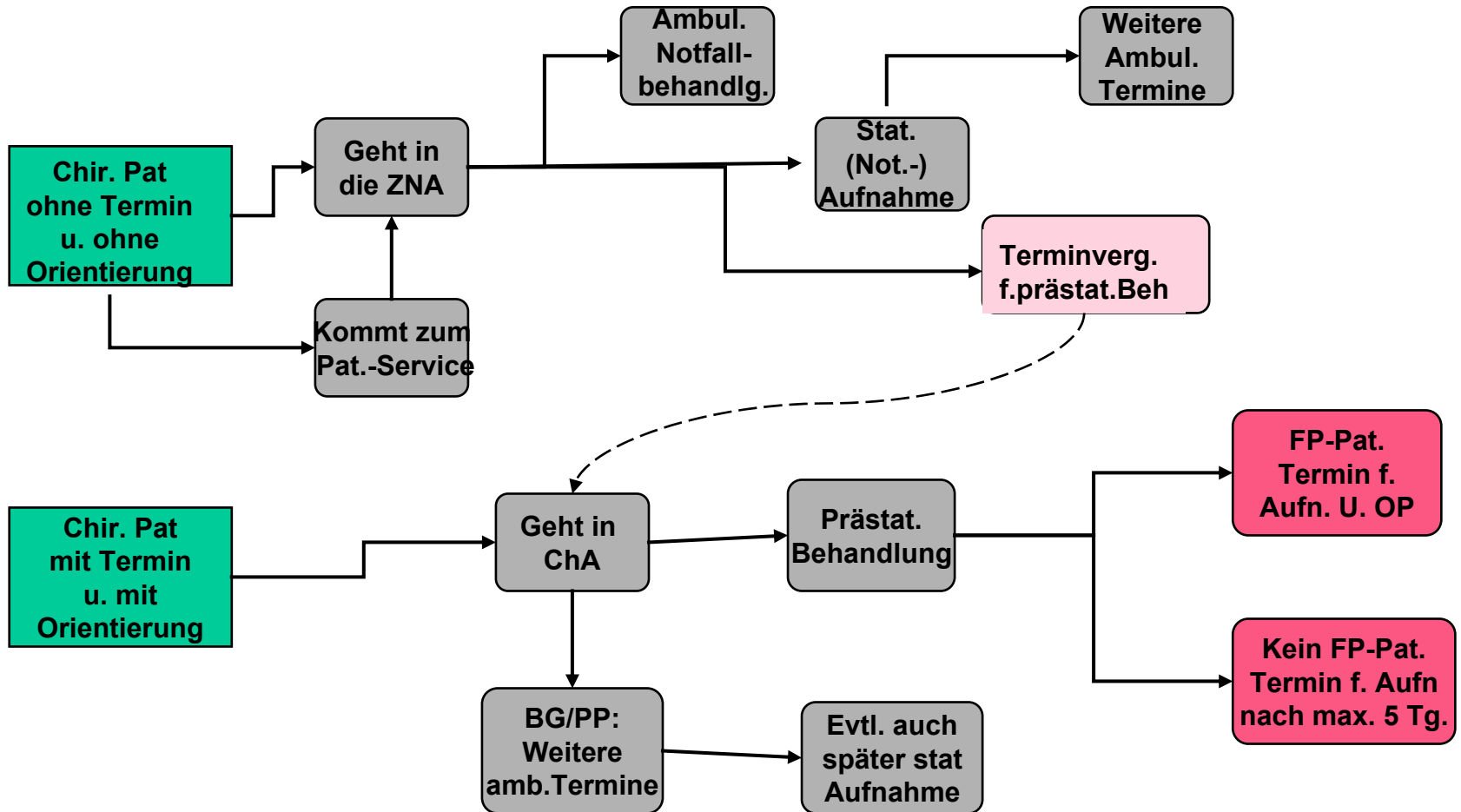
In diesem Krankenhaus führten 85% der chir. Erstkontakte zu einer stat. Aufnahme.

Konkretes Beispiel:

Der größte Anteil (ca. 60%) der aufgenommenen Fälle wird als Normalfall aufgenommen (= steuerbar). Nur ca. 38% sind Notfälle.



