

Der deutsche Weg zum Facharzt für Notfallmedizin

Autor:

Dr. med. **Thomas Fleischmann**
 Chefarzt des
 Notfallzentrums,
 Klinik Hirslanden
 Zürich,
 Witellikerstr. 40,
 8032 Zürich,
 Schweiz,
 thomas.fleischmann@hirslanden.ch

Abb. 1: Präklinische und klinischer Notfallmediziner als Partner



In vielen Ländern ist er längst Realität, der Facharzt für Notfallmedizin. Und dort möchte ihn auch niemand mehr missen. In allen angelsächsischen und auch in 11 der 27 EU-Länder werden Notfallpatienten hoch professionell von darauf spezialisierten Fachärzten versorgt. Die Patienten verlassen sich darauf, dass sie im medizinischen Notfall von einem kompetenten, erfahrenen und genau dafür weitergebildeten Arzt behandelt werden. Die deutsche Realität, dass manchmal junge Assistenzärzte aus unterschiedlichen Bereichen Notfallpatienten behandeln müssen, und dies unter Zeitdruck, Entscheidungszwang und ohne spezielle Ausbildung, ruft bei vielen Menschen im Ausland ungläubiges Kopfschütteln hervor.

Professionalisierung der Notfallmedizin

Aber auch in Deutschland wandelt sich das Bild vom Mediziner, der im Notfall kompetente Hilfe leisten soll. Lange Zeit galt eine Art Samariter-Prinzip, was bedeutete, dass die Bereitschaft eines Arztes ausreichte, um bei einem Notfall Hilfe zu leisten. Die Güte der medizinischen Hilfeleistung wurde als gegeben vorausgesetzt und nicht geprüft – dies

Das Samariter-Prinzip in der Notfallmedizin verschwand und damit auch die Haltung, dass ungünstige Behandlungsergebnisse immer dem Schicksal zuzuschreiben sind

war bei damals noch nicht bekannten Beurteilungsmaßstäben auch gar nicht möglich. Daher spielte es auch keine Rolle, welche Qualifikation der Behandelnde für seine notfallmäßige Hilfeleistung hatte. Kam ein Patient zu Schaden

oder verstarb er gar, so wurde dies praktisch immer als schicksalhaft akzeptiert.

Durch die zunehmende Professionalisierung der Notfallmedizin hat sich dies jedoch grundlegend gewandelt. Inzwischen ist „gut gemeint“ und „gut gemacht“ auch hier nicht mehr das Gleiche. Wesentlichen Anteil daran hat die enorme Wissensexplosion in der Notfallmedizin, gefolgt von der Einführung des entsprechenden Facharztes, des Emergency Physician, zunächst in den angelsächsischen Staaten, dann in vielen Ländern der Welt. So wuchs auch in der Notfallmedizin evidenzbasiertes Wissen rasch an und löste die zuvor dominierenden subjektiven Eindrücke und Überlegungen ab. Damit verlor das notfallmedizinische Handeln den Status der Beliebigkeit – es entstand nachprüfbares Wissen, auch für Notfälle. Notfallmedizin wurde sogar vergleichbar, indem man bestimmte Kriterien definierte und erfasste. Der nächste Schritt war die Entstehung notfallmedizinischer Leitlinien, die binnen kürzester Zeit eine enorme Verbreitung erfahren haben: Inzwischen ist so ziemlich jeder, der eine Weile auf dem Gebiet der Notfallmedizin tätig ist, mit Kürzeln wie AHA, ERC, ACLS oder ATLS vertraut – und das praktisch rund um die Welt.

Dies hat weit reichende Konsequenzen: Inzwischen lastet auf jedem, der sich beruflich mit medizinischen Notfällen befasst, ein hoher Druck, dieses evidenzbasierte Wissen auch zu kennen und nach Leitlinien zu handeln. Durch das Vorbild einer hoch professionellen Notfallbehandlung in vielen Nationen wächst auch in den anderen Ländern, darunter Deutschland, die Erwartung der Bevölkerung und damit der potenziellen Patienten, aber auch der Medien und der Politik bis hin zu den Kostenträgern, dass man im Notfall auch hier eine Behandlung nach diesen Maßstäben erhält. Das Samariter-Prinzip in der Notfallmedizin



verschwand und damit auch die Haltung, dass ungünstige Behandlungsergebnisse immer dem Schicksal zuzuschreiben sind. Infolgedessen bekam die Notfallmedizin sogar eine juristische Dimension: Verfahren wegen Behandlungsfehlern in Notfallsituationen waren früher undenkbar, inzwischen sind sie juristische Realität. Die Rechtsprechung setzt bei professionellen Helfern inzwischen die Kenntnis der notfallmedizinischen Evidenz voraus und misst deren Handlungen an den vorhandenen Leitlinien.

