FACHÜBERGREIFEND 01.05.2013

Der neue Facharzt Notfallmedizin – Beruf und Perspektiven

Beurteilung aus Sicht eines Unfallchirurgen, der in der größten Zentralen Notaufnahme Deutschlands arbeitet

In der Diskussion über die Einführung des neuen Facharztes für Notfallmedizin wird die Frage „Ist die Zentrale Notaufnahme (ZNA) ein attraktiver Arbeitsplatz?“ immer wieder neu zu stellen und zu beantworten sein. Zusatzfragen wie „für welche Berufsgruppe, für welche Fachdisziplin, für welche Phase der Weiterbildung und in welcher Position als Lebensarbeitsplatz und vor allen Dingen in welchen Arbeitszeitmodellen“ sind ebenfalls notwendig und bedürfen einer Antwort.

Die zentrale Notaufnahme des Vivantes Klinikum Neukölln

Das Vivantes Klinikum Neukölln entstand aus dem 1908 eröffneten Städtischen Krankenhaus Neukölln in der Hauptstadt Berlin und ist für die Versorgung von knapp 320.000 Einwohnern des Bezirks Neukölln zuständig. Es ist als Maximalversorger mit dem Status Notfallzentrum konzipiert, umfasst derzeit 1.185 Betten mit insgesamt 24 Fachkliniken und Instituten am Standort. Die Inanspruchnahme der ZNA – in Berlin traditionell seit Jahrzehnten Rettungsstelle genannt – ist im Bezirk Neukölln hoch. Die Berliner Sozialstruktur und Rettungsdiensteinsätze korrelieren direkt [1].

Abb. 1: Krankenfahrten durch die Notfallrettung in Berlin 2009

OEBPS/images/02_02_A_05_2013_Laun_image_01.jpg

Im Jahr 2009 erfolgten mehr als 16.000 Krankenhausanfahrten des Klinikums durch die Notfallrettung in Berlin (**Abb. 1**), insgesamt wurden in der ZNA im selben Jahr über 60.000 Patienten behandelt, dies entspricht einer durchschnittlichen Behandlungszahl von 165 Patienten pro Tag. Hauptnutzer der ZNA sind die vier inneren Kliniken am Standort mit über 17.000 Patientenkontakten sowie die zehn operativen Kliniken, wobei die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie mit knapp 13.000 Patientenkontakten und einer ca. 18-prozentigen Konversionsrate entsprechend ca. 2.300 stationären Fällen, die über die ZNA aufgenommen werden, einer der Hauptnutzer der ZNA darstellt.

Die personelle Ausstattung der ZNA umfasst eine der Geschäftsführung der Klinik direkt unterstellte Chefärztin sowie ein Stammpersonal von zwei Oberärzten, sieben Assistenzärzten aus dem Gebiet

Chirurgie/Unfallchirurgie sowie sieben Assistenzärzten aus dem Gebiet Innere Medizin, welche im Schichtsystem 2-2-2 plus 1-1 Zwischendienst durchführen sowie eine Leitung Pflegedienst, welche der Chefärztin der ZNA unterstellt ist mit insgesamt 37 Vollkräfte (VK) Pflege, welche im Schichtsystem 6-6-5 Dienst tun. Zusätzlich werden für die INKA (Interdisziplinäre Notaufnahme-Kurzliegeraufnahmestation) sowie für die ÜE (Überwachungseinheit) weitere drei VK Arztdienst und sechs VK Pflegedienst vorgehalten.

Sämtliche modernen Aspekte einer Interdisziplinären Notaufnahme im gesamten Leistungsspektrum eines Maximalversorgers mit Leitlinien, Algorithmen, Standard Operation Procedures, First View Concept, POC-Technologies, Fast Track Aufnahmen, ICU-IMC-Bypass, direkter Transfer z. B. in geriatrische Kliniken, ein 24 Stunden zusätzlich in der ZNA anwesender neurologischer Facharztdienst (am Standort ist die größte Stroke Unit des Landes Berlin allokiert) sowie Chest Pain Unit, sind etabliert.

Insofern ist die ZNA als Kernbereich der Patientenversorgung und als Zentrum der medizinischen Erstversorgung mit hoher Notfallkompetenz, Weichenstellung für den weiteren Behandlungsprozess und Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung, modern strukturiert und ausgerichtet und wird dem hohen Stellenwert einer gut funktionierenden ZNA als Aushängeschild eines Krankenhauses gerecht. Dennoch sind die üblichen Spannungsfelder neben Struktur und Organisationsqualität, Interdisziplinarität und Verteilung des Personals zwischen Leitung und Stammteam und Rotationsassistenten der Fachkliniken auch besonders unter dem Aspekt der Personalbedarfsmessung ärztliches und nicht ärztliches Personal ständig evident [3]. Diskontinuierliches Patientenaufkommen und überdurchschnittliche Inanspruchnahme der ZNA durch „Walking Emergencies“ an Sonn- und Feiertagen mit einem Patientenaufkommen von bis zu 320 Patienten pro Tag müssen bewältigt werden und führen zu einer erheblichen Belastung sämtlicher in der ZNA tätigen Professionen.

Anforderungen an Ärzinnen und Ärzte

Die sehr inhomogene Struktur und Landschaft dezentraler und zentraler Notaufnahmen in den Krankenhäusern führt logischerweise zu unterschiedlichen Anforderungen an die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte [4]. Unter dem Aspekt der sich stetig verändernden Krankenhauslandschaft, des ökonomischen Druckes auf die Krankenhäuser und der veränderten Inhalte der neuen Weiterbildungsordnungen von 2004 wurde eine Diskussion innerhalb der Fach- und Arbeitsgruppen der verschiedenen von der Notfallmedizin betroffenen Fachgebiete entfacht. Immerhin gelang es 2009 der interdisziplinären Arbeitsgruppe eine gemeinsame Stellungnahme der Fachgesellschaften der Anästhesiologie, Chirurgie, Inneren Medizin, Neurologie, Radiologie und Pädiatrie bzgl. der Anforderungen zur Struktur und Organisation von Notaufnahmen zu erarbeiten [2].

In der Ärztekammer Berlin wurde aufgrund der bestehenden Diskussion ein Arbeitskreis „Interdisziplinäre Notaufnahme und Notfallmedizin“ im Februar 2011 inauguriert. Dieser Arbeitskreis hat nach Evaluation der Berliner Sektoralen Notfallversorgung Schlussfolgerungen und Empfehlungen an den Vorstand der Ärztekammer Berlin ausgesprochen:

1. Der Ärztekammer Berlin wird empfohlen, zur nachhaltigen Steigerung der Qualität der in der Notfallversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte, die Gebietsbezeichnung „Notfallmedizin“ einzuführen.
2. Das Tätigkeitsfeld des „Facharztes für Notfallmedizin“ ist die Notaufnahme der Krankenhäuser.
3. Die Qualifikationsanforderungen an den Arzt im ambulanten ärztlichen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung und im Notarztdienst sind ausreichend und müssen nicht verändert werden.
4. Der zukünftige „Facharzt für Notfallmedizin“ soll in einem modularen Weiterbildungskonzept auf den bisherigen Qualifikationsmöglichkeiten aufbauen.

Für den in Weiterbildung befindlichen Unfallchirurgen und Orthopäden gilt dies zumindest bis zur Erreichung des Facharztstatus. In der Regel wird dann die Weiterqualifikation zur Erreichung des „Speziellen Unfallchirurgen“ oder des „Speziellen Orthopäden“ jeweils angestrebt. Spätestens ab diesem Zeitpunkt wird aufgrund der Interferenz mit der erlangten operativen Kompetenz eine länger dauernde Tätigkeit in einer ZNA nicht mehr gewollt. Ähnliches gilt für nicht operative Fachgebiete wie interventionelle Kardiologie, Gastroenterologie etc. pp.

Die Tätigkeit in der ZNA nach Abschluss der Facharztqualifikation und ggf. der weiteren Spezialisierung ist nicht im Fokus des operativ oder interventionell orientierten Facharztes und wird deshalb meistens abgelehnt. Aus dieser Sicht kann und muss die Einführung des neuen Facharztes Notfallmedizin sicher befürwortet werden. Aber ist dieser eine Aspekt tatsächlich ausschlaggebend? Die Unzufriedenheit über Tätigkeiten in ZNA im ärztlichen Bereich ist nicht facharztspezifisch, sondern gründet sich vielmehr auf Organisationsdefizite, hohe persönliche Inanspruchnahme und fehlende nachgeordnete Ressourcen in dieser Tätigkeit. Und hiervor schützt auch der neue Facharzt für Notfallmedizin nicht.

Strukturell ändert sich durch die Einführung eines neuen Facharztes für Notfallmedizin in einer ZNA/Rettungsstelle nichts. Die hohe individuelle Arbeitsbelastung, die Belastung durch ständigen Schichtdienst und die sicher abnehmende Belastbarkeit für solche Tätigkeiten ab einem Lebensabschnitt Mitte des fünfzigsten Lebensjahres, sind wesentlich für die Unzufriedenheit der in den ZNA tätigen Ärztinnen und Ärzte. Insofern führt die Einführung eines neuen Facharztes für Notfallmedizin lediglich zu einer Transposition der jetzt schon bestehenden Probleme in die Zukunft, spätestens dann, wenn viele in einer ZNA tätigen Kolleginnen und Kollegen über die Facharztqualifikation Notfallmedizin verfügen und in der durch den Arbeitskreis der Ärztekammer Berlin propagierten Tätigkeit in einer ZNA am Krankenhaus festgehalten sind. Eine ähnliche beufliche Sackgasse findet sich in keiner anderen Weiterbildung. Wohl dem der über einen weiteren Facharzt oder über Zusatzqualifikationen verfügt. Spätestens mit dieser ernüchternden Erkenntnis ist die ZNA auch für einen neuen Facharzt für Notfallmedizin nur noch ein begrenzt attraktiver Arbeitsplatz, denn welcher Facharzt will perspektivisch für ein gesamtes Arbeitsleben durch andauernde Schichtdienste unter harten Einsatzbedingungen in Anspruch genommen werden?

Die Einführung eines neuen Facharztes für Notfallmedizin führt zu keiner Einsparung der bisher in den ZNA tätigen Fachärzte, denn der geforderte Facharztstandard kann in großen ZNA deshalb aufrecht erhalten werden, weil hier Fachärzte unterschiedlichster Disziplinen mit den entsprechenden Spezialkenntnissen zusammen arbeiten. Die Frage, ob ein breit ausgebildeter Facharzt für Notfallmedizin und bis zu welcher Grenze sämtliche Gebiete der Notfallmedizin eigenverantwortlich behandeln könnte, ist nur durch die Fachgesellschaften zu beantworten.

Für die Unfallchirurgie gilt, dass spätestens bei der Repositionstechnik oder bei der Entscheidung zur Verfahrenswahl konservativ versus operativ der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie hinzugezogen werden muss – die Traumaleadertätigkeit und Verantwortung in der Schwerverletztenversorgung ist ebenfalls

originär unfallchirurgisch. Kontinuierlicher Wissenstransfer der verschiedenen Fachgesellschaften der in einer ZNA tätigen Ärztinnen und Ärzte, ist nur durch deren Anbindung an originäre Kliniken und Fachdisziplinen gewährleistet. So werden moderne Behandlungsverfahren, leitliniengerechte Behandlungen und eine hohe Qualität in der Notfallversorgung aufrecht erhalten. Die Abkoppelung von Notfallmedizinern von im Klinikum vorgehaltenen Fachdisziplinen führt sicher zu keiner verbesserten Integration der ZNA in einem Klinikum.

Ist die ZNA ein attraktiver Arbeitsplatz?

Um die ZNA als für Ärztinnen und Ärzte attraktiven Arbeitsplatz zu gestalten, sind andere Maßnahmen als die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin notwendig. Eine wesentliche Attraktivitätssteigerung für Ärztinnen und Ärzte in ZNA erfolgt durch Reduktion der Belastung durch Schichtdienste für den Einzelnen. Dies kann nur durch Erhöhung des Anteils an Rotationsassistenten aus den Kliniken in die ZNA ermöglicht werden oder durch Erhöhung der Faharztanteile in den ZNAs.

Attraktive Arbeitsmodelle beinhalten die Kompensation einer Gehaltsreduktion durch Schichtdiensteinsatz und müssen genderspezifische Aspekte berücksichtigen. Dies alles ist letztendlich abhängig von der Finanzierung der ZNA. De facto kann derzeit eine ZNA in unserem Gesundheitssystem nicht kostendeckend betrieben werden. Im Vivantes Klinikum Neukölln entstand durch die EBM-Erlössituation der ZNA im Jahr 2011 ein Erlös von 1,4 Mio. Euro, dem standen gegenüber 3,7 Mio. Euro Personalkosten sowie ca. 300.000 Euro Sachkosten, sodass letztendlich das Defizit 2,6 Mio. Euro betrug. Dieses wird durch die Gesamtleistung eines Großklinikums kompensiert, zeigt jedoch ganz klar, dass Personalaufstockungen im ärztlichen Bereich für einen neuen Facharzt für Notfallmedizin unter ökonomischen Aspekten illusorisch sind. Die Anwesenheit eines neuen Facharztes für Notfallmedizin führt unweigerlich zur Verringerung derzeit bestehender fachärztlicher Strukturen.

Fazit

In Summe kann deshalb die Einführung eines neuen Facharztes für Notfallmedizin aus unfallchirurgischer Sicht nicht empfohlen werden. Rational kann ein Vorteil gegenüber den jetzt bestehenden Strukturen einer kompetenten fachärztlichen unfallchirurgischen Versorgung nicht erkannt werden. Nicht die Einführung eines neuen Facharztes für Notfallmedizin, sondern die Weiterentwicklung derzeitiger Facharztstrukturen sowie weitere Organisationsverbesserungen und Verbesserungen der ökonomischen Situation der ZNA sind notwendig. Nur dadurch kann es gelingen eine Erhöhung des Personaleinsatzes im ärztlichen und nicht ärztlichen Bereich zu ermöglichen und damit die Arbeitsbedingungen in ZNA zu verbessern und deren Attraktivität zu erhöhen.

Literatur

[1] R. Arntz H. / Poloczek S. Wann sollte man den Rettungsdienst nicht alarmieren? Notfall Rettungsmedizin 2012. DOI 10.100/s10049-011-1542-9, Springer-Verlag 2012

[2] Gries A. / Arntz H.-R. / Lackner C. K. / Seekamp A. / Altemeyer K. H. Facharzt für Notfallmedizin – Pro und Kontra. Notfall Rettungsmedizin 2010, 13:469-474. DOI 10.1007/s10049-010-1360-5, Springer-Verlag 2010

[3] Gries A. / Michel A. / Bernhard M. / Martin J. Personalplanung in der ZNA. Anaesthesist 2011, 60:71-78. DOI 10.1007/s00101-010-1830-7, Online publiziert: 25. Dezember 2010, Springer-Verlag 2010

[4] Laun R. A. Notaufnahme und Notfallmedziner. Brauchen wir (wirklich) einen neuen Facharzt für Notfallmedizin? chir. praxis 72, 171-173 (2010), Hans Marseille Verlag GmbH München

Laun, R.A. Der neue Facharzt Notfallmedizin– Beruf und Perspektiven. Passion Chirurgie. 2013 Mai, 3(05): Artikel 02_02.