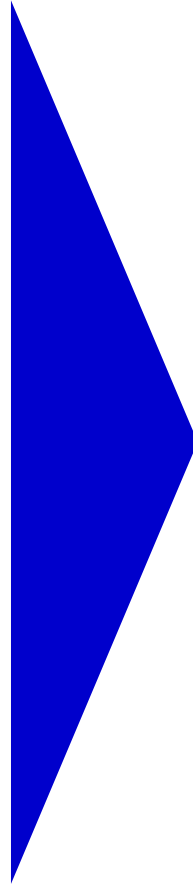
Flussdiagramm für Abläufe in den Ambulanzen



A. „Allgemeine Aufnahme“ für Elektivpatienten

Aufgaben:

Schnelle,
patientenorientierte,
kompetente Leit- und
Behandlungsstelle:
A. für einbestellte,
stat./teilstat. Patienten
B. für einbestellte,
ambul. Patienten (BG usw.)
C. Sprechstunde
für präoperative Evaluation
(Anamnese,
Untersuchungen,
Aufklärung,
Prämedikation)
Entwicklung von Standards



Effekte:

- Arbeiten nach Plan
Optimierte Auslastung 8:00-16:00
- Optimierter Personaleinsatz
- Was geplant ist, wird auch
zeitgerecht eingehalten
- Planungssicherheit für alle
- Verkürzung der Wartezeiten
- Patientenorientierung
- Bessere Op.-Planung
- Verkürzte präoperative
Verweildauer
(wichtig für Fallpauschalen)

3. „Zentrale „Notfallambulanz“/ „Erste Hilfe“ / „Notaufnahme“ für nicht-elektive Patienten

Aufgaben:

Schnelle, qualifizierte,
patienten- und einweiser-
orientierte Behandlung
Anlaufstelle für Notfälle
und Selbsteinweiser aller Art
rund um die Uhr,
Evaluation der Notfälle
und Prüfung der Behandlungs-
notwendigkeit
Steuerung der Primärdiag-
nostik, Bettenbelegung und
prästationären Behandlung
Entwicklung und Kontrolle
von Behandlungsstandards

Effekte:

- Optimierter Personaleinsatz nach statistischer Erwartung
- Verkürzung der Wartezeiten
- Patientenorientierung
- Höherer fachlicher Standard
- Bessere Steuerungsfunktion
- Höherer Anteil ambul. und prästat. Prozesse
- Vermeidung von Fehl- und Überbelegungen
- Verringerung interner Verlegung
- Entlastung der Stationen

Redundanzen im Aufnahmeprozess.....

IST-Situation	Tätigkeiten beim Paptientenaufnahmeprozess	Prästationär	Aufnahmetag		
			Aufnahme-Ambulanz	Aufnahme-Station	
Patientenaufnahme	Barcode	x	x		x = Arzt
Patientenaufnahme	Aufnahmepapiere		x		x = Pflege
	Unterlagen sammeln	x	x		
	Patient wartet	x	x		
	Sichtung Unterlagen	x x	x x	x x	
	Vorbereitung Untersuchung + Doku-Material	x	x		
	Koordination Ärzte	x	x		
	Blutentnahme		x		
	Anamnese		x		
	Untersuchung	x	x	x	
	Aufklärungsgespräch	x	x	x	
	Frage OP-Indikation	x	x	x	
	Hinweise auf weitere Untersuchungen	x	x		
	wenn klar, dann Terminvergabe und Kurzarztbrief	x			
	Absprache mit Station	x			
	wenn nein, dann Oberarzt zur weiteren Abklärung	x	x		
	wenn ja, Terminvergabe	x			
	Aufnahmebogen verteilen und Erklärung des Aufnahmeprocedures	x			
	Verschlüsselung der Diagnose	x	x		
	Deponieren der Aufnahmeunterlagen	x			
	wenn nein,Kurzarztbrief	x			
	Einweisung Patient		x		
	Pflegeanamnese, Pflegeeinstufung, Vorbereitung				
	Patientenkurve, Laborkarte, Untersuchungsanträge		x		
	Anmeldung bei Fachabt.		x	x	
	Untersuchungsanmeldung durch Stationsarzt			x	
	angeordnete Untersuchung durchführen			x	
	Einbestellung Patient zur Prämedikation			x	
	Informationsgespräch, Abführende Maßnahmen einleiten, 18.00 Uhr				
	Thromboseprophylaxe, 22.00 Uhr Schlafmedikation nach Anästhesieprotokoll			x	

Gründe für Redundanzen.....

