

Diskussionsbeitrag

Notfallmedizin in Deutschland – Fachgesellschaften ringen um Besitzstandswahrung und Einflussweiterung

Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfallaufnahme (DGINA) zum Konsensus für die inhaltliche Ausrichtung einer zentralen Notaufnahme

Christoph Dodt, Barbara Hogan, Raik Schäfer, Georg Altrock, Peter Petersen

Die Notfallmedizin in Deutschland ist im Aufbruch. Die Zahl der Notfallpatienten in Krankenhäusern steigt kontinuierlich und in vielen Regionen dramatisch, bedingt durch den demographischen Wandel und die Umstrukturierungen der kassenärztlichen Notfallversorgung. Diese Patienten müssen sehr effizient versorgt werden, um ein medizinisch optimales Behandlungsergebnis zu erreichen und den ökonomischen Gegebenheiten knapper Ressourcen gerecht zu werden. Oft werden 50-60 % der stationären Patienten eines Krankenhauses über die Notaufnahme aufgenommen, hier findet innerhalb kurzer Zeit eine initiale Diagnostik statt und es werden die Weichen für eine erfolgreiche Therapie gestellt. Dabei stehen die zentralen Notaufnahmen und die hier arbeitenden Berufsgruppen in besonderer Verantwortung. Ihre Leistung ist immer ein spezifisches Qualitätsmerkmal eines Krankenhauses, das auch von der Öffentlichkeit besonders wahrgenommen wird. Internationalen Maßstäben genügt, wurde als fachliches Forum für in der Notaufnahme arbeitende Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte 2005 die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfallaufnahme (DGINA e.V.) gegründet. Seit dieser Zeit hat sich der kleine Gründungskreis von 9 Kliniken ebenso erweitert wie die Anzahl an eigenständigen zentralen Notaufnahmen. Die DGINA als Fachgesellschaft der in der Notaufnahme Tätigen war an der Erstellung des sogenannten Konsensuspapiers der Fachgesellschaften zur zentralen interdisziplinären Notaufnahme, das im Ärzteblatt vom 19. Februar 2010 veröffentlicht wurde, nicht eingeladen. Als Sprachrohr von annähernd 100 zentralen Notaufnahmen nimmt die DGINA zu dem Konsensuspapier wie folgt Stellung:

Zentrale Notaufnahmen – Standard für eine effiziente Notfallversorgung

Abweichend von vorhergehenden Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (November 2006) werden in dem Konsensuspapier erstmals interdisziplinäre Notaufnahmen und Aufnahmestationen als zentraler Anlaufpunkt für alle Notfallpatienten akzeptiert, eine fachlich-räumliche Trennung wird nicht mehr gefordert, sondern eine organisatorische Zusammenfassung anerkannt. Die DGINA begrüßt dieses Bekenntnis der Fachgesellschaften zu einer modernen Interdisziplinären Zentralen Notaufnahme. Auf diesem Wege wird nachträglich autorisiert, was die normative Kraft des Faktischen trotz der früheren Widerstände bereits an vielen Orten zur Umsetzung gebracht hat.

Verbunden mit der Einrichtung zentraler Räumlichkeiten für die Notfallversorgung stellt sich die Frage, wie die notwendige Interdisziplinarität effektiv organisiert werden kann, und wer in dieser Struktur die medizinische Verantwortung zu übernehmen hat. In vielen Kliniken hat sich herausgestellt, dass die räumliche Gemeinsamkeit alleine nicht genügt, einen interdisziplinär strukturierten Behandlungsablauf reibungsfrei zu gestalten. Dies trifft insbesondere auf die Großkliniken zu, wenn viele Fachdisziplinen beteiligt sind.