Deutschland ist praktisch das einzige hoch technisierte Land der Welt, das die Notfallmedizin bisher auf die Präklinik reduzierte

Präklinische und klinische Notfallmedizin

Dabei arbeitet der Facharzt für Notfallmedizin in praktisch allen Ländern der Welt nur in der Klinik, in der Notaufnahme, und kaum je im Rettungsdienst. Die bekannteste große Ausnahme ist Frankreich, dessen Notfallmediziner in nahezu gleichem Umfang im Notarztdienst und in der Notaufnahme arbeiten.

Es ist wenig beachtet, aber Tatsache, dass praktisch jedes größere Land, das seinen Rettungsdienst im Paramedic-System betreibt, den Facharzt für Notfallmedizin eingeführt hat. Deutschland dagegen ging in einer Konsequenz, der kein anderes Land folgte, den Weg eines umfassenden Ausbaus des Notarztdienstes, vernachlässigte aber im Gegenzug die Entwicklung der klinischen Notfallmedizin. So kann es auch geschehen, dass ein Notfallpatient präklinisch von gut fortgebildeten Notärzten und erfahrenen Rettungsassistenten versorgt wird, sich dann in der Notaufnahme aber möglicherweise nicht sehr routinierten, nicht speziell weitergebildeten und, weil dienstverpflichtet, manchmal unmotivierten Assistenzärzten gegenüber sieht. Deutschland ist praktisch das einzige hoch technisierte Land der

Welt, das die Notfallmedizin bisher auf die Präklinik reduzierte – hierzulande war Notfallmedizin lange Zeit gleichbedeutend mit Rettungsdienst. Dies ändert sich aber gerade. Der fehlende Facharztstandard macht sich dabei in der klinischen Notfallmedizin weitaus mehr bemerkbar als im Rettungsdienst. Die präklinische Notfallmedizin konzentriert sich vor allem auf die Sicherung der Vitalfunktionen, die unmittelbar erforderlichen Maßnahmen und die Entscheidung, ob und wohin ein Transport erfolgen muss. Dafür ist erhebliches Wissen und Erfahrung erforderlich, aber kein Facharztstandard. Der deutsche Weg der Zusatz-

Abb. 2: Präklinische Notfallmedizin mit Schwerpunkt Vitalfunktionen



bezeichnung für den Notarztdienst, der seit etwa 2004 eingeschlagen wurde, ist hierfür völlig ausreichend.

In der Notaufnahme ist die Komplexität der notfallmedizinischen Entscheidungen wesentlich höher als in der Präklinik. Es stehen ungleich mehr diagnostische Möglichkeiten zur Wahl und wesentlich mehr therapeutische Optionen. So ist zum Beispiel die Bildgebung eines der zentralen Arbeitsmittel des klinischen Notfallmediziners, der sehr genau und

DokuFORM Fa. J.Schäper

Weitere Informationen:



www.dgina.de

nachvollziehbar entscheiden muss, ob ein Notfallpatient bei seiner speziellen Symptomatik von einer Sonografie profitiert oder von konventionellem Röntgen, der Computertomografie, Kernspintomografie oder einer endoskopischen Untersuchung. Dem präklinisch tätigen Notarzt steht dagegen allenfalls an einzelnen Stellen eine Sonografie zur Verfügung. Er benötigt auch – sehr im Gegensatz zum klinisch tätigen Notfallmediziner – keine Kenntnisse etwa der Sensitivität eines Myoglobin-Testes beim akuten Koronarsyndrom oder der Spezifität der D-Dimere bei Verdacht auf Lungenembolie oder der Enzymkinetik des BNP bei unklarer Atemnot. Gleiches gilt im Bereich der Therapie: Klinische Notfallmediziner müssen wissen, bei welchen Patienten mit akutem Koronarsyndrom sie den Kardiologen für eine Akut-PTCA rufen und bei welchen nicht, welche Patienten mit Lungenembolie von einer Thrombolyse profitieren und welche von einer Heparinisierung, und welches Antibiotikum rasch bei einer Meningitis verabreicht werden muss und welches bei einer Urosepsis. Aus diesen wenigen Beispielen wird bereits klar, dass die klinische Notfallmedizin wesentlich komplexer ist als die präklinische.

Das Wissen der klinischen Notfallmedizin ist inzwischen so groß geworden, dass es naiv ist zu glauben, man könne es so nebenbei beherrschen. Das internationale Standardwerk der klinischen Notfallmedizin, Rosen's Emergency Medicine, umfasst in seiner letzten Auflage 3.179 Seiten. Die weltweit bekannteste notfallmedizinische Fachzeitschrift, Annals of Emergency Medicine, erscheint monatlich mit einem Wissenschaftsteil von etwa 100 Seiten und einem so



Abb. 3: Klinische Notfallmedizin mit breitem diagnostischen und therapeutischen Spektrum

hohen Niveau, dass die Lektüre selbst für erfahrene Notfallmediziner eine Herausforderung ist. Notfallmedizin hat sich längst zu einem eigenen Fachgebiet mit eigenem Wissen, eigener Denkweise und eigenem Handeln entwickelt.