- Keine allgemeingültigen Absprachen innerhalb der Disziplin
- Keine Vorgaben der Vorgesetzten = keine Strukturen
- Individualismus: „dem vertrau ich nicht“
- viele haben ihre eigenen „Standards“ („die Erfahrung“)
- Es fehlen Raum und Zeit und manchmal Interesse
- **Team**-Arbeit: „Toll **e**in **a**nderer **m**achts“
- weil es keine Standards gibt es auch für die Pflege
keine konkreten Vorgaben

...verweisen auf
Koordinierungs-
und Schnittstell-
Probleme.

Aufnahme-Checkliste

Aufkleber vorstationär

Standardaufnahmeprozedur? ja nein

Geplante Stat.-Aufnahme (Datum, Uhrzeit): _____

geplanter OP-Tag: _____ Station: _____

Diagnose: _____

geplante OP: _____ Diagnose- / _____

Indikationsstellung durch?: CA OA Facharzt

Erforderlich: Durchführung? Für Station:
 (Bitte ankreuzen) Intern Extern anbei

<input type="checkbox"/> Aufnahmedaten erfaßt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Patientenfragebogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anamnese-/Befundbogen vollständig?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alte Krankenakten?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <u>OP-Aufklärung</u> durchgeführt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wann: _____			
<input type="checkbox"/> Vom Patienten unterschrieben?			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anästhesie-Prä-OP Visite durchgeführt?	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <u>Anästhesie-Aufklärung</u> durchgeführt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wann: _____			
<input type="checkbox"/> Vom Patienten unterschrieben?			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eigenblutspende?	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> EKG <small>(ab 50J. obligat, nicht älter als 6 Mon., 12 Kanal-EKG mit Rhythmusstreifen, alternativ: schriftl. EKG-Befund)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rö.-Thorax <small>(ab 60J. obligat, nicht älter als 12 Mon., Bild)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Röntgen-Fremdaufnahmen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor vom : _____ <small>(nicht älter als 6 Wochen)</small>			
<input type="checkbox"/> Standard: BB, E'lyte, Krea., Quick, PTT, U-Status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Standard + GOT, GPT, y-GT, alk. Phosphat., GLDH, Bill.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Standard + T3, T4, TSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Standard + _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ultraschallbefund? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HNO-Spiegelbefund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Szintigramm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Weitere Diagnostik? <small>(siehe Anordnung für Station)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beispiel Leistenbruch, Galle

Leistenbruch											
1.	Klinische Untersuchung										
2.	Bei unklarem Befund Sonographie										
3.	Labor: BB, Elektrolyte, Kreatinin, Urinstatus, Quick, PTT										
4.	Über 50 Jahre EKG. Über 60 Jahre Röntgen-Thorax										
prae OP-Tag:	AT-Strümpfe anpassen (nicht bei pAVK) OP-Hemd bereitlegen 18 ⁰⁰ Uhr: Mono Emborex 1 x 0,5 ml s.c. 18 ⁰⁰ Uhr: 1 Supp. Dulcolax Duschen Bis 20 ⁰⁰ Uhr Kost Bis 0 ⁰⁰ Uhr Trinken										
OP-Tag	"Rasur bds.", Nabelkontrolle, OP-Hemd und AT-Strümpfe (nicht bei pAVK) anziehen Schmuck, Zahnprothese und weitere Hilfsmittel entfernen Praemedikation geben										
OP	Lichtensteinrepair in LA										
post-op	Über 4 h stündlich RR und Puls Kontrollen auf Diurese achten Mono Emborex 1 x 0,5 ml s.c. Schmerzmedikation Verbandkontrolle Keine weitere Infusionstherapie nach ca. 6 Stunden trinken möglich Mobilisation und Prophylaxen nach Risikoeinschätzung durchführen										
	Labor										
Mono Emborex 1 x 0,5 ml s.c. tgl. AT-Strümpfe (nicht bei pAVK)	<table border="0"> <tr> <td>1. postop. Tag</td> <td>Vollkost Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Verbandkontrolle Mobilisation und Prophylaxen durchführen</td> </tr> <tr> <td>2. postop. Tag</td> <td>Verband entfernen</td> </tr> <tr> <td>Ab 2. postop. Tag</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>3. postop. Tag</td> <td>Wundkontrolle ggf. Abführen mit 1 Supp. Dulcolax</td> </tr> <tr> <td>ab 6. postop. Tag</td> <td>Fäden ex</td> </tr> </table>	1. postop. Tag	Vollkost Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Verbandkontrolle Mobilisation und Prophylaxen durchführen	2. postop. Tag	Verband entfernen	Ab 2. postop. Tag	E	3. postop. Tag	Wundkontrolle ggf. Abführen mit 1 Supp. Dulcolax	ab 6. postop. Tag	Fäden ex
1. postop. Tag	Vollkost Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Verbandkontrolle Mobilisation und Prophylaxen durchführen										
2. postop. Tag	Verband entfernen										
Ab 2. postop. Tag	E										
3. postop. Tag	Wundkontrolle ggf. Abführen mit 1 Supp. Dulcolax										
ab 6. postop. Tag	Fäden ex										