Aufgabe der Notaufnahme: Translation eines Symptoms zur Diagnose

Angelsächsische Modelle des „Emergency Departments“ konnten überzeugend darlegen, wie wichtig eine straff organisierte Notfallversorgung für das Überleben der Patienten ist. Ebenso wie die Sprecher der Fachgesellschaften in ihrem Konsensuspapier ist auch der Vorstand der DGINA der Meinung, dass es nicht Aufgabe von in der Notaufnahme beschäftigten Ärzten ist, Patienten von der ihm zustehenden fachspezifischen Behandlung fernzuhalten, sondern diese in gebotener Geschwindigkeit zu ermöglichen. Dazu ist es erforderlich, eine diagnostische Klärung zu erreichen und bei der zunehmenden Zahl multimorbiden Patienten abzuwägen, welches Gesundheitsproblem primär bzw.

dringlich zu behandeln ist und welche begleitenden Gesundheitseinschränkungen besondere Risiken beinhalten.

Die Forderung, dass ein Patient fachbezogen und nach Facharztstandard durch die jeweilige Fachabteilung in der Notaufnahme behandelt werden soll, geht an der Wirklichkeit des Krankenhausalltags vorbei. Einerseits werden viele Notaufnahmen außerhalb der Dienstzeiten der kassenärztlichen Notfallversorgung als Anlaufpraxen genutzt, in denen eine allgemeinärztliche Qualifikation erforderlich ist. Bei der geforderten alleinigen Präsenz von Teilgebiets-Fachärzten finden aufgrund der spezialisierten Weiterbildungsinhalte der Fachabteilungen bis zu 30% der Patienten in der ZNA keinen zuständigen Arzt. Erfahrungsgemäß ist nur ein kleiner Teil von Patienten einer Notaufnahme prima vista mit einer klaren fachspezifischen Diagnose zu versehen und unmittelbar einem Spezialgebiet zuzuordnen. Auch aus ökonomischen Erwägungen ist die Vorhaltung von Fachärzten aller versorgungspflichtigen Fachabteilungen eines Klinikums in der ZNA nicht sinnvoll.

Bei allen mit einem Leitsymptom vorstelligen Notfallpatienten in der ZNA ist es Aufgabe des Notfallmediziner, neben der wahrscheinlichsten Diagnose alternative, gefährliche Differenzialdiagnosen rasch herauszufiltern und zeitgerecht der richtigen fachspezifischen Behandlung zuzuführen. Der Ansatz der gleichzeitigen anstatt einer sequenziellen Diagnostik erfordert primär eine breite berufliche Ausbildung und Erfahrung sowie fach- und organübergreifendes Denken. Bedrohliche Fehler in einer Notaufnahme entstehen besonders dann, wenn frühzeitig ein Symptom fälschlich auf die häufigste fachspezifische Differenzialdiagnose zurückgeführt wird, ohne alternative risikobehaftete Diagnosen anderer Fachgebiete erwogen zu haben. Daher ist es zwingend notwendig, Ärztinnen und Ärzte in der Notaufnahme besonders auf die Kardinaltugenden einer „generalistische“ Akutdiagnostik und der Risikostratifizierung von Erkrankungen hin auszurichten. Nur so kann das Ziel erreicht werden, zeitkritische, risikobehaftete und lebensgefährliche Krankheitsbilder auszu-

schließen beziehungsweise zu verifizieren, ohne dabei die parallel notwendige Initialtherapie zur primären Stabilisierung zu vernachlässigen.

Die Spezialisten der in den Krankenhäusern vertretenen Fachabteilungen sind in der Regel außerhalb der Notaufnahme mit Aufgaben beschäftigt, die ihrer Spezialisierung innerhalb der stationären Patientenversorgung dringender bedürfen, sodass eine unverzügliche Vorstellung ohne eindeutig zugeordnete Diagnose illusorisch ist. Es ist im Gegenteil eine der Aufgaben der Notaufnahme, Patientenströme so zu lenken, dass nur der Patient hochspezifische Leistungen erhält, der diese auf Grund von Art und Schwere der Diagnose auch benötigt. Es ist weder ökonomisch sinnvoll noch medizinisch-fachlich geboten, für jede in der DRG-Betrachtung letztendlich fachspezifische Diagnose die jeweiligen Fachkollegen zu Abklärung der Frage hinzuzuziehen, ob eine stationäre Aufnahme notwendig ist oder nicht. Vielmehr ist von kompetenten Notfallmedizinern in einer Notaufnahme zu erwarten, dass sie die Indikation zu einer stationären Aufnahme stellen können und dann den Patienten unverzüglich und korrekt den Fachabteilungen zuführen.

