

Strukturwandel in der Behandlung von Notfallpatienten: Plädoyer für mehr notfallmedizinische Kompetenz



Die Versorgung von Notfallpatienten ist in Deutschland nach sektoralen Aspekten und föderal geregelt und somit von großer Diversität. Der ambulante Notdienst wird einerseits über den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits über die Rettungsdienste der Länder organisiert. Beide agieren unabhängig voneinander.

Gesetzliche Grundlagen bilden hierzu das SGB V (§75, §§107-109), Rettungsdienstgesetze der Länder sowie die ländereigenen Krankenhauspläne, in denen Vorgaben zur Notfallversorgung gemacht werden [1].

Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellen die Notaufnahmen der Krankenhäuser dar. Ihre Aufgaben und Strukturen sind gemäß der föderalen Struktur Deutschlands in recht unterschiedlicher Ausführlichkeit in den ländereigenen Krankenhausplänen geregelt [1]. Diese sind bundesrechtlich nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgeschrieben. Ziel dieser Pläne ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung im jeweiligen Bundesland mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern sicherzustellen.

Für Berlin wurde der Plan 2010 in neuer Version verabschiedet [2]. Er gibt nunmehr sehr detaillierte Vorgaben zu Versorgungszeiten, Struktur und Organisation sowie medizinischer Kompetenz, die in den Notaufnahmen vorgehalten werden soll und teilt die an der Notfallversorgung teilnehmenden Häuser in zwei Kategorien, „Notfallkrankenhaus“ und „Notfallzentrum“, ein. In Anhang 3 („Stellungnahme der Berliner Ärztekammer zum Facharztstandard“) wird die Forderung der Berliner Ärztekammer nach einem eigenen Facharzt Notfallmedizin unkommentiert als Lösung bisheriger personeller und struktureller Engpässe aufgenommen.

Die enormen Aktivitäten der DGINA sowie des ‚Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin‘ der Ärztekammer Berlin zur Durchsetzung und Implementierung eines neuen Facharztes Notfallmedizin bedürfen einer kritischen Beleuchtung und Erwiderung [3].

Begrifflichkeit

Es existiert keine konsentrierte Begriffsbestimmung. Am ehesten ist darunter ein Zustand der akuten Lebensgefahr und/oder ein Zustand zu verstehen, der ohne unverzügliche medizinische Versorgung die Gefahr schwerer Gesundheitsschäden birgt [4].

Patientenrekutierung und Patientenzahlen

Die gesundheitspolitisch induzierte Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland hat zu einer Reduzierung der Bettenkapazitäten, einer klinischen Fallzahlsteigerung, einem Personalabbau im nicht-ärztlichen Bereich sowie einer Personalaufstockung im ärztlichen Bereich geführt. Aus den Krankenhaus Rating

Reporten geht hervor, dass im Jahr 2020 eine Großzahl von Krankenhäusern sich den ökonomischen Zwängen nicht werden anpassen können, erhebliche Defizite ausweisen oder von Insolvenz bedroht sind [5]. Andere Kliniken wenden sich von dem durch hohe Vorhaltekosten gezeichneten akutmedizinischen Versorgungssegment ab und der Elektivmedizin zu und stehen somit der Notfallbehandlung nicht mehr zur Verfügung.

Im ambulanten Sektor ist in strukturschwachen Regionen eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung bereits heute nicht mehr gewährleistet. Die Mikrozensuserhebungen 1993, 1999 und 2003 haben einen rückläufigen Trend für die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte gezeigt [6].

Neben den o. g. Umständen verursachen die Kliniken wettbewerbstriggert selbst Anreize für ihre Inanspruchnahme durch Werbung für z. B. spezialisierte Medizin, 24 h Vorhaltung spezieller High-Tech Geräte für Diagnostik und Therapie, besondere ärztliche Expertise, Integration des Rettungsdienstes und sorgen so für eine Umleitung von Patientenströmen, die selbstverständlich auch den Bereich der Notfallversorgung umfasst. Die Untersuchung von Steffen et al [7] zeigt, dass neben dem tatsächlichen Notfallbedarf außerdem Faktoren wie Unkenntnis, Bequemlichkeit und Qualitätsvorteil wesentlichen Einfluss auf die Entscheidung des Patienten haben, eine Notaufnahme eines Krankenhauses aufzusuchen, statt sich in ambulante Behandlung eines niedergelassenen Arztes zu begeben.

