

01.05.2013 Fachübergreifend

Fachkompetenz vs. Facharzt in der Notfallmedizin: Beurteilung der Diskussion aus Sicht der DIVI bzw. DGAI

A. Gries, T. Köhnlein, M. Quintel



Interessenkonflikt: AG ist Sprecher der „Kommission zentrale Notaufnahme“ der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA) und Delegierter der DGA in der „Interdisziplinären Arbeitsgruppe Notaufnahme“ der Deutschen Fachgesellschaften, TK ist Delegierter der DGIM in der „Interdisziplinären Arbeitsgruppe Notaufnahme“ der Deutschen Fachgesellschaften, MQ ist Past President der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).

Noch Mitte der 2000er Jahre wurden Aufnahmeeinrichtungen an Kliniken überwiegend dezentral von einzelnen Fachabteilungen betrieben. In den letzten Jahren ist eine zunehmende Zentralisierung hin zur Organisation in einer zentralen interdisziplinären Notaufnahme zu verzeichnen [25]. In einer Umfrage des deutschen Krankenhausinstitutes 2010 gaben 72 Prozent der Kliniken an, eine zentrale Notaufnahme zu betreiben, wobei die Strukturen vor Ort zum Teil deutlich inhomogen erscheinen [26]. Diese Entwicklung war zunächst geprägt von ökonomischen Überlegungen und erst in zweiter Linie davon getragen, die Patientenversorgung in den zentralen Notaufnahmen zu verbessern. Die bei dezentraler Organisation notwendige, parallele Vorhaltung von Personal für Kliniken, ist deutlich kostenintensiver, als bei einer zentralen Organisationsform und der Bündelung der notwendigen Ressourcen an einer zentralen Stelle [27]. Die etablierten und bis dahin in Organisation fachspezifischer Aufnahmestrukturen meist eingebundenen Fachgesellschaften reagierten zunächst abwehrend, noch 2007 wurden getrennte Einrichtungen und Zuständigkeiten weiterhin gefordert [29].

Über die Jahre hat sich allerdings das Patienten- und Aufgabenspektrum in zentralen Notaufnahmen weiterentwickelt und verändert. Immer mehr Patienten kommen nicht mit einer eindeutigen Diagnose, sondern mit einem oftmals diffusen bzw. unklaren Leitsymptom und sind damit auf den ersten Blick nicht eindeutig einem definierten Fachgebiet zu zuordnen. Die Aufgaben des Personals in der zentralen Notaufnahme sind daher zunächst Sichtung der Patienten, mit Einschätzung der Behandlungspriorität, die Organisation und Einleitung der Initialtherapie bzw. -diagnostik [4]. In Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen erfolgt die Durchführung eines gemeinsam und interdisziplinär definierten Diagnostik- und Maßnahmenbündels vor stationärer Aufnahme, möglicherweise aber auch vor der ambulanten

Entlassung der Patienten [4, 8]. Erst mit einer validen Arbeitsdiagnose kann die bestmögliche Zuordnung der Patienten zu einer innerklinischen Fachrichtung erfolgen. Verfolgen zentrale Notaufnahmen heute neben ökonomischen Aspekten insbesondere eine gute leitliniengerechte notfallmedizinische Versorgung, stehen zunehmend weitere unternehmensrelevante Ziele im Vordergrund. Über die zentrale Notaufnahme kann durch Koordination der Bettenbelegung eine optimale Bettenauslastung des ganzen Hauses erfolgen. Durch bereits in der zentralen Notaufnahme initiierte Diagnostik bzw. die Einleitung der Therapie können kürzere Krankenhausverweildauern, die bei stationär geführten Patienten dann DRG-relevant sind, erreicht werden. Eine gut organisierte und strukturierte Notaufnahme mit einem patientenfreundlichen Ambiente und motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kann darüber hinaus helfen, Patientenzahlen gerade im kompetitiven Umfeld zu steigern und Patienten an die Einrichtung zu binden. Durch das Wegfallen von Zwischentransporten und Warten auf Konsile kann die Verweildauer der Patienten in zentralen Notaufnahmen deutlich reduziert und damit die Patienten – aber auch die Mitarbeiterzufriedenheit – gesteigert werden. Eine gut funktionierende zentrale Notaufnahme kann „Leuchtturm“ für ein Klinikum sein und mit seinem guten Image als „verlässlicher Partner und Helfer“ von der Bevölkerung wahrgenommen werden [8]. Die Notaufnahme ist darüber hinaus ein interessantes, breites Betätigungsfeld für zahlreiche nicht-ärztliche und ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und kann bei guter Struktur und Organisation, auch in Bezug auf Mitarbeitergewinnung und –bindung, ein Attraktivitätsmerkmal eines Klinikums darstellen [10]. Eine ältere Studie aus 1998 belegte eine Korrelation zwischen der Ausstrahlung von entsprechenden TV-Formaten („Emergency Room“) mit einer erhöhten Bewerberrate für das Fach Emergency Medicine und einen signifikanten Anstieg an Berufsbeginnern in den Vereinigten Staaten [22].

