

Zentrale interdisziplinäre Notaufnahme

Aktueller Stand aus
anästhesiologischer Sicht

Emergency departments in Germany – the anaesthesiological view of the present situation

A. Gries

Zusammenfassung

Aus ökonomischen, aber auch medizinischen Gründen richten in Deutschland immer mehr Kliniken eine zentrale interdisziplinäre Notaufnahme (ZNA) als zentrale Anlaufstelle für alle Notfallpatienten ein. Durch die Bündelung personeller, apparativer und räumlicher Ressourcen können Kosten reduziert und Synergieeffekte genutzt werden, Fehlzusweisungen und Zeitverluste werden vermieden. Ein optimiertes Management an der Nahtstelle zwischen präklinischer Versorgung und der Klinik kann die („Kunden“-) Zufriedenheit aller potentiellen Zuweiser verbessern und die ZNA damit Imagefunktion für das ganze Klinikum übernehmen. Vor dem Hintergrund sich ändernder Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem berichten entsprechend strukturierte ZNA über deutliche Steigerungsraten bei der Zahl der behandelten Patienten. Die Einrichtung von ZNA zur Optimierung der Patientenversorgung wird zwischenzeitlich auch von politischer Seite gefordert und ist z.B. in die Vorgaben zur Krankenhausplanung des Landes Hessen aufgenommen worden.

Mit der Einrichtung von ZNA unmittelbar verbunden ist die Frage nach dem dort tätigen ärztlichen Personal. Die notwendige Qualifikation des in einer ZNA tätigen Personals ist bisher nicht definiert worden. Gegenüber anderen europäischen Ländern ist ein fachübergreifend innerklinisch tätig werdender Facharzt für Notfallmedizin in Deutschland unbekannt. Auf europäischer Ebene

ist zwischenzeitlich ein Weiterbildungscurriculum für Notfallmedizin vorgelegt worden und dessen Implementierung in allen Mitgliedsstaaten vorgeschlagen worden. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notaufnahmen (DGINA) bei der Bundesärztekammer die Einführung einer Weiterbildung zum Facharzt für Notfallmedizin auch für Deutschland gefordert.

Einer interdisziplinären Arbeitsgruppe aus Vertretern der Fachgesellschaften mit einem hohen Notfallversorgungsanteil mit Vertretern aus den Fächern Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Pädiatrie und Radiologie ist es 2009 gelungen, in einer gemeinsamen Empfehlung zur Struktur einer ZNA Stellung zu nehmen. Ein Facharzt für Notfallmedizin wird abgelehnt, auf notwendige Vorgaben zur Qualifikation des Personals aber hingewiesen. Aus anästhesiologischer Sicht erscheint dabei von besonderer Bedeutung, dass das Fachgebiet Anästhesiologie nun als ein „wesentlich an der Versorgung beteiligtes“ Fachgebiet aufgeführt bzw. für die Notfallversorgung an einer Klinik als Minimalvoraussetzung genannt wird. Im Thesenpapier wird darauf hingewiesen, dass die weitere inhaltliche Bearbeitung der Punkte „Mindestqualifikation“ und „Qualifikation der Leitung“ nun durch die einzelnen Fachgesellschaften – innerhalb der DGAI durch die AG Notaufnahme des wissenschaftlichen Arbeitskreises Notfallmedizin – erfolgen wird.

Zentrale Notaufnahme, Klinikum Fulda
(Direktor: Prof. Dr. A. Gries)

Schlüsselwörter

Zentrale Notaufnahme – Facharzt für Notfallmedizin – Thesenpapier – Arbeitsgruppe Notaufnahme – Qualifikation des Personals

Keywords

Emergency Department – Specialist for Emergency Medicine – Thesis Paper – Emergency Department Working Group – Staff Qualification

Die folgende Übersicht gibt den aktuellen Stand zum Thema Zentrale Notaufnahme wieder und diskutiert die für das Fachgebiet der Anästhesiologie besonders relevant erscheinenden Aspekte. In einem Ausblick werden Möglichkeiten und Wege der zukünftigen Einbindung anästhesiologischer Kompetenz in Zentrale Notaufnahmen in Deutschland aufgezeigt und kritisch diskutiert.

Summary

For economic and medical reasons more and more hospitals in Germany are establishing emergency departments (ED) for all emergency patients. Thanks because of the concentration of staff, equipment and other resources, costs can be reduced, synergy effects utilised, and misallocation and time loss avoided. Optimised management at the interface between preclinical and in-hospital care can improve satisfaction among all potential "customers", and the ED can then be the "image-maker" for the hospital as a whole. In the current situation of structural changes to the health system, appropriately structured ED report appreciable increases in the numbers of patients being treated. In the meantime, the establishment of an ED with the aim of optimising patient care has become a political issue and in the State of Hessen, for example, has been incorporated in the guidelines for hospital planning.