Cholecystektomie bei Cholecystolithiasis Laparoskopisch/offen chirurgisch													
1.	Klinische Untersuchung mit besonderer Nachfrage nach ikterischen Schüben.												
2.	Labor: BB, Elektrolyte, Kreatinin, GOT, GPT, Gamma-GT, Alk. Phosphatase, GLDH, Bilirubin, Quick, PTT, Urinstatus. Wenn nicht ambulant vorliegend, aus den letzten sechs Wochen.												
3.	EKG über 50 Jahre, Röntgen-Thorax über 60 Jahre												
4.	Ultraschall bei Verdacht auf Cholelithiasis ERCP												
5.	Bei geplanter Lap CHE Absprache mit dem Patienten, dass bei fehlenden Hinweisen auf eine Cholelithiasis kein intraoperatives Rö. Ggf. postoperative ERCP.												
prae OP-Tag:	AT-Strümpfe anpassen (nicht bei pAVK) OP-Hemd bereitlegen 18 ⁰⁰ Uhr: Mono Emborex 1 x 0,5 ml s.c. 18 ⁰⁰ Uhr: Klyisma Duschen Bis 20 ⁰⁰ Uhr Kost Bis 0 ⁰⁰ Uhr Trinken												
OP-Tag	Rasur, Nabelkontrolle, OP-Hemd und AT-Strümpfe (nicht bei pAVK) anziehen Schmuck, Zahnprothese und weitere Hilfsmittel entfernen Praemedikation geben												
OP	Drainage bei Blutungen, Galleaustritt ins Leberbett, In dubio: Drainage												
post-op	Über 4 h stündlich RR und Puls Kontrollen auf Diurese achten Mono Emborex 1 x 0,5 ml s.c. Schmerzmedikation Verbandkontrolle Keine weitere Infusionstherapie nach ca. 6 Stunden trinken möglich Mobilisation und Prophylaxen nach Risikoeinschätzung durchführen												
	Labor												
Mono Emborex 1 x 0,5 ml s.c. tgl. AT-Strümpfe (nicht bei pAVK)	<table border="0"> <tr> <td>1. postop. Tag</td> <td>Tee und Wasser frei Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Verbandkontrolle, ggf. Drainage auf Anordnung % Mobilisation und Prophylaxen durchführen</td> </tr> <tr> <td>2. postop. Tag</td> <td>Flüssig I Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Verband entfernen, ggf. Verband Drainstelle</td> </tr> <tr> <td>3. postop. Tag</td> <td>Basis III Abführen mit 1 Supp. Dulcolax Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl.</td> </tr> <tr> <td>Ab 3. postop. Tag</td> <td>E Bei unauffälligem klinischen Verlauf Tag E</td> </tr> <tr> <td>4. postop. Tag</td> <td>Basis IV oder Vollkost Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Wundgebietkontrolle</td> </tr> <tr> <td>6.- 8. postop. Tag</td> <td>Fäden ex</td> </tr> </table>	1. postop. Tag	Tee und Wasser frei Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Verbandkontrolle, ggf. Drainage auf Anordnung % Mobilisation und Prophylaxen durchführen	2. postop. Tag	Flüssig I Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Verband entfernen, ggf. Verband Drainstelle	3. postop. Tag	Basis III Abführen mit 1 Supp. Dulcolax Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl.	Ab 3. postop. Tag	E Bei unauffälligem klinischen Verlauf Tag E	4. postop. Tag	Basis IV oder Vollkost Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Wundgebietkontrolle	6.- 8. postop. Tag	Fäden ex
1. postop. Tag	Tee und Wasser frei Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Verbandkontrolle, ggf. Drainage auf Anordnung % Mobilisation und Prophylaxen durchführen												
2. postop. Tag	Flüssig I Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Verband entfernen, ggf. Verband Drainstelle												
3. postop. Tag	Basis III Abführen mit 1 Supp. Dulcolax Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl.												
Ab 3. postop. Tag	E Bei unauffälligem klinischen Verlauf Tag E												
4. postop. Tag	Basis IV oder Vollkost Vitalzeichenkontrolle 1 x tgl. Wundgebietkontrolle												
6.- 8. postop. Tag	Fäden ex												
	BB auf Anordnung												
	BB												
	BB, GOT, GPT, GLDH, CRP, Alk. Phos. y-GT, Lipase α-Amylase												