In den letzten Jahren haben zahlreiche Gremien, Berufsverbände und Fachgesellschaften Ihre Auffassung zur Neuetaблиerung zentraler Notaufnahmen als best geeignete Organisationsform zum Ausdruck gebracht [2, 21, 23]. Heute steht vor dem Hintergrund der sich wandelnden Patienten- und Aufgabenspektren in zentralen Notaufnahmen und dem längst nicht mehr an jeder Stelle zur Verfügung stehenden fachspezifischen Personal umso mehr die Frage im Vordergrund, wie die Qualifikation des hier tätigen nicht-ärztlichen, aber besonders ärztlichen Personals zu definieren bzw. zu regeln ist. Mit der Forderung der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notaufnahme (DGINA), auch in Deutschland einen Facharzt für Notfallmedizin als neue Weiterbildung einzuführen, rückte die Diskussion um Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer zukünftigen, verbindlichen Regelung der Qualifikation des ärztlichen Personals in zentralen Notaufnahmen, bei allen in Deutschland an der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten endgültig und nachhaltig in den Vordergrund [9]. Spätestens mit Berücksichtigung der Auffassung des in Notaufnahmen eingebundenen Personals, das sich für die Tätigkeit vor Ort als häufig nicht ausreichend ausgebildet bzw. qualifiziert einschätzt, wurde auch Optimierungspotential für die Patientenbehandlung durch eine Regelung der erforderlichen Qualifikation deutlich [14].

Anders als im präklinischen Bereich gibt es für zentrale Notaufnahmen in Deutschland bisher keine formalen Vorgaben bzw. Regulative. In der präklinischen Notfallmedizin definiert die Hilfsfrist – länderabhängig zwischen 10 bis 15 Minuten – einerseits das maximale Zeitintervall zwischen Alarmierung und Eintreffen des Rettungsmittels an der Notfallstelle, andererseits die Rettungsdienstgesetze die erforderliche Qualifikation des auf den Rettungsmitteln tätigen Personals. Dies betrifft sowohl die Qualifikation des Rettungsdienstpersonals als auch die der Notärzte. So ist bei Ärzten im präklinischen Einsatz die Fachkunde Rettungsdienst mittlerweile in allen Ländern durch die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin abgelöst worden. Die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ist über die notwendige klinische Erfahrung und Mindestqualifikation als Eingangsvoraussetzung, Lehrinhalte des theoretischen Unterrichts und der nachzuweisenden Praxis definiert [15]. Die Inhalte der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin für den präklinischen Bereich werden auch heute noch teilweise kontrovers diskutiert, darüber hinaus bestehen länderabhängige Unterschiede, aber für das im Umfeld tätige ärztliche und nicht-ärztliche Personal gibt es – im Gegensatz zu den in Notaufnahmen innerhalb der Kliniken tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – klar definierte Vorgaben und entsprechende Formate für eine qualifizierte Ausbildung [10].