Laut statistischem Bundesamt wurden 39 % aller Krankenhauspatientinnen und -patienten im Jahr 2010 als Notfall eingewiesen (6,8 Millionen Patienten) (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung 02.02.2008). Aufgrund fehlender Surveillance sowie uneinheitlicher Klassifikationen liegen für Deutschland keine belastbaren statistischen Zahlen über die gesamten Behandlungsfälle und die tatsächlichen Notfälle in Notaufnahmen vor. Aus Einzelstatistiken können wir schätzen, dass in etwa 40 % aller Patienten, die in einer Notaufnahme behandelt, auch stationär aufgenommen werden. Die überwiegende Mehrheit (60 %) verbleibt ambulant.

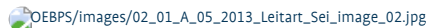
Unter Zugrundelegung des Manchester Triage Systems (MTS) [8], in dem Patienten sofort bei Ankunft mit einem klinischen Dringlichkeitsscore bewertet werden, konnten in der Notaufnahme der Universität Leipzig insgesamt 19 % der Patienten als unmittelbar behandlungsbedürftig, äußerst dringlich und dringlich behandlungsbedürftig (2 % rot, 4 % orange und 13 % gelb) eingeschätzt werden. Im Umkehrschluss bestand bei 81 % der Patienten nach den Kriterien des MTS keine Behandlungsdringlichkeit.

Die Auswertung von über 48.000 Notfallpatienten (**Abb 1**) einer interdisziplinären Zentralen Notaufnahme aus dem Unfallkrankenhaus Berlin zeigt, dass immerhin 66 % der Patienten als unmittelbar bzw. äußerst dringlich und dringlich behandlungsbedürftig triagiert wurden (2 % rot, 17 % orange und 46 % gelb). Im Rahmen eines internen Audits wurde die Triagequalität des Monats Juli 2012 überprüft, dabei ergab sich anhand einer Stichprobe, dass 73 % korrekt eingeschätzt, 6 % unter- und immerhin 20 % übertriagiert wurden (**Abb. 2**).

Abb. 1: Fachliche Verteilung Patienten 2012 ukb (Gesamt 51.681)



Abb. 2: Triageergebnisse Rettungsstelle Unfallkrankenhaus Berlin 2012 (n= 48.865)



Es bestehen aktuell Bemühungen des „**Deutschen Netzwerks Ersteinschätzung**“, konkrete und vergleichbare deutschlandweite Daten aus den Kliniken zu rekrutieren, die das MTS verwenden, um ein sog. Deutsches Einschätzungsregister aufzubauen.

Qualität der Notfallversorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) beschäftigt sich schon lange mit dem Thema der Verbesserung der Notfallversorgung von Schwerstverletzten (SV) in Deutschland.

Die DGU konnte bereits 1993 ein weltweit einzigartiges Traumaregister ins Leben rufen [9], das mittlerweile Daten über 23.416 Patienten verfügt. Des Weiteren initiierte die Gesellschaft frühzeitig die Erstellung eines Weißbuches, in dem Kriterien zur Organisation und Struktur von Krankenhäusern, die an der SV-Versorgung teilnehmen, formuliert und 2006 erstmalig publiziert wurden [10]. Im Weiteren wurde eine bundesweite Netzwerkkoooperation initiiert (**TraumaNetzwerk DGU**), die deutschlandweit mittlerweile 38 zertifizierte Netzwerke mit 521 zertifizierten Kliniken umfasst.

Aus den Daten des DGU Traumaregisters geht hervor, dass die durchschnittliche Letalität Schwerstverletzter seit 1999 von 22 % auf 15 % gesenkt werden konnte. Sie liegt nach Schweregradadjustierung damit deutlich unter den errechenbaren Vorhersagewerten [9].