Auf gar keinen Fall kann eine effiziente Notfallmedizin sich darauf beschränken, den Akutpatienten an den jeweilig am besten geeigneten Spezialisten zu vermitteln, statt verantwortlich in den Behandlungsprozess bis zu Klärung der Diagnose und Einleitung einer optimalen Therapie einzugreifen. Ein Notfallmediziner mit ausschließlich organisatorischen Mandat, wie von den Fachgesellschaften gewünscht, der keine breite medizinische Kompetenz für die in der Notaufnahme zu behandelnden Notfälle hat bzw. ausüben darf, ist ein „Papiertiger“, der sich zudem haftungsrechtlich in einer ausgesprochen unsicheren Beweislage befindet.

Professionalisierte „innerklinische“ Notfallmedizin – Auch in Deutschland ein Muss

Für den Vorstand der DGINA steht fest, dass eine profunde Ausbildung in der Notfallmedizin weit über die präklinische Notfallmedizin hinausreicht, indem sie relevante notfallmedizinische Kenntnisse der „großen“ Fachdisziplinen Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie und Unfallchirurgie einbezieht und zusammenfasst. Fächer wie z.B. Pädiatrie, Frauenheilkunde, Urologie und Psychiatrie werden in Deutschland Sondergebiete bleiben, deren Notfallorganisation von der spezifischen lokalen Versorgungssituation abhängt. Allerdings würde eine professionalisierte Notfallmedizin nach internationalem Vorbild bei der Versorgung von Patienten aus diesen Fachgebieten in Krankenhäusern ohne die entsprechenden Fachabteilungen ebenfalls zu einer verbesserten Grundversorgung beitragen.

Die Gegenposition zu dieser Meinung ist in dem Statement der Fachgesellschaften im Ärzteblatt dargestellt. Die obengenannten Fachgesellschaften, wie auch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie, halten die heutige fachliche Qualifikation in Notfallmedizin in Deutschland für ausreichend, weil "Die fachspezifische Notfallversorgung fester Bestandteil einer jeden Facharztweiterbildung und fachspezifischer Fortbildungsprogramme.." sei. Diese Aussage ist durch die aktuellen Weiterbildungsordnungen und Weiterbildungsrichtlinien nicht belegt und faktisch falsch. Tatsache ist, dass lediglich die chirurgischen Fächer in ihrem „common trunk“ ein halbes Jahr Weiterbildungszeit in der Notaufnahme fordern. Für die Erlangung eines internistischen Facharztes ist eine Ausbildung im Bereich der Notaufnahme anrechenbar, aber nicht zwingend erforderlich. Die Weiterbildungsinhalte der Anästhesiologie sehen nicht einmal vor, dass die erforderlichen Kenntnisse der Diagnostik und Therapie notfallmedizinisch relevanter Erkrankungen in den jeweils fachlich zuständigen Bereichen der Krankenversorgung erlernt werden müssen. Ein 80-stündiger „Fachkunde“ - Kursus, wie er für die Erlangung der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin für den präklinischen Bereich erforderlich ist, bildet die Erfordernisse an eine hochkompetente innerklinische Notfallmedizin in keiner Weise ab.