Für den innerklinischen Bereich verfügt der überwiegende Teil der EU-Mitgliedsstaaten über eine formale Qualifikation für das in den Notaufnahmen tätige Personal. Der klare politische Wille der European Union of Medical Specialists (UEMS), der europäischen Facharztorganisation, ist es, europaweit die Notfallmedizin weiter zu etablieren und zu professionalisieren. Daher wird eine entsprechende zusätzliche Qualifikation auch für die innerklinische Notfallmedizin in Anlehnung an das Curriculum for Emergency Medicine der EuSEM für alle Mitgliedsländer vorgeschlagen [16]. Nicht zuletzt, ist für die in Deutschland in Notaufnahmen tätigen Kolleginnen und Kollegen eine auch in anderen europäischen Mitgliedsländern anerkannte Qualifikation sinnvoll bzw. unter Wettbewerbsaspekten notwendig [17].

Um die zukünftige Qualifikation des in zentralen Notaufnahmen eingesetzten ärztlichen Personals zu definieren, hat sich die „Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Notaufnahme“ mit Delegierten aller Deutschen Fachgesellschaften innerhalb der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die ein hohes Aufkommen an Notfallpatienten haben, 2009 diesem Thema angenommen. Wesentliche Anforderungen an Notaufnahmen wurden im Konsens gemeinsam definiert – ein Meilenstein vor dem Hintergrund der rasanten Entwicklung und der noch vor wenigen Jahren nicht immer einheitlichen Auffassung. Neben der Definition, der an einem Klinikum mit zentraler Notaufnahme mindestens vorzuhaltenden Fächern und der Klärung struktureller Fragen, wurde festgelegt, dass eine Mindestqualifikation für die Sicherstellung der Versorgungsqualität in zentralen Notaufnahmen erforderlich ist, dies allerdings ohne die Notwendigkeit eines separaten Facharztes. Diese Qualifikation ist von den Fachgesellschaften unter Berücksichtigung europäischer Empfehlungen entsprechend auszugestalten und muss zukünftig von den hier tätigen Mitarbeitern erbracht werden [11]. Ein separater Facharzt für Notfallmedizin, wie er zwischenzeitlich der Landesärztekammer Berlin als mögliches Konzept vorgelegt wurde, wird von den diese Arbeitsgruppe tragenden Fachgesellschaften und Berufsverbänden weder für sinnvoll noch (aus dem Blickwinkel der geschilderten Aufgaben einer zentralen Notaufnahme) für zielführend erachtet. Einerseits scheint ein eigenes, separates Fach das Risiko zu bergen, die Entwicklung in den anderen Fächern nicht ausreichend berücksichtigen zu können und der fachliche Input, der für die Weiterbehandlung verantwortlichen Fächer, geht verloren. Auf den Klinikbetrieb bezogen, kann es zu einer Abkopplung der Notaufnahme von den weiterbehandelnden Facheinrichtungen kommen und die bereichsübergreifende interdisziplinäre Patientenbehandlung wird erschwert.

Auf der anderen Seite erscheint ein Zusatzkurs von 80 Stunden, wie von der Landesärztekammer Bayern präferiert, vom Umfang her zur Vermittlung der notwendigen Qualifikation nicht ausreichend [9].

Die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Notaufnahme/DIVI hat zwischenzeitlich die „Zusatzweiterbildung Interdisziplinäre Notaufnahme“ weiter entwickelt. In einem äußerst konstruktiven und zielführenden Prozess, haben die einzelnen Fachgesellschaften, die aus ihrer Sicht notwendigen Inhalte in ein modular aufgebautes Curriculum eingebracht und im Konsens verabschiedet [12]. Zielgruppe für diese Zusatzweiterbildung sind Ärzte in der späten Phase der Facharztausbildung, Ärzte mit bereits erworbener Gebietsbezeichnung (in einem Fach, das in der DIVI vertreten ist), sowie Fachärzte mit besonderem Interesse am Bereich Notaufnahme und dem Wunsch, dort Führungsaufgaben zu übernehmen. Innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin befasst sich die Kommission ‚Notaufnahme‘ mit zahlreichen, in leitender Funktion in zentralen Notaufnahmen bundesweit tätigen Anästhesiologen mit der Zusatzweiterbildung [18]. In Abstimmung mit der Geschäftsführung und dem Präsidium, wurden seitens der DGAI Vorschläge für ein zukünftiges Curriculum im Rahmen der Zusatzweiterbildung erarbeitet, zusammengestellt und in die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe eingebracht. Ähnlich wurde in den anderen Fachgesellschaften verfahren.

