

24.02.10

Herrn  
Heinz Stüwe  
Chefredakteur  
Deutsches Ärzteblatt  
Ottostrasse 12  
50859 Köln

per e.Mail an [aerzteblatt@aerzteblatt.de](mailto:aerzteblatt@aerzteblatt.de)

Betr.: Debatte um die Zentrale Notfallaufnahme und den Europäischen Facharzt für Notfallmedizin

Sehr geehrter Herr Stüwe,

mit großer Anteilnahme habe ich das Positionspapier der Kollegen Gries et al in Heft 7 – 2010 des Deutschen Ärzteblattes gelesen und analysiert. Der Mut, mit dem Sie als Redaktion immer wieder solche letztlich doch unbequemen Positionen jüngerer Vertreter der großen Fachgesellschaften in die Öffentlichkeit stellen, fordert Respekt. Als Leitender Arzt der ZNA eines Maximalversorgers „in der Bronx von Frankfurt“ und als Gründungsmitglied der DGINA e.V. habe ich meine biografische Entscheidung, die sichere Laufbahn als kardiologischer Organspezialist gegen den „Marterpfahl“ des für alle ungeplanten und Notfall – Patienten verantwortlichen Allgemeininternisten an meinem Klinikum einzutauschen, bis heute nicht bereut. Auch wenn die Zusammenarbeit mit den Fachkliniken hinsichtlich der Patientenversorgung und der Weiterbildung auf der operativen Ebene nahezu untadelig ist, belegen dieselben Kollegen in ihren Gremien meine Rolle als „Prototyp“ des innerklinischen Notfallmediziners mit Nicht- Wertschätzung. Ebendieses Bild präsentiert sich mir in den Verlautbarungen der universitären Kollegen in DÄ 7-2010.

Anliegend erhalten Sie meinen persönlichen Kommentar zu dem Positionspapier von Gries et al, den ich hiermit als „Gesundheits- und Sozialpolitischen Beitrag“ zur Veröffentlichung durch die Redaktion des DÄ einreiche. Das Manuskript wurde nach den formalen Regeln (Dtsch Ärztebl 107 (1-2): 20-2) angefertigt. Ich bitte um Begutachtung und Publikation.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Georg Altmann

## „Zentral und interdisziplinär“ - ein Kommentar aus der Praxis

Das Statement der Sprecher der Fachgesellschaften zur inhaltlichen Ausrichtung der ZNA vermischt Versorgungsforschung und Berufspolitik.

Die ohne jeden expliziten Bezug auf eine politische oder praktische Notwendigkeit abgegebene Stellungnahme der Kollegen Gries et.al. (1) stellt in mehrfacher Hinsicht eine willkommene Provokation für die Landespolitik und für die in den Notaufnahmen der BRD hauptamtlich tätigen Kollegen dar.

Sie enthält 5 Behauptungen und 10 Thesen („Anforderungen“) zu der Frage, was eine „richtige“ und „gute“ Zentrale Notaufnahme (ZNA) sei, die nachfolgend analysiert und kommentiert werden.

### Behauptung 1

Die Errichtung von Zentralen Notaufnahmen beruhe auf der krankenhauserplanerischen Maxime, „medizinisch interdisziplinär genutzte Bereiche – dort, wo es baulich und prozessual möglich ist – gemeinsam zu nutzen“.

Die bauliche Bereitstellung von Zentralen (Not-) Aufnahmebereichen in den Großklinikprojekten der 70iger Jahren des 20. Jahrhunderts beruhte auf der Annahme, dass eine Zentralisierung aller technischen Großeinrichtungen der schon damals als patientenfern empfundenen Zersplitterung der einzelnen Fachdisziplinen entgegenwirken könne (2). In der Folge waren es überwiegend die präklinisch tätigen Notfallmediziner (3), die eine validierte, integrierte Schnittstelle am Portal des Klinikums für die vom einzigartigen Notarztsystem der BRD geretteten Schwerkranken forderten. Diese Kollegen waren auch die ersten, die Notfallmediziner aus anderen europäischen Ländern und den USA einluden und befragten, was von deren ZNA- Systemen für Deutschland zu lernen sei.