Einbestellung häufiger elektiver Eingriffe

Cholezystitis,

Struma

Hernia inguinalis

an bestimmten Wochentagen.

Vorteile für Ärzte

- Bessere Absprachen mit den Hausärzten möglich
- Standardisierbare Aufnahmen an einem Tag
- Standardisierbare Entlassungen an einem Tag
- Bessere Planung der OP-Saal-Kapazitäten im Voraus
- Mehr Operationen der gleichen Art an einem Tag
- intensivere Ausbildung wg. hoher Redundanz

***Einbestellung häufiger elektiver Eingriffe
Cholezystitis,
Struma
Hernia inguinalis
an bestimmten Wochentagen.***

Vorteile für Pflegekräfte

- Am Wochenende liegen weniger pflegeintensive Patienten auf den Stationen
- Montags entsteht dadurch mehr Zeit für Aufnahmen
- Eine zügigere Entlassung der Patienten wird möglich
- Aufnahmetage entzerren sich

Voraussetzungen für geplante, standardisierte Abläufe in Ambulanzen

- ➔ **Transparenter, verbindlicher Terminplan – EDV-gestützt**
- ➔ **Vereinbarungen mit den Einweisern**
- ➔ **Reduziertes, einheitliches Formularsystem**
- ➔ **Klarheit über Dokumentationspflichten**
- ➔ **Klarheit über den Dokumentenlauf (Rö-Bilder, Krankenblätter)**
- ➔ **Dienstpläne, Präsenzplichten z.B: für Chir., Anästh. usw.**
- ➔ **Funktionierendes Piepersystem**
- ➔ **Klare Wegbeschreibung für Patienten**
- ➔ **Aufgabenbeschreibung für die Berufsgruppen**
- ➔ **Transparenter Bettenbelegungsplan**
- ➔ **usw.**

Konkretes Beispiel: **Weitere Prozessoptimierungen**

- Erreichbarkeit der Ambulanz : einheitliche Telefon-Nr. - Hotline
- Einrichtung einer funktionierenden Tel.-Anlage mit Rufumleitung
- Verfassen eines Informationsschreibens an Haupteinweiser durch Betriebsleitung und ÄD
- EDV-Lösung: Übernahme der prästat. Daten in die stationäre Datei
- Verfahren für den Umgang mit fremden Rö.-Bilder ambulanter Patienten
- Verfahren für den Umgang mit eigenen Rö.-Bildern ambulanter Patienten
- Verfahren für den Umgang mit ausstehenden Befunden (Informationsfluss)
- Verfahren für die Weitergabe der Krankenakte (von Ambulanz zur Station)
- Klärung der Verantwortlichkeiten für die Vervollständigung der Krankenakte
- Entwicklung eines Laufzettels/ einer Checkliste für die Krankenakte
- Entwicklung eines allgemeinen, einheitlichen Selbstanamnesebogens
- Entwicklung eines Infoblatts für prästationäre Patienten
- Entwicklung eines Entscheidungsbaums für die anästhesiologische Visite

Steuerungsaufgaben für Pflegekräfte in der Notaufnahme für nicht-elektive Patienten

Fragestellungen:

Welche Dringlichkeit?

Welches Fachgebiet?

Organisation! (richtigen Arzt rufen, Koord., evtl. Erste Hilfe)

Reihenfolge der Maßnahmen

Untersuchungen, Überwachen, Bescheinigungen, Verwaltg.