Die Weiterbildungsordnungen für die meisten am Krankenhaus vertretenen Fachdisziplinen sind diagnoseorientiert sowie auf Organsysteme beziehungsweise Körperregionen fokussiert. Sie bilden die symptombezogene Notfallversorgung nicht mehr ab. Auch wenn alle diagnostisch und therapeutisch tätigen medizinischen Fachdisziplinen notfallmedizinische Kenntnisse in den sie betreffenden Krankheitsbildern wissenschaftlich und praktisch sicherstellen, verfügt keine einzige über die notwendige Breite der medizinischen Kenntnisse, die der Alltag in einer Notaufnahme in optimaler Weise erforderlich macht. Zusätzlich besteht in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung immer wieder die Notwendigkeit, auch Notfälle aus nicht am Haus vertretenen Fachdisziplinen medizinisch fachgerecht erstzuversorgen. Die hierfür benötigte Kompetenz wird derzeit in Deutschland in keiner Weise strukturiert weitergebildet. Weiterbildungsinhalte, die die sehr spezifischen Anforderungen an Notaufnahmen wie den Massenanfall von Verletzten, die Grippepandemie, etc. abbilden, fehlen in der Musterweiterbildungsordnung komplett.

Der Vorstand der DGINA stellt daher fest, dass wir in Deutschland keine strukturierte Weiterbildung für zahlreiche, wesentliche medizinische Handlungsfelder einer Notaufnahme besitzen. Die DGINA hat daher dringenden Regelungsbedarf namhaft gemacht, und mit dem Antrag auf die Einführung des Facharztes für Notfallmedizin bei der Deutschen Bundesärztekammer die entscheidende Initiative für eine Zustandsverbesserung ergriffen. Dieser Antrag wird dem Deutschen Ärztetag voraussichtlich im Jahr 2010 zur Entscheidung vorgelegt.

Wir erkennen, dass dieser Antrag innerhalb der großen, an der Notfallversorgung traditionell beteiligten Fachdisziplinen beträchtliche Befürchtungen geweckt hat, ihren gebührenden Einfluss in der Notfallversorgung zu verlieren. Diese Besorgnisse sind aus unserer Sicht unbegründet. Es geht der DGINA keinesfalls darum, die Fachgesellschaften zu schwächen. Vielmehr ist es unser erklärtes Ziel, die Ausbildung in der Notfallmedizin auch in Deutschland auf ein hochprofessionelles, internationales Niveau zu heben. Nur dadurch kann der

Bereich der Notaufnahme als sichere Anlaufstelle für die steigende Zahl der ZNA-Patienten, wie auch als langjähriger Arbeitsplatz für ärztliche Kollegen attraktiv gestaltet werden. Außerdem würde durch die von uns vorgeschlagene Änderung der Weiterbildungsordnung diese mit den europäischen Ausbildungscurricula in der Notfallmedizin harmonisiert und somit die Rückkehr der vielen jetzt im Ausland arbeitenden Notfallmediziner ermöglicht.

Vorbild für eine strukturierte Ausbildung in der Notfallmedizin ist das Europäische Curriculum zur Ausbildung zum Notfallmediziner, das die DGINA innerhalb der European Society of Emergency (EuSEM) mitgestaltet hat und das alle europäischen notfallmedizinischen Fachvertretungen konsentiert haben. Dieses Curriculum bildet eine exzellente inhaltliche Ausgangsbasis, von der aus die grundlegenden medizinischen Ausbildungsinhalte für jede notfallmedizinische Tätigkeit in Deutschland erarbeitet werden können.

Es ist das Ziel der DGINA, die im Curriculum beschriebenen Kompetenzen in den Notaufnahmen Deutschlands zu etablieren. Dieses Ziel werden wir mit großer Dringlichkeit vertreten, unabhängig davon, wie diese Qualifikation dann zu benennen ist.

Die DGINA fordert alle beteiligten Fachdisziplinen auf, sich unter der inhaltlichen Vorgabe des EuSEM- Curriculums an einen Tisch zu setzen, um einen tragfähigen und zukunftsweisenden Konsens für die Professionalisierung der Notfallmedizin in Deutschland zu erarbeiten.

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. C. Dodt
Internist, Intensivmediziner, Notfallmedizin
1. Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme
Chefarzt Präklinik / Interdisziplinäre Notaufnahme
Klinikum Bogenhausen
Engschalkingerstr. 77
81925 München

Fon: 089 / 9270 3269
Fax: 089 / 9270 3262
Christoph.dodt@klinikum-muenchen.de