Der Facharzt für Notfallmedizin ist daher kein Konkurrent des im Rettungsdienst tätigen Notarztes, er ist sein Partner in der Notaufnahme. Die Notärzte der Zukunft werden froh sein, in den Notaufnahmen kompetente und offene

Kollegen zu finden, und klinische Notfallmediziner freuen sich über präklinisch hervorragend versorgte und stabilisierte Patienten.

Schlüsselkompetenzen

Klinische Notfallmediziner sehen jeden Tag weitaus mehr Patienten als präklinisch tätige Notärzte. In den Notaufnahmen Deutschlands werden jeden Tag wesentlich mehr Patienten behandelt als im Notarztdienst. Der klinischen Notfallmedizin steht damit nicht nur wesentlich mehr notfallmedizinische Diagnostik und Therapie zur Verfügung als im Notarztdienst, sie wendet diese auch bei viel mehr Patienten an als in der Präklinik. Manchen scheint das nicht bewusst zu sein, dann blickt die klinische Notfallmedizin manchmal etwas neidisch auf ihre attraktive und viel beachtete, aber kleinere Schwester Präklinik.

Notfallmedizin hat sich längst zu einem eigenen Fachgebiet mit eigenem Wissen, eigener Denkweise und eigenem Handeln entwickelt

Auch in weiteren Schlüsselkompetenzen werden die im Vergleich zum Notarztdienst größeren Anforderungen an die klinisch tätigen Notfallmediziner deutlich. So sind zum Beispiel auch die Dispositionsentscheidungen, die in den Notaufnahmen getroffen werden müssen, wesentlich komplexer als im Notarztdienst. Im Notarztdienst müssen hinsichtlich der Disposition in der Regel nur die Fragen „Transport ja oder nein“ und gegebenenfalls „In welche Klinik?“ beantwortet werden. In den Notaufnahmen muss zwischen erheblich mehr Optionen entschieden werden, zum Beispiel Normalstation, Intensivstation, OP, Verlegung in eine Fachabteilung, Transfer in eine andere Klinik, weitere Beobachtung oder Entlassung. In Deutschland werden nach den wenigen vorliegenden Daten übrigens etwa 70% der Patienten der Notaufnahmen wieder entlassen, etwa 25% werden stationär aufgenommen und etwa 5% auf Intensivstationen.

Ein weiterer Unterschied zwischen Notarztdienst und Notaufnahme liegt in der Vielzahl der zu betreuenden Schnittstellen. Präklinisch tätigen Notärzten steht in ihren Versorgungsbereichen meist nur eine überschaubare Zahl von Anlaufstellen zur Verfügung. Klinische Notfallmediziner müssen eine ungleich größere Zahl von Schnittstellen betreuen und mit wesentlich mehr Fachgebieten zusammenarbeiten, dabei sind zu nennen: Rettungsdienst, Hausärzte, Labor, Röntgen, Hygiene, Sozialdienste – und nicht zu vergessen Direktion, Leistungserfassung, Controlling und Qualitätsmanagement. Das interdisziplinäre und Schnittstellen übergreifende Behandlungsmanagement ihrer Notfallpatienten stellt eine der Kernkompetenzen klinisch tätiger Notfallmediziner dar.

Natürlich arbeiten in einer Notaufnahme nicht nur Notfallmediziner. Das ärztliche Team setzt sich je nach den lokalen Gegebenheiten aus Notfallmedizinern und Rotationsassistenten aus anderen Fachgebieten zusammen.



Spezialisten werden dort üblicherweise nach klaren und transparenten Hinzuziehungsregeln tätig. Durch dieses System pflegt die klinische Notfallmedizin enge Beziehungen zu den anderen Fachgebieten und stellt sich gleichzeitig der Weiterbildungsverpflichtung für das eigene und die anderen Fachgebiete.