Ebenso wie für den Bereich der unfallchirurgischen Notfallversorgung existieren Daten zur Versorgung und zum Outcome kardialer Notfallpatienten: die intrahospitale Myokardinfarktletalität konnte durch Standardisierung und Professionalisierung der Akuttherapie und -intervention innerhalb der letzten 20 Jahre um 50 % gesenkt werden und liegt aktuell bei etwa 11 % [11].

Für Schlaganfallpatienten konnte die Letalität gesenkt und das Outcome durch eine Optimierung der Notfalltherapiemaßnahmen verbessert werden, insbesondere auch durch wesentliche Fortschritte in der interventionellen Radiologie [12].

Die o. g. Beispiele aus dem Bereich der Unfallchirurgie, Kardiologie und Neurologie zeigen eine stetige Verbesserung der Patientenversorgung und des Outcome im Rahmen lebensbedrohlicher Erkrankungen in den letzten Jahren. Eine klare Zuordnung hinsichtlich der Effekteinflüsse der prähospitalen Behandlung, der Behandlung in der Notaufnahme sowie der akutstationären Maßnahmen auf das verbesserte Outcome ist jedoch nicht möglich.

Bei der Durchsicht der „Fälle des Monats“ (06/2009 – 02/2013) im CIRS-Netzwerk Berlin lässt sich aktuell ein Critical Incidence Report ausmachen, der einen kritischen Ablauf in einer Notaufnahme berichtet. Unter Zugrundelegung dieser publizierten Fälle lässt sich so zum jetzigen Zeitpunkt eine Inzidenz von 3 % für „Beinahe Fehler“ in Berliner Notaufnahmen berechnen.

Nach Harald Dormann können sich Prozessabläufe innerhalb der Notaufnahme unter Qualitätsaspekten konkret darstellen lassen: Dabei spielen die Sicht des Patienten, des Kostenträgers, des Arztes und des Krankenhausbetreibers eine wesentliche Rolle.

Seine Analyse durch Auswertung von Routinedaten von 6.683 Notfallpatienten der Uni Erlangen zeigte für das Gesamtkollektiv eine diagnostische Übereinstimmung (dÜ) von 71 %. Bei einer mittleren Aufenthaltsdauer von 116 Minuten betrug die diagnostische Effizienz (dEff) 0,61/min. Mit 92 % war die dÜ am höchsten für Patienten mit Vorhofflimmern/-flattern und die dEff mit 0, 85/min für Patienten mit akuten Myokardinfarkt [13].

Auch im innereuropäischen Vergleich schneidet die Notfallversorgung in Deutschland gut ab: In einer internationalen Systemvergleichsstudie mit Großbritannien konnte nachgewiesen werden, dass die deutsche Notfallbehandlung unter verschiedenen Aspekten der Effizienz und Effektivität überlegen war [14].

Bedeutung und Struktur einer Notaufnahme

Die Bedeutung von sogenannten zentralen Notaufnahmen im Rahmen der notfallmedizinischen Behandlung der Bevölkerung ist von allen deutschen Organisationen und Fachgesellschaften anerkannt und konsentiert [15, 16, 17]. Eckpunktepapiere mit entsprechenden Anforderungen auch an die ärztliche Leitung einer solchen Notaufnahme wurden bereits publiziert [18]. Die interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Zentrale Notaufnahme deutscher Fachgesellschaften (DGAi, DGCH, DGu, DGIM, DGKJM, DGN, DGMC, DIVI und DRG) erarbeitet derzeit ein neues Curriculum, das auf dem Curriculum für die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin aufbaut, welches besonders auf die präklinische Notfallversorgung fokussiert war und jetzt um einen klinischen Teil erweitert werden soll.