### Behauptung 2

Durch die Neugründung zahlreicher ZNA-Einheiten in der BRD „kam ... auch die Frage auf, ob der Bereich zentrale Notaufnahme nicht nur einen eigenen organisatorischen Bereich darstelle, sondern auch eine eigene medizinische Einheit bilde“

Die „Frage..., ob...“ fiel nicht vom Himmel, sondern wurde mit großer Stringenz von Krankenhausmanagern (z.B. H.Strehlau, E.Münch) thematisiert. Sie wollten eine der

Zentralorganisation näherstehende Einheit schaffen, mit deren Hilfe die Auswirkungen der kontraproduktiven Bereichs- Egoismen der sich differenzierend aufspaltenden Fachdisziplinen neutralisiert werden könnten. Die ZNA sollte – analog der Einrichtung des OP-Managements – eine umfassende, neutrale, „Gemeinwesen-orientierte“ Steuerungsfunktion im Aufnahme- und Notfallversorgungsprozess der Patienten erhalten.

### Behauptung 3

Eine besondere, eigene Facharztqualifikation für „innerklinische Notfallmedizin“ analog den Regelungen in den USA und Europa sei unnötig, politisch schädlich und moralisch verwerflich. Die Forderung nach medizinisch eigenständigen Notaufnahmen sei ... „Ausdruck sowohl eines organisatorischen Defizits als auch eines Mangels an ausreichend vorgehaltenen personellen Ressourcen. Diese Defizite zu erkennen und im Sinne eines Qualitäts- und Risikomanagements zu beheben, muss entschieden vor Ort angegangen werden“.

Die Frage der „besonderen fachärztlichen Qualifikation“ wurde zuerst im Rahmen der Leinsweiler Gespräche der präklinisch tätigen Notfallmediziner thematisiert (3). Für den Bereich der innerklinischen Notfallmedizin hat sich die DGINA im Sommer 2006 mit ihrem Vorschlag zur Einführung des Europäischen „Facharztes für Notfallmedizin“ für die BRD an die Öffentlichkeit gewagt. Der aktuelle Grund für die Forderung nach einem eigenen Curriculum war, dass zahlreiche Ärztlicher Leiter von ZNA – Einheiten jeder Versorgungsstufe die Rekrutierung ausreichend qualifizierter ärztlicher Mitarbeiter aus dem Pool der subdisziplinär weitergebildeten Kollegen nicht gewährleisten konnten.

Anlass für den Antrag der DGINA an die Bundesärztekammer war eine Analyse der geltenden disziplinären Weiterbildungsordnungen, deren Inhalte nur etwa 50% der von einem in der ZNA tätigen Notfallmediziner abzuverlangenden Kenntnisse und Fähigkeiten „abdecken“. Die der DGINA vorgeworfene „Verwechslung der Ebenen“ führen die Autoren selbst in fataler Weise fort, indem sie die dringende gesundheitspolitische Notwendigkeit verbesserter Rahmenregelungen für den Bereich der ZNA in Deutschland zugunsten einer Unterwerfung unter das Kalkül der lokalen Krankenhausmärkte preisgeben. Die alltäglichen Konflikte um die Allokation von Ressourcen und Fachlichkeit in der ZNA werden in Probleme des Qualitäts- und Risikomanagements umgedeutet, oder bestenfalls noch in die Vertragsverhandlungen des ZNA – Leiters delegiert.

#### Behauptung 4

„Bei verschiedenen Krankheitsbildern konnte mehrfach nachgewiesen werden, dass die adäquate und fachbezogene initiale Behandlung das patientenbezogene Behandlungsergebnis signifikant positiv beeinflusst.“

Diese Aussage kann für zahlreiche Bereiche der akuten Schwerkrankenversorgung als hinreichend belegt angesehen werden; gleichwohl wird die unvollständige Liste der Quellen nur schattenhaft analysiert und ungenau zitiert. Alle Studien zur Überlegenheit standardisierter, sektoren- übergreifender Behandlungsprotokolle beweisen nur, dass das Nicht- Einhalten dieser Leitlinien für die betroffenen schwerkranken Patienten schädlich ist. Keine der Studien zur präklinisch - klinisch vernetzten Notfallbehandlung hat die Hypothese „Erstversorgung durch Organfacharzt“ vs. „Erstversorgung nach sanktioniertem Algorithmus“ getestet. Bei konsequenter Fortsetzung dieser Argumentation würde man auch die präklinische Erstversorgung durch nicht im Teilgebiet tätige Fachärzte (oder gar Notärzte mit minimal 30-monatiger klinischer Weiterbildung) verbieten, und wie z.B. in Yale / New Haven oder in der Stadt Hanau die Aufteilung der Notarzteeinsätze in „chirurgische“ und „internistische“ Aktivierungsmuster fordern müssen.

