



Ihr Schreiben	Unser Zeichen	Telefax: 398-	Telefon: 398-	Datum
	Prof. chr/fe	3167	2369	

Zum Artikel: A. Gries et al. Zentral und interdisziplinär. Dtsch Arztebl 107: 236-237, 2010

Sehr geehrte Damen und Herren

Als Leiter von Notaufnahmen großer Kliniken in Bayern, die über 200'000 Patienten pro Jahr behandeln, fühlen wir uns von den Vertretern unserer Fachgesellschaften in obigen Konsenspapier unzureichend repräsentiert und möchten einige Aspekte kommentieren:

- 1) Die klinische Erstversorgung von Notfallpatienten ist eine große Herausforderung, da Patienten mit ungeklärten Gesundheitsstörungen rasch und zielgerichtet diagnostiziert, zeitkritische Therapien begonnen und betroffene Patienten einer optimalen, fachspezifischen Versorgung zugeführt werden müssen. Die im Konsenspapier formulierte These wird – wie aktuell praktiziert - zu häufig wechselnden und wenig kooperierenden Ärzteteams führen, die der Komplexität der Aufgaben nur unzureichend gewachsen sind. Genannt sei der ältere Patient mit Oberschenkelhalsfraktur, die auf einen Sturz bei orthostatischer Synkope im Rahmen einer Pneumonie zurückzuführen ist, oder der Patient mit unklarer Bewusstseinsstörung. Gegenseitige Patientenzuverlegungen, mangelnde Abstimmungen zwischen den Disziplinen, und eine fehlende Struktur in der Priorisierung der Patientenversorgung wird durch die fachspezifische Sichtweise der Erkrankungen zu Redundanzen und Fehlentscheidungen führen. Da die Differentialdiagnostik der genannten komplexen Krankheitsbilder nicht in einer „Blickdiagnose“ erfolgen kann, wird deutlich, dass medizinisch-fachliche Inhalte in der notfallmedizinische Akutdiagnostik gestärkt werden

müssen und diese Tätigkeit nicht auf eine Managementfunktion reduziert werden kann.

- 2) Die Reform der Facharztausbildung in Deutschland führt wie in anderen Ländern zu einer weiteren Spezialisierung. Es wird in der Zukunft keinen „Chirurgen“ mehr geben, da es diese Facharztausbildung seit 2004 nicht mehr gibt. Die weitere Subspezialisierung, z.B. in der Kardiologie oder Gastroenterologie, wird zu weiteren Schwierigkeiten in der Akutbeurteilung von Notfallpatienten führen. Die Feststellung, dass die klinische Notfallversorgung im Ausbildungsplan der Facharztausbildung enthalten ist, bedarf ebenfalls einer kritischen Nachfrage: In der Facharztausbildung zum Anästhesisten sind keine diagnostischen oder stationären Weiterbildungsinhalte enthalten, auch in den internistischen Facharzt Disziplinen werden Pflichtzeiten in der Notaufnahme nicht mehr gefordert: Die klinische Notfallmedizin lässt sich nicht auf die Erhaltung von Vitalfunktionen eines kreislaufinstabilen Patienten reduzieren.
- 3) Strukturelle Verbesserungen in der Akutversorgung von Notfallpatienten wie die Einführung einer „Chest Pain Unit“ oder eines Schockraumkonzeptes sind unbestritten erfolgreich. Aber sind diese Konzepte nicht aus notfallmedizinischen Konzepten angelsächsischer Strukturen übernommen, die gleichzeitig im Konsenspapier kritisch hinterfragt werden? Deuten diese Erfolge nicht eher auf Defizite in der aktuellen, fachspezifischen Versorgungsstruktur hin?

Abgeleitet aus obigen Überlegungen haben sich die Führungskräfte von Notaufnahmen großer bayerischer Kliniken zum „Arbeitskreis Klinische Notfallmedizin Bayern“ zusammengeschlossen. Ziel ist es, die fachlichen und strukturellen Aufgaben der klinischen Notfallmedizin entsprechend der wissenschaftlichen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Dabei geht es keineswegs darum, sich von den großen Mutterfächern wie Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie oder Anästhesie abzugrenzen oder abzutrennen, sondern interessierten ärztlichen KollegInnen die Möglichkeit zu bieten, eine strukturierte Ausbildung und Vertiefung in klinischer Notfallmedizin zu erhalten. Die Tätigkeit in der zentralen Notaufnahme wird als interprofessionelle Teamaufgabe mit einem eigenen fachlichen Profil verstanden, die enge Abstimmung mit den etablierten Fachdisziplinen und das Einbeziehen derer Fachkompetenz ist dabei selbstverständlich. Eine entsprechende Unterstützung würden wir uns auch von den Vertretern unserer Fachdisziplinen wünschen.

Für den Arbeitskreis Klinische Notfallmedizin Bayern:

Prof. Dr. Michael Christ, Klinikum Nürnberg; Prof. Dr. Christoph Dodt, Klinikum München-Bogenhausen; PD Dr. Harald Dormann, Klinikum Fürth; PD Dr. Felix Rockmann, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg; PD Dr. Markus Wehler, Klinikum Augsburg