Die Notaufnahme stellt häufig den Ort des Erstkontaktes von Patienten mit der Klinik dar. Sie ist die Visitenkarte des Hauses. Es ist also erstrebenswert, dass die Notaufnahme hinsichtlich technischer und personeller Struktur so aufgestellt ist, dass sie das Patientenaufkommen in angemessener Zeit und Qualität bewältigen kann. Eine Entlastung der Notaufnahme durch Verschiebung von Patienten ist dann möglich und sinnvoll, wenn sogenannte Routineambulanzen räumlich integriert sind. Eine solche Verschiebung von Patienten, die im eigentlichen Sinne keinen Notfall darstellen, gelingt auch, wenn im Sinne einer transsektoralen Versorgung MVZ Praxen in unmittelbarer räumlicher Nähe angebunden sind.

Eine weitere Entlastung, nicht nur der Notaufnahme, sondern auch der Stationen gelingt durch die Integration sogenannten Notaufnahmestationen, die die Option eines kurzzeitigen Monitorings mit klinischer sowie paraklinischer Verlaufskontrolle bieten.

Für die Kompetenz notfallmedizinisch aktiver Ärzte ist es von Vorteil über wesentliche Kenntnisse und Erfahrungen auch der prähospitalen Notfallmedizin zu verfügen, da sie in ganz besonderem Maße auf einer typischen symptomorientierten und interdisziplinären Vorgehensweise basiert. Durch die enge Verzahnung von Rettungsmedizin und Notaufnahme ist auch eine eigene interne Qualitätskontrolle des Notarztes über seine Diagnosen und Therapiemaßnahmen möglich, sodass die Lerneffekte groß sind.

Die Notaufnahme ist der vorrangige Platz, an dem Weiterbildungsassistenten unter Aufsicht und Anleitung eines Facharztes notfallmedizinische Kenntnisse erlangen sollen. Diese sind integraler Bestandteil der Weiterbildungsordnung der Fächer des Gebietes Innere Medizin und Chirurgie.

Neben einer symptomorientierten Herangehensweise, die ja bereits in der studentischen Ausbildung curricular verankert wurde, sollen hier z. B. Techniken und Algorithmen der notfallmäßigen Untersuchung und des leitliniengerechten Managements von Schwerstverletzten (z. B. FAST Sonografie, ATLS) [19], der chirurgischen Wundversorgung, Reposition von Luxationen und verschobenen Frakturen, Gipstechniken, Indikationen zur erweiterten radiologischen Diagnostik, Anlage von Thoraxdrainagen und Beckenzwingen erlernt werden. Die Einführung eines festen Stumpersonals mit eigenem Facharzt Notfallmedizin würde die Möglichkeiten der Weiterbildung der verschiedenen Fächer ganz wesentlich beschränken. Ein neuer Facharzt Notfallmedizin würde die Ressourcen nicht erweitern, sondern verknappen, da die Personalstellen anderer Fächer, die bis dahin die Notaufnahmen mit ihren Mitarbeitern besetzt haben, genutzt würden. Der Wegfall oder die Reduzierung von Bereitschaftsdiensten in einer Notaufnahme durch eine Schichtbesetzung mit festem Stumpersonal würde außerdem die finanzielle Attraktivität der Fächer schwächen.