Bezüglich des latenten Verdachts gegen die „Notfallmediziner“, sie trügen zur Verzögerung der fachgerechten Erstversorgung bei, ist anzumerken, dass das „zeitgerechte“ Hinzutreten der Fachärzte der jeweiligen Abteilung im praktischen Alltag ungefähr nach 15-20 Minuten zu erwarten ist. Ohne die permanente Präsenz der in der Regel kaum supervidierten, wenig qualifizierten Erst- und Zweitjahrs- Bereitschaftsdienstärzte wären die meisten Notfallpatienten somit in den ersten Viertelstunden zunächst mit den ZNA – Pflegenden allein. Eine vorbildhafte Ausnahme von diesem Real-Standard stellt die Aktivierungssequenz der unfallchirurgischen Schockraum- Teams dar.

#### Behauptung 5

„Wichtig ist die Feststellung, dass es bei der Mehrzahl der in einer Notaufnahme behandelten Patienten um die fachspezifische Entscheidung geht, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich ist oder eine ambulante Versorgung ausreicht.“

Diese Feststellung ist angesichts der über Jahre erhobenen Benchmark- Daten aus zahlreichen ZNA- Abteilungen der BRD als eindeutig falsch zu bezeichnen. Bei der

Formulierung des Textes wurde eine Passage der gemeinsamen Erklärung der Vorstände der Fachgesellschaften von 2006 *ohne korrekte Zitatangabe* wörtlich übernommen (4).

Auch die Schnittstellen - Studie des Hessischen Sozialministeriums (5) belegt an ca 15.000 rettungsdienstlich in die ZNA verbrachten Fällen, dass maximal 50% der „ungeplant eintreffenden“ Patienten den Kriterien der Landesverträge nach §112 SGBV entsprechen, welche die ZNA als eine reine „Aufnahme-Ambulanz nach GAEP-Kriterien“ definieren.

In Notaufnahmen mit > 30.000 Kontakten jährlich sind in der Regel 60% der Fälle solche, die der ZNA im Rahmen der unabdingbaren Notfallversorgung „zufallen“, weil es in den ausgedehnten „Unzeiten“ (scheinbar) kein adäquates Angebot der KV – ambulanten Notfallversorgung für diese Patienten gibt.

#### *Kommentare zu den Thesen („Anforderungen“)*

zu These 3

*„Im Minimum muss die Notfallbehandlung in den Fachgebieten Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie sichergestellt sein. Die Versorgung in der ZNA muss rund um die Uhr vorgehalten werden.“*

diese Definitionen entsprechen weitgehend der Realität – allerdings ist das plötzliche und unerwartete Auftauchen der Narkoseärzte und Schmerztherapeuten im Team der ZNA höchst verwunderlich – abgesehen von ihrer bereits jetzt regelhaften Teilnahme an der Versorgung der ca. 1 - 1,5 % unserer Patienten, die des traumatologischen Schockraums bedürfen.

zu These 4

*„Der zentralen Notaufnahme sollte eine Aufnahmestation zugeordnet sein. Dort sollen in der ZNA aufgenommene Patienten in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.“*

diese Definition („sollte“) entspricht weitgehend einer Wunschvorstellung der Autoren. Selbst prominente Universitätsklinika haben sich – aus respektablen innenpolitischen bzw. wirtschaftlichen Gründen – gegen die Einrichtung bzw. sogar für die Schließung einer seit langem betriebenen Aufnahmestation entschieden.

zu These 6

*„Für die Fälle, bei denen die eindeutige Zuordnung zu einer bestimmten Fachabteilung nicht möglich ist, obliegt es der organisatorischen Verantwortung des Notaufnahmleiters die Erstdiagnostik/-einschätzung und Behandlung sicherzustellen beziehungsweise zu organisieren und eine Zuordnung vorzunehmen.“*

die Verantwortung des ärztlichen ZNA – Leiters bezieht sich in Hessischen Großkrankenhäusern somit durchschnittlich auf ca. 30% aller ZNA- Kontakte, insbesondere bei den „gelben“ und „grünen“ Triage- Kategorien, sowie auf die große Gruppe der multimorbiden und der von „marginalisierenden“ Krankheiten betroffenen Patienten.

zu These 8

*„Eine Mindestqualifikation für die Sicherstellung der Versorgungsqualität in der ZNA wird für erforderlich gehalten. Diese ist von den Fachgesellschaften zu definieren und muss von den in der ZNA tätigen Mitarbeitern erbracht werden“*

Diese Forderung impliziert ein hochinteressantes Modell – vor die Rotation in die ZNA obligatorisch eine Zwischenprüfung zu positionieren. Seine Implementierung setzt voraus, dass die Fachgesellschaften die Bundesärztekammer davon überzeugen können, die Weiterbildungsordnungen und die daraus resultierenden Fähigkeitsnachweise nach den Erfordernissen der Versorgungsrealität der interdisziplinären ZNA umzugestalten.

