

Der Artikel „Notfallbehandlung: zentral und interdisziplinär“ im DÄ 7/2010 ist in Bezug auf die Negierung dringend benötigter ärztliche Ausbildung extrem problematisch.

Die Aufstellung der These (eigener Facharztstitel ist nicht zielführend) ist berufspolitisch verständlich um den Zugriff der Fachgesellschaften auf die Notfallversorgung zu erhalten. Merkwürdig ist aber, dass die Fachgesellschaft, deren Mitglieder in den angesprochenen interdisziplinären Notaufnahmen arbeiten, die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfallaufnahmen (DGINA e. V.) nicht beteiligt ist. So wird (bewusst?) bei der Beschreibung einer Tätigkeit auf die Expertise derer, die sie ausüben, größtenteils verzichtet.

Durch die zunehmende Spezialisierung der Facharztausbildung in Deutschland ist längst die Breite, die Kenntnis der Krankheiten in benachbarten Fachgebieten, verloren gegangen. Patienten stellen sich in einer Notaufnahme nun einmal mit Symptomen vor und nicht mit Diagnosen, die sich direkt einer Fachrichtung zuordnen lassen. Außerdem gibt es in unserer älter werdenden Gesellschaft zunehmend Patienten, die sich mit fachübergreifenden Krankheitsbildern (z. B. Vorhofflimmern + Schlaganfall + Schenkelhalsfraktur etc.) vorstellen. Wir benötigen daher gerade in der Notaufnahme Ärzte, die nicht nur auf ein Fachgebiet fixiert sind. Dieses widerspricht in keiner Weise dem Grundsatz der Behandlung auf fachärztlichem Niveau. Im Gegenteil wird gerade der kritisch kranke Patient deutlich früher von dem Facharzt, der für sein Erkrankungsbild zuständig ist, behandelt, wenn er initial von einem gut ausgebildeten Notfallmediziner und nicht zunächst von einem Assistenzarzt eines der großen Fachgebiete gesehen wird. Denn wirtschaftlich gesehen kann es sich kein Krankenhaus leisten Fachärzte aller großen Abteilungen in einer Notaufnahme rund um die Uhr vorzuhalten.

Aus diesen Gründen gibt es in weltweit 45 Ländern für Ärzte eine entsprechende klinisch-notfallmedizinische Ausbildung. Allein in der EU haben 16 Länder eine Facharztausbildung und 4 weitere eine Zusatzbezeichnung, die zusätzlich zu einem bereits vorhandenen Facharzt erworben werden kann. In Deutschland und Österreich wird die Entwicklung einer solchen Ausbildung seit Jahren durch die Lobby der großen, etablierten Fachgesellschaften be- und verhindert, so dass wir uns inzwischen in der klinischen Notfallmedizin europaweit als Schlusslicht vorfinden. Außer den beiden deutschsprachigen Ländern haben nur noch Griechenland, Portugal, Zypern und Luxemburg gar keine ärztliche Ausbildung in klinischer Notfallmedizin. Das bedeutet nicht nur eine schlechtere Situation für deutsche Patienten, sondern auch für deutsche Ärzte. Ein Arzt, der hier seit Jahren in der klinischen Notfallmedizin arbeitet, kann dieses in den meisten Ländern Europas nicht tun, er muss erst dort den Facharzt für Notfallmedizin erwerben.

Positiv ist allerdings zu vermerken, dass gegenüber den letzten Statements einiger hier vertretenen Gesellschaften (vergleiche ÄB 47/2006) ein Paradigmenwechsel hin zur zentralen, interdisziplinären Notaufnahme erfolgt ist. Damals hieß es noch: „für eine fachliche Trennung in der Notaufnahme“. Hier hat die von der DGINA angeregte Diskussion offensichtlich schon Früchte getragen und zum Umdenken angeregt.

Sollte sich die Lernkurve in dieser Geschwindigkeit fortsetzen dürfen wir wohl den Facharzt für Notfallmedizin für 2014 erwarten.

Dr. med. Peter-Friedrich Petersen

Leiter Notaufnahme

Universitätsklinikum Aachen

Pauwelsstraße 30

52074 Aachen

Tel.: 0241/80-88421

Fax: 0241/80-3388421

E-Mail: [ppetersen@ukaachen.de](mailto:ppetersen@ukaachen.de)

Web: [www.notaufnahme.ukaachen.de](http://www.notaufnahme.ukaachen.de)