Zusammenfassung

1. Aktuell liegen belastbare Daten vor, die eine hohe Qualität der Notfallversorgung in Deutschland nachweisen. Auch im internationalen Vergleich scheint das deutsche System effizienter und effektiver zu sein.
2. Daraus ergibt sich, dass nach dem Ärzte-Weiterbildungsgesetz derzeit kein Bedarf für die Schaffung einer neuen Facharztbezeichnung vorliegt, da solche nur von den Kammern geschaffen werden sollen, wenn „dies im Hinblick auf die **wissenschaftliche Entwicklung** und eine **angemessene Versorgung der Bevölkerung** **erforderlich** ist“ (§2 AWBG).
3. Eine sogenannte Zentrale Notaufnahme erscheint aus organisatorischen Aspekten sinnvoll und wird von allen Fachgesellschaften befürwortet.
4. Die Fachgesellschaften befürworten einen unabhängigen Ärztlichen Leiter (Facharzt), der auch die organisatorische Verantwortung in einer Zentralen Notaufnahme besitzt.
5. Die Fachgesellschaften befürworten **zusätzliche** fachliche Kompetenz eines ärztlichen Leiters einer Notaufnahme durch Fort- und Weiterbildung und erarbeiten daher aktuell ein erweitertes Curriculum für die bereits bestehende Zusatzbezeichnung Notfallmedizin.
6. Die Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ist bisher Ärzten in Fächern der unmittelbaren Patientenversorgung möglich. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hat die für die Weiterbildung verantwortlichen Gremien der Bundesärztekammer aufgefordert, bei der Umsetzung der Weiterbildung in klinischer Akut- und Notfallmedizin sicherzustellen, dass für die Erlangung dieser Qualifikation ein Modul etabliert wird, das eine Zusatz-Weiterbildung für alle Fachärzte ermöglicht, die mit diesem Aufgabenbereich befasst sind.
7. Notfallmedizinische Kompetenz ist integraler Bestandteil einer Facharztweiterbildung und gewährleistet die notwendige Interdisziplinarität in der Notfallversorgung sowie die Fähigkeit zum Management auch innerklinischer Notfälle.

8. Der Wegfall notfallmedizinischer Kompetenz in den Fächern würde zu einem diagnostischen und therapeutischen Kompetenzverlust auch in der stationären Akutversorgung führen.
9. Punkt 7 hätte entsprechende Negativauswirkungen auf die fachärztliche Kompetenz von Kolleginnen und Kollegen, die in die Niederlassung gehen und dort verpflichtet sind, für den ambulanten Sektor an der Notfallversorgung teil zu nehmen.
10. Ein neuer Facharzt Notfallmedizin mit sechsjähriger Weiterbildungszeit kann lediglich Teilaspekte der Fächer abbilden, da er bestenfalls Kenntnisse erlangt hat, die einer ein bis zwei jährigen Weiterbildung in diesem Fach entsprechen und befugt daher nicht zur eigenverantwortlichen Therapie, da nicht der Facharztstandard eines Faches erlangt wird. Folglich kann er nicht zu einer qualitativen Verbesserung der Behandlung von Notfallpatienten beitragen.
11. Die Schaffung eines neuen Facharztes Notfallmedizin ist nicht die Lösung struktureller Schwächen, sondern benötigt neue Ressourcen, verteuert die notfallmedizinische Versorgung und beschneidet Fächer in ihrer notfallmedizinischen Kompetenz.
12. Umgekehrt scheint es sinnvoll, die bestehenden Facharztqualifikationen durch eine entsprechend überarbeitete Zusatzweiterbildung Notfallmedizin aufzustocken, sodass sich hieraus diagnostische **und** therapeutische Kompetenzen erweitern lassen.
13. Unter dem Aspekt einer europäischen Arbeitsmarkliberalisierung und -öffnung für einen neuen Facharzt Notfallmedizin zeigt sich Zurückhaltung der Länder: Mit gegenseitiger Anerkennung der Berufsqualifikation Emergency Medicine sind bisher gelistet: Zypern, Tschechien, Irland, Ungarn, Malta, Polen, Rumänien, Slowakei und Großbritannien (Anhang V RL 2005/36/EG, Stand 24.03.2011).
14. Qualitätsaspekte einer notfallmedizinischen Behandlung könnten aus medizinischer Sicht eine korrekte Risikostratifizierung des Patienten in angemessener Zeit, diagnostische und therapeutische Effizienz sowie aus Managementsicht Kosteneffektivität und Ressourcenschonung, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sein. Vergleichbare Daten existieren hierzu bisher nicht, weshalb entsprechende Daten in Studien generiert werden sollten.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de.

Weiterführende Informationen

TraumaNetzwerk DGU

[↗ Anzeigen](#)

Seifert J. Strukturwandel in der Behandlung von Notfallpatienten. *Passion Chirurgie*. 2013 Mai, 3(05): Artikel 02_01.