Notfallmediziner in Europa

In anderen Ländern ist dies längst erkannt, umgesetzt und bewährt. Deutschland zeigt sich da, wie in anderen Bereichen der medizinischen Standespolitik auch, eher etwas zögerlich. Auf Grund der klaren Gegebenheiten und Vorteile braucht es inzwischen schon entweder erhebliche Unkenntnis oder klare standespolitische Interessen, um die Notwendigkeit eines Facharztes für Notfallmedizin auch in Deutschland abzustreiten. Die Vernachlässigung der Entwicklung der klinischen Notfallmedizin hat zur Isolation Deutschlands innerhalb der notfallmedizinischen Welt geführt. Aber auch hierzulande nimmt die Zahl der professionell geführten Notaufnahmen und der dort arbeitenden Notfallmediziner erheblich zu. Mit der Kombination seines hochgradig entwickelten Rettungsdienstes, den es in dieser Form in kaum einem anderen Land der Welt gibt, und einer hoch professionellen klinischen Notfallmedizin, die ohne einen Facharzt für Notfallmedizin nicht auskommt, könnte Deutschland eine ganz besondere Position in der Welt der Notfallmedizin einnehmen. Dabei könnte Europa Deutschland sehr behilflich sein. Der Facharzt für Notfallmedizin soll europäischer Standard werden, eine Task Force der European Society for Emergency Medicine beschäftigt sich gerade mit der Konzeption dieser Facharztweiterbildung auf europäischer Ebene. Die Weiterbildung zum Facharzt für Notfallmedizin, des Emergency Physician, ist dabei in aller Deutlichkeit auf die Tätigkeit in der Notaufnahme ausgerichtet. Eine Tätigkeit im Rettungsdienst wird als mögliches zusätzliches Arbeitsfeld dieses Facharztes gesehen, der Schwerpunkt liegt jedoch eindeutig auf der klinischen Notfallmedizin.

Damit arbeitet der Facharzt für Notfallmedizin primär in der Notaufnahme, kann jedoch bei Bedarf oder auf Wunsch auch im Notarztdienst eingesetzt werden. Umgekehrt ist nicht vorgesehen, dass die Notärzte des Rettungsdienstes Fachärzte für Notfallmedizin sein müssen. Es besteht in Europa breiter Konsens, dass dies völlig überzogen wäre. Der deutsche Weg der Zusatzbezeichnung für Rettungsmedizin und des freien Zugangs zum Notarztdienst für Ärzte aus anderen Fachgebieten bleibt somit offen.

Facharzt für Notfallmedizin in Deutschland

Mit der Veröffentlichung der europäischen Weiterbildungsrichtlinien zum Facharzt für Notfallmedizin wird noch im Jahr 2007 gerechnet.

Die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme DGINA e.V. hat das EU-Curriculum des Facharztes für Notfallmedizin auf deutsche Verhältnisse übertragen. Der Entwurf der DGINA e.V. für die Weiterbildung zum Facharzt

für Notfallmedizin in Deutschland wurde dabei kompatibel sowohl mit den EU-Vorgaben als auch mit der deutschen Weiterbildungsordnung gemacht. Auf der Website der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme DGINA e.V. (www.dgina.de) befindet sich der Entwurf der deutschen Weiterbildung zum Facharzt für Notfallmedizin.

Es braucht inzwischen schon entweder erhebliche Unkenntnis oder klare standespolitische Interessen, um die Notwendigkeit eines Facharztes für Notfallmedizin auch in Deutschland abzustreiten

Das deutsche und das europäische Curriculum sehen eine fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Notfallmedizin vor. Von diesen 60 Monaten müssen in Deutschland 36 Monate in einer interdisziplinären Notaufnahme verbracht werden, dies entspricht der europäischen Mindestanforderung. Der deutsche Vorschlag ermöglicht eine maximale Weiterbildungszeit von 54 Monaten in einer interdisziplinären Notaufnahme und mindestens sechs Monate müssen im Gebiet Anästhesiologie oder Intensivmedizin abgeleistet werden. Für nicht interdisziplinäre, sondern internistische oder chirurgische Notaufnahmen sind Teilanrechnungen möglich. Maximal 18 Monate Weiterbildung in den Gebieten Anästhesiologie, Innere Medizin, Chirurgie, Kinder- und Jugendmedizin oder Neurologie können ebenfalls angerechnet werden. Weitere Voraussetzungen sind der für die Tätigkeit im Notarztdienst erforderliche 80-Stunden-Kurs und 50 Notarzteinsätze.

Abb. 4: Notaufnahme: Von der Schnittstelle zur Nahtstelle



gie, Kinder- und Jugendmedizin oder Neurologie können ebenfalls angerechnet werden. Weitere Voraussetzungen sind der für die Tätigkeit im Notarztdienst erforderliche 80-Stunden-Kurs und 50 Notarzteinsätze.

Die Zukunft

Auf Grund der klaren Vorteile für die Patienten, die Kliniken und den Ressourcenverbrauch und gefördert durch die Entwicklungen in Europa bestehen kaum mehr Zweifel, dass der Facharzt für Notfallmedizin auch in Deutschland eingeführt wird. In der notfallmedizinischen Szene wird kaum mehr darüber diskutiert, ob dies geschieht, sondern nur noch wann. Vom Facharzt für Notfallmedizin werden viele profitieren: Patienten, Kliniken und Rettungsdienste. ■