Ambulant, teilstationär oder stationär (-Aufnahmestation) ?

Wichtige Voraussetzungen für gesteuerte Prozesse in Ambulanzen

Eigene organisat.
Strukturen

Fachl.
Interdisziplinarität

Teamentwicklung

Qualifizierung
aller MitarbeiterInnen

Organisat.
Interdisziplinarität

Behandlung: was
und wie lange

Vorgegebene
Ziele

Klare
Aufgabenbeschreibung

Koop. mit
Verw.-Aufnahme

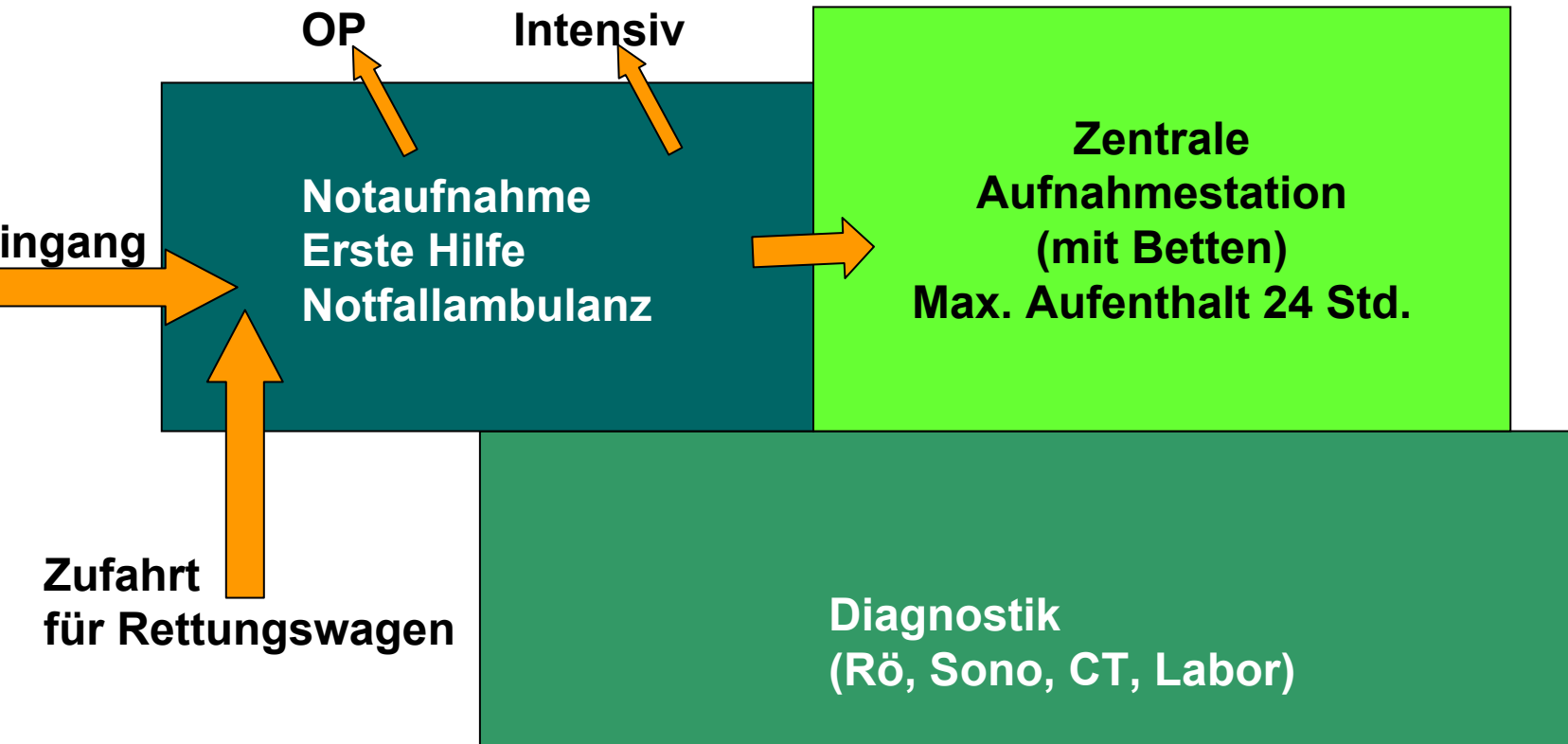
Pat. werden so entlassen oder
verlegt, dass Klarheit über den
weiteren Ablauf herrscht