zu These 9

*„Die Leitung einer zentralen Notaufnahme kann hauptamtlich einer Person übertragen werden. Hiermit verbunden sind in erster Linie organisatorische Aufgaben. Die betreffende Person sollte eine Facharztqualifikation in einem der in der Notaufnahme wesentlich beteiligten Fachgebiete aufweisen, ...“*

Eine Notfallaufnahme ohne einen hauptamtlichen ärztlichen Leiter ist per definitionem keine ZNA. Das „Alleinstellungsmerkmal“ des von Gries et.al. hier konfigurierten Ärztlichen Leiters, der ja nur planend, koordinierend und dirigierend tätig sein soll, um jede Einmischung in die disziplinären Algorithmen und Abläufe zu vermeiden, wird

schwerwiegende Nebenfolgen für den Leitenden Arzt haben. Dieser ist dann für alle durch den Versorgungsauftrag des Klinikums disziplinar nicht „abgedeckten“ Fälle einer ZNA (z.B. die Erkrankungen, welche eine Haut-, HNO-, Mund-Kiefer-Gesichts-, Augen-Klinik erfordern) „höchstpersönlich“ verantwortlich, sowohl medizinisch - fachlich als auch im Sinne des ärztlichen Vertrags- und Haftungsrechts (6).

zu These 10

*„ ... darüber hinaus erscheint eine Zusatzqualifikation in Managementaufgaben sinnvoll. Das Curriculum für eine solche Zusatzqualifikation ist von den Fachgesellschaften unter Beachtung europäischer Empfehlungen gemeinsam auszugestalten.“*

Die Fachgesellschaften, die aus der Sicht des langjährigen ZNA- Praktikers den Versorgungsauftrag der Zentralen Notfalleinrichtungen zugunsten eines fragwürdigen Wirklichkeitskonstrukts leugnen, möchten ein Diplom schaffen, das ihre Mitglieder erwerben müssen, um die Position des ärztlichen Leiters einer ZNA zu erlangen.

Der Nachweis eines solchen Diploms (bei der jeweiligen Fachgesellschaft oder bei der Ärztekammer ?) sollte ab sofort für die Besetzung einer jeden Chefarztposition zwingend erforderlich sein.

Hier sehe ich allerdings den Startpunkt für eine radikale Reform der Krankenhausmedizin: in der Musterweiterbildungsordnung 2015 gäbe es dann eine 2-3 jährige, fakultative Zusatzweiterbildung „klinische Managementaufgaben“, ohne deren Nachweis keine ärztliche Leitungsposition mehr besetzt werden dürfte.

Dr. med. Georg Altmann  
Ärztlicher Leiter  
Zentrale Notfalleinrichtung  
Klinikum Offenbach GmbH  
Starkenburger Ring 66  
63069 Offenbach

conflicts of interest:

keine

## Literatur

- (1) Gries FA, Seekamp A, Welte T, et al.: Zentral und interdisziplinär. Dtsch Arztebl 2010; 107(7): A268-9.
- (2) Jahn E, Jahn HJ, Krasemann EO, et al.: Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Vorschläge zur Reform. Köln, 1971.
- (3) Schlechtriemen T, Dirks B, Lackner CK, et al.: Die „interdisziplinäre Notaufnahme“ im Zentrum zukünftiger Notfallmedizin. 10. Leinsweiler Gespräch der agswv e.V. in Verbindung mit INM, IfN und BAND. Notfall Rettungsmed 2005; 8: 502–511
- (4) Zur Problematik Zentraler Notaufnahmen. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. November 2006. [www.dgim.de/stellungPosMitt/pub\\_stellungnahmen\\_pospapier.html](http://www.dgim.de/stellungPosMitt/pub_stellungnahmen_pospapier.html)
- (5) Herdt J, Karbstein M: Effektivität und Effizienz des Rettungsdienstes in Hessen. Hrsg.: Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit. Report Nr. 761, Wiesbaden 2009. [http://www.hmafg.hessen.de/irj/HSM\\_Internet?cid=26745ec52b9d090272016f73c01953e1](http://www.hmafg.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=26745ec52b9d090272016f73c01953e1)
- (6) Urteile des BGH von 1981, VI ZR 69/80 und VI ZR 386/96. s.auch Killinger E.: Die Besonderheiten der Arzthaftung im medizinischen Notfall. Juristische Fakultät der Universität Regensburg, Dissertation 2009. DOI 10.1007/978-3-642-02685-0