Intimately connected with the establishment of an ED is the question of its medical staffing. The necessary qualifications of those employed in the ED have not been defined yet. In contrast to other European countries, a multidisciplinary in-hospital specialist for emergency medicine is unknown in Germany. In the meantime an European further educational curriculum for emergency physicians has been drawn up, and all member states have urged its implementation. In view of this, the Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notaufnahmen (DGINA) (German Society for Interdisciplinary Emergency Care) has approached the Bundesärztekammer (German General Medical Council) to demand the introduction of further spe-

cialist training for emergency medical specialists in Germany, too.

In 2009, an interdisciplinary working group comprising representatives of Medical Societies highly involved in emergency care, and representatives from the specialties of anaesthesiology, surgery, internal medicine, neurosurgery, neurology, paediatrics and radiology presented their views on the structure of an ED in a joint recommendation. While the introduction of a specialist for emergency medicine (Facharzt für Notfallmedizin) is rejected, the need for guidelines for staff qualifications is affirmed. From the anaesthesiology perspective, considerable importance can be attached to the fact that this speciality has now been identified as having a major role in providing emergency care and represents a minimum requirement for hospital-based emergency care. A thesis paper has pointed out that the further elaboration of the items "Minimum qualification" und "Qualification of the management" will be a matter for the individual medical societies to address within the DGAI the working group "emergency department" (AG Notaufnahme) of the scientific task force "emergency medicine".

The present overview describes the current situation regarding central emergency care, and discusses those aspects of particular relevance to the specialty of anaesthesiology. Finally, the possibilities and ways of incorporating anaesthesiological competence in central emergency departments in Germany are identified and critically discussed.

Einleitung

Immer mehr Kliniken in Deutschland prüfen aktuell die Möglichkeit, die häufig noch parallel vorgehaltenen verschiedenen Institutsambulanzen zu zentralisieren und eine zentrale interdisziplinäre Notaufnahme (ZNA) an ihrem Hause einzurichten [2,15]. Ökonomische, aber auch medizinische Aspekte spielen dabei eine zentrale Rolle. Der Betrieb dezentraler Institutsambulanzen erfordert eine Mehrfachvorhaltung von Personal, räumlichen und apparativen Ressourcen, die bei Einrichtung einer

ZNA an zentraler Stelle des Klinikums gebündelt werden können. Bei initial durchaus nicht ganz unerheblichem Aufwand für die Neueinrichtung einer modernen ZNA kann der Betrieb dann mit insgesamt reduziertem Aufwand erfolgen und die Effizienz gesteigert werden. Bei einer ZNA als zentraler Anlaufstelle für alle ungeplanten (Notfall-) Patienten entfällt die vorherige Bestimmung der für den Notfallpatienten vermeintlichen richtigen Anlaufadresse innerhalb eines Klinikums, und Zeitverzögerungen bei Fehlzweisungen bzw. dann notwendige Intrahospitaltransporte können vermieden werden. Auch der Transfer innerhalb des Hauses von Patienten, die zwar bei der vermeintlich richtigen Abteilung vorstellig geworden sind, aber noch von einer anderen Fachabteilung (auf Konsilbasis) gesehen werden sollen, kann entfallen. Die Zeitintervalle zwischen Eintreffen des Patienten bis zum Abschluss der Diagnostik, der Einleitung einer kausalen Therapie oder der Entscheidung zur ambulanten Weiterbehandlung können reduziert werden. Dies kann einerseits entscheidende prognostische Bedeutung bei zeitkritischen Notfällen haben, andererseits aber auch unmittelbaren Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Ein optimiertes Management an der Nahtstelle zwischen präklinischer Versorgung und der Klinik kann die („Kunden“-) Zufriedenheit aller potentiellen Zuweiser (Rettungs- und Notarztdienst, KV-Dienst, niedergelassene Ärzte, Selbstzuweiser, aber auch andere Kliniken) verbessern. Damit übernimmt die ZNA Imagefunktion für das ganze Klinikum und kann einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil insbesondere in einem kompetitiven Umfeld darstellen. Vor dem Hintergrund sich insgesamt ändernder Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem berichten entsprechend strukturierte ZNA über deutliche Steigerungsraten bei der Zahl der behandelten Patienten [6,11,13].