Bereitstellung ausreichenden
Personals zum richtigen Zeitpunkt

B. „Notfallambulanz“/ „Erste Hilfe“ / „Notaufnahme“ für nicht-elektive Patienten

Wichtiges Element für einen
sinnvoll gesteuerten Notaufnahmeprozess:

Die Zentrale Aufnahmestation



Nutzen einer Zentralen Aufnahmestation

Entlastung
des BD

Alle Notfallpat.
zusammen

Entlastung
der periph.
Stationen

Pat.-
Sicherheit

Entlastung
der Nacht-
wachen

Schnellere
Diagnostik

Interdisziplinarität

Weniger
Redundanzen

Facharztstandard
für die Aufnahme

Bessere
Überwachung

Weniger
Konsile

Verkürzung
der VWD

Teil- /Prästat.
Ambulant
steigt

Hohe
Attraktivität

Ausbildung
für Ärzte

Weniger
Interne
Verlegungen

Steuerung
der Belegung

DRG-Kompatibel

Klärungsbedarf vor der Einrichtung einer Zentralen Aufnahmestation (1)

- ➔ **Welche Ziele sollen durch die Einrichtung einer ZAS verfolgt werden? (medizinisch, wirtschaftlich, kommunikativ)**
- ➔ **Gibt es mehrere Notaufnahmen im Haus? (Können diese zusammen gelegt werden?)**
- ➔ **Welche Patientengruppen mit welchen Fragestellungen sollen über die ZAS aufgenommen werden?**
- ➔ **Wie viele Patienten werden dies in der Routine sein?**
- ➔ **Wie lange sollen die Patienten max. auf der ZAS verweilen?**
- ➔ **Wie viele Bettplätze braucht man und wie sollen diese ausgestattet sein?**

Klärungsbedarf vor der Einrichtung einer Zentralen Aufnahmestation (2)

- ➔ Welche Fachgebiete sind berührt ?
- ➔ Wie kann man eine sinnvolle Interdisziplinarität erreichen?
- ➔ Wie muss die Personalausstattung in der Pflege aussehen?
- ➔ Wie muss die Personalausstattung im ärztl. Bereich aussehen?
- ➔ Wie wird die Leitung (ärztlich./ pflegerisch) organisiert und wie arbeiten sie zusammen (Teamentwicklung)?
- ➔ Welches organisat. Konzept soll gewählt werden (z.B. eigene Abteilung)?
- ➔ Wie kann die räumliche und fachliche Zusammenarbeit zw. Ambulanz und ZAS gewährleistet werden?
- ➔ Wie kann man den Facharztstandard garantieren?

Klärungsbedarf vor der Einrichtung einer Zentralen Aufnahmestation (3)

- ➔ **Auf welche Behandlungsstandards einigt man sich?**
- ➔ **Wie wird die Zusammenarbeit mit den Funktionsdiensten gewährleistet (Anmeldungen, freie Korridore, Dokumentation, Befunderstellung, Befundübermittlung, Leistungsabrechnung)**
- ➔ **Wie wird die Verwaltungsaufnahme gestaltet (24-Std. Dienst)**
- ➔ **Wie und womit wird dokumentiert und klassifiziert (Cave: Abgrenzung prästationärer Prozesse)**
- ➔ **Wie soll mit den einweisenden Ärzten kommuniziert werden?**
- ➔ **Wie wird ein zeitnahes Controlling gewährleistet?**
- ➔ **Wird in regelmäßigen Zeitabständen evaluiert und ggf. korrigiert?**

Schlussfolgerungen



Die Reorganisation der Aufnahmeprozesse ist eine umfangreiche Aufgabe



Mit der Reorganisation der Aufnahmeprozesse wird die Steuerung der ganzen Behandlungskette verbessert.



Mit der Reorganisation der Aufnahmeprozesse können erhebliche Verbesserungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit erzielt werden.



Die Reorganisation der Aufnahmeprozesse wird v.a. vor dem Hintergrund der DRG's und DMP's nicht zu umgehen sein.



Mit der Reorganisation der Aufnahmeprozesse werden sich u.a. neue Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte ergeben.