Unter dem Dach der Deutschen Vereinigung für Interdisziplinäre Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), wurde dann innerhalb der interdisziplinären Arbeitsgruppe die „Zusatzweiterbildung Interdisziplinäre Notaufnahme“ weiter

bearbeitet. Zwischenzeitlich ist es gelungen, die notwendigen Voraussetzungen, die Dauer der Weiterbildung, die Weiterbildungsinhalte und Kriterien für Weiterbildungseinrichtungen gemeinsam zu definieren. In Anlehnung an europäische Empfehlungen, sind in das modular angebotene Curriculum die aus Sicht der Fachgesellschaften für Notaufnahmen relevanten und miteinander abgestimmten Weiterbildungsinhalte, implementiert worden. Nach erster Abstimmung mit der Bundesärztekammer wurde die „Zusatzweiterbildung Interdisziplinäre Notaufnahme“ erstmalig auf dem 12. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) am 06.12.2012 in Hamburg der Fachöffentlichkeit vorgestellt (Abb. 1).

Der Erwerb dieser Zusatzweiterbildung kommt sowohl den Interessen der in der Notaufnahme tätigen Ärzte, wie auch den strategischen Interessen der Kliniken entgegen:

- Ärzte in der Notaufnahme können mit einer anerkannten Zusatzbezeichnung ihr professionelles Profil demonstrieren und emanzipieren sich gegenüber den anderen Fachabteilungen einer Klinik. Es entsteht eine Unabhängigkeit von „Mutterkliniken“ oder anderen Autoritäten des Hauses. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung zum Aufbau eines eigenen ärztlichen Teams, das eine personelle Konstanz in der Notaufnahme ermöglicht und selbstverständlich auch Karrieremöglichkeiten eröffnet. Damit wird ein dauerhaftes, persönliches Engagement zur Weiterentwicklung des Bereichs Notaufnahme (medizinisch, organisatorisch) wahrscheinlicher.
- Feste Notaufnahmestrukturen erlauben außerdem eine dauerhafte, stabile Vernetzung mit den Fachabteilungen eines Krankenhauses, wie auch mit der präklinischen Notfallmedizin, und die Strukturbildung für Klinische Forschung und studentische Lehre.
- Von Seiten der Kliniken ist eine ärztliche Professionalisierung des Bereichs Notaufnahme, die oft der Bereich mit den höchsten Patientenzahlen ist, wünschenswert, vor allem wenn dadurch eine Kontinuität in der Betriebsführung einer Notaufnahme erzielt werden kann. Sämtliche Qualitätssicherungsmaßnahmen verlangen genau diesen Aspekt. Karrierechancen und Förderungsmöglichkeiten werden für Notaufnahmeärzte nur dann realisiert, wenn die Beteiligten eine anerkannte, spezifische Qualifikation vorweisen können.

Abb. 1: Zusatzweiterbildung „Interdisziplinäre Notaufnahme“ der Deutschen Fachgesellschaften/DIVI. Erstmalig vorgestellt auf dem Kongress der DIVI, Hamburg Dezember 2012.

Zusatzweiterbildung „Interdisziplinäre Notaufnahme“*

*{Interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Deutschen Fachgesellschaften/DIVI)

■ Voraussetzung

- Facharztanerkennung in den Gebieten {aufzählen + ggf. Allgemeinmed.) (vgl. Dtsch Arztebl 2010; 107: A-268-9)
- Zusatzbezeichnung (präklinische) Notfallmedizin

■ 24 Monate ZNA insgesamt

- bis zu 12 Monate sind während der Facharzt-WB erwerbbar
- bis zu 6 Monate Intensivmedizin anrechenbar
- Kurs „Interdisziplinäres Curriculum“
- **WB-Inhalte**



Module 1-4

- Curriculum (s. Anlage)
- Inhalte (Module) in Abstimmung mit allen Fachgesellschaften
- Berücksichtigung des Europäischen Curriculums (relevante Inhalte)
- Anerkennung bestehender Kursformate möglich
- ZNA-Management (z. B. Behandlungspfade, juristische Aspekte, Personaleinsatz, etc.)
- Akkreditierung durch die LÄKs (§ 4 MWBO)

▪ Weiterbildungseinrichtung

- Zulassung der WB-Stätte durch die LÄKs
- Leiter Notaufnahme (muss Titel führen und Befugnis besitzen; alternativ/Übergang: durch WB-Berechtigte vor Ort)
- Kriterien für die Zulassung als WB-Stätte *{Stichwortliste: Vollbefugnis, ggf. im Verbund...}*
- Erteilung der Befugnis/Ermächtigung durch die LÄK
- **Prüfung/Leistungsnachweis**
- **Übergangsphase (s. § 20, Abs. 8)**

Im Rahmen der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer, wurde die ZWB Anfang Januar 2013 in Berlin nochmals thematisiert und mit der Bundesärztekammer abgestimmt. Aus Sicht der Interdisziplinären Arbeitsgruppe der DIVI, ist die Zusatzweiterbildung als Meilenstein für die innerklinische Notfallmedizin in Deutschland zu verstehen und stellt einen Konsens aller Fachgesellschaften mit hohem Aufkommen an Notfallpatienten dar. Alle relevanten Aspekte werden berücksichtigt und in Anlehnung an das Europäische Curriculum für Notfallmedizin mit den Inhalten definiert. Wichtig und zielführend wird nun sein, die Zusatzweiterbildung zeitnah zu implementieren und dieses Konzept auch auf europäischer Ebene, durch Delegierte aus dem Kreis der Interdisziplinären Arbeitsgruppe in der 2011 neu gebildete Section of Emergency Medicine der UEMS, zu vertreten. Durch die angestrebte Zusatzweiterbildung entsteht, vor dem Hintergrund der aktuellen und zukünftigen Entwicklungen, neben einer definierten originären Weiterbildung, eine klare Perspektive für notfallmedizinisch interessierte Kolleginnen und Kollegen. Die Zusatzweiterbildung ‚Interdisziplinären Notaufnahme‘ stellt eine Notwendigkeit dar. Sie kommt dem Wunsch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach einer „spezifischen“ Qualifikation nach und stellt einen Anreiz für die Tätigkeit in zentralen Notaufnahmen dar. Sie vermeidet die Schaffung eines „neuen“ Facharztes in Konkurrenz zu den originären Fächern und eröffnet gleichzeitig Perspektiven im Bereich der innerklinischen Notfallmedizin in Deutschland und in Europa.

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

Gries A. / Köhnlein T. / Quintel M. Fachkompetenz vs. Facharzt in der Notfallmedizin: Beurteilung der Diskussion aus Sicht der DIVI bzw. DGAI. Passion Chirurgie. 2013 Mai, 3(05): Artikel 02_05.

Autoren des Artikels



Prof. Dr. med. André Gries

Zentrale Notaufnahme
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 18
04105 Leipzig
[> kontaktieren](#)



PD Dr. med. Thomas Köhnlein

Zentrale Notaufnahme und Klinik für Pneumologie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. med. Michael Quintel

Rettungs- und Intensivmedizin
Zentrum Anaesthesiologie
Universitätsklinikum Göttingen
Robert-Koch-Str. 40
37099 Göttingen
[> kontaktieren](#)