Diese Überlegungen finden auch Berücksichtigung bei zukünftigen Planungen der Bundesländer: Das Land Hessen hat als bisher einziges Bundesland die zukünftig in Hessen für die Notfallbehandlung notwendige Zahl an

teilnehmenden Kliniken definiert und dabei die Kliniken aufgefordert, die Notfallversorgung durch eine zentrale Notaufnahme zu organisieren [14]. Eine auf der Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notaufnahmen (DGINA) präsentierte Umfrage bestätigt den derzeitigen Trend und zeigt insbesondere für die Jahre 2006-2008 eine zunehmende Zahl an neu eingerichteten ZNA.

Das „richtige“ Personal

Mit der Einrichtung von ZNA unmittelbar verbunden ist die Frage nach dem dort tätigen Personal. Bisher in Deutschland zumeist nach Fachabteilungen getrennte Einrichtungen haben diese mit ihren eigenen Mitarbeitern als Funktionsbereich ihrer Abteilung betrieben. Bei Etablierung von ZNA als zentrale Einrichtung eines Klinikums für alle Notfallpatienten müssen in Bezug auf die Leitungsstrukturen und das zum Einsatz kommende Personal weiterführende Planungen erfolgen. Personelle Planungen sowohl in Bezug auf die Anzahl als auch in Bezug auf die Qualifikation müssen dabei das Patientenkollektiv und das Leistungsspektrum berücksichtigen (Tab. 1) [1,6]. Bei konsequenter Umsetzung einer ZNA werden dort alle Notfallpatienten jeden Schweregrades behandelt. Darüber hinaus wird von einigen Autoren aus medizinischen und ökonomischen Gründen Intensivkompetenz auch für das Personal gefordert [1]. Obwohl auf mögliche Synergieeffekte in Bezug auf die Verfügung stehenden personellen Ressourcen hingewiesen wird, birgt die

Zuordnung der ZNA zu einer bestimmten Fachabteilung des Klinikums die Gefahr, dass Partikularinteressen Organisation und Management der Einrichtung bestimmen. Ein fachübergreifend innerklinisch tätig werdender Facharzt für Notfallmedizin ist in Deutschland unbekannt, die Qualifikation des in ZNA tätigen nicht-ärztlichen und ärztlichen Personals bisher nicht definiert worden. Mögliche bzw. notwendige Leitungsstrukturen und das „richtige“ Fachgebiet des zum Einsatz kommenden Personals werden zunehmend kontrovers diskutiert. Eine Diskussion, die regelhaft an den Kliniken bei der Planung von ZNA geführt wird und zwischenzeitlich mit unterschiedlicher Intensität auch von den medizinischen Fachgesellschaften aufgegriffen wurde. In älteren Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) wird 2006 noch ein Internist und ein Chirurg vor Ort als Mindestbesetzung und die Leitung durch eine der genannten Fachabteilungen im Rotationsprinzip gefordert [19]. Vertreter der genannten Fachgesellschaften weisen noch 2008 darauf hin, dass Ärzte in der Notaufnahme nicht nur Sofortmaßnahmen zu verantworten hätten und ihre Qualifikation daher „weit über die präklinische Notfallmedizin“ hinausgehen müsse und nach Fachrichtungen getrennten Notaufnahmen für konservativ internistische, chirurgische und pädiatrische Patienten vorzuhalten seien [18]. In anderen Beiträgen fällt dabei insbesondere die Betonung einer „klaren Trennung“ der präklinischen von der klinischen Notfallversorgung auf. Eine Forderung, die auch als Abgrenzung zu der an vielen Kliniken in der präklinischen Notfallmedizin etablierten Anästhesiologie verstanden werden kann [3]. Darüber hinaus ist bei der Interpretation der Darstellungen regionaler Modelle Vorsicht geboten: die Begriffe „ZNA“ und „interdisziplinäre Notaufnahme“ werden missverständlich auch für Einrichtungen genutzt, die nicht entsprechend organisiert sind und dort ausschließlich für eine bestimmte Fachrichtung bzw. -abteilung selektierte Patienten behandelt werden [3].

Situation in Europa

Parallel zu der Entwicklung in Deutschland hat sich die Europäische Union in ihren Bestrebungen einer EU-weiten Harmonisierung der national erworbenen Facharztweiterbildungen auch mit der Qualifikation des Personals in ZNA beschäftigt. Ziel des Multidisciplinary Joint Committee on Emergency Medicine (MJC on EM) der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) ist in diesem Zusammenhang die EU-weite Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin. Die EU-Direktive 2006/100/EC sieht für den Facharzt für Notfallmedizin eine fünfjährige Weiterbildung vor, die derzeit in 9 Mitgliedsstaaten angeboten wird. Darüber hinaus kennen verschiedene Mitgliedsstaaten eine entsprechende oder ähnliche Weiterbildung bzw. eine Zusatzbezeichnung. Deutschland gehört zu den wenigen Mitgliedsländern der EU, die keine entsprechende (Zusatz-) Qualifikation anbieten. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass EU-weit nur wenige Mitgliedsländer die Einbindung von Ärzten in die präklinische Notfallmedizin kennen, auf der anderen Seite häufig aber über bereits seit Jahren landesweit etablierte ZNA verfügen – eine auch gegenüber Deutschland deutlich unterschiedliche Versorgungsstruktur. Zwischenzeitlich wurde durch die UEMS ein von der European Society of Emergency Medicine interdisziplinär und multinational erarbeitetes European Curriculum for Emergency Medicine als Musterweiterbildung für den Facharzt für Notfallmedizin in Europa vorgelegt. Innerhalb der fünfjährigen Weiterbildung müssen Kenntnisse zur Ersteinschätzung, Diagnostik und Therapie aus notfallmedizinisch relevanten Fachgebieten erworben werden und neben einer längeren Rotation in einer zur Weiterbildung zertifizierten Notaufnahme weitere Rotationen in entsprechend relevante klinische Bereiche erfolgen. Die im Rahmen etablierter Weiterbildungen erworbenen Kenntnisse bzw. absolvierte Rotationen können angerechnet werden. In der Präambel zum Curriculum werden auch die Europäischen Länder, die keinen eigenständigen Facharzt für Notfallmedizin einführen, ermutigt, sich

Tabelle 1

Aufgaben in der Notaufnahme
(mod. nach [16]).

- Stellen der „Arbeits“-Diagnose
- Erstversorgung sicherstellen
(bei ambulanten Fällen) Diagnostik sichern und Behandlung abschließen
- Durchführung festgelegter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (Behandlungspfade)
- ggf. stationäre Aufnahme organisieren
- Betreuung und Überwachung bis Verlegung

im Rahmen einer Zusatzbezeichnung bzw. fakultativen Weiterbildung an den Inhalten des Curriculums anzulehnen [17].

Facharzt für Notfallmedizin auch in Deutschland?

Vor dem Hintergrund Europäischer Initiativen hat die DGINA 2008 mit ihrem Antrag auf Einführung einer deutschen Weiterbildung zum Facharzt für Notfallmedizin die bundesweite Diskussion zur „richtigen“ personellen Besetzung und Qualifikation von Notaufnahmen weiter verschärft [5]. Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) nahm sich 2008 ebenfalls der Thematik an und diskutierte mögliche Strukturen zentraler interdisziplinärer Notaufnahmen in Deutschland. Dabei wurde deutlich, dass die etablierten deutschen Fachgesellschaften in ihrem Bestreben, keinen separaten Facharzt für Notfallmedizin in Deutschland einzuführen, beim Thema ZNA zunehmend enger zusammenrücken.

Die DGAI hat sich dem Thema ZNA im Rahmen des 3. Treffens der wissenschaftlichen Arbeitsgruppen im Bereich Notfallmedizin 2007 angenommen. Deutlich wurde, dass die zunehmende Etablierung von ZNA in Deutschland zukünftig auch Bedeutung für die Anästhesiologie haben könnte [10]. Das notfallmedizinische Spektrum zahlreicher Anästhesisten umfasst bereits neben der präklinischen notärztlichen Tätigkeit die Einbindung in die klinikinterne Notfallversorgung, z.B. im Rahmen des Schockraummanagements, die Einbindung in Reanimations- bzw. Medical Emergency Teams [4,16]. Darüber hinaus umfasst die innerklinische Tätigkeit die perioperative Betreuung von Patienten aller Altersgruppen mit allen heute relevanten Grunderkrankungen und Komorbiditäten. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Fachabteilungen ist dabei tägliche Praxis. Neben diesen Aspekten wurde allerdings klar betont, dass sich hieraus keineswegs ein Alleinvertretungsanspruch ableiten kann und neben den zweifelsohne für die Tätigkeit in der ZNA äußerst relevanten

im Rahmen der anästhesiologischen Weiterbildung erworbenen Qualifikationsmerkmalen andere fehlen bzw. noch ergänzt werden müssen [4].

Aktuelle Empfehlungen der Fachgesellschaften

Auf ausdrücklichen Wunsch der Präsidenten aller Fachgesellschaften mit einem hohen Notfallversorgungsanteil konstituierte sich 2009 ein interdisziplinärer Arbeitskreis mit dem Ziel, eine gemeinsame Empfehlung zur Struktur einer ZNA zu erarbeiten [6]. Vertretern der Fachgesellschaften der Anästhesiologie, der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Neurochirurgie, der Neurologie, der Pädiatrie und der Radiologie (Tab. 2) ist es nun gelungen, eine gemeinsame Empfehlung zu erarbeiten. Auch wenn die verschiedenen Fachgesellschaften einzelne Aspekte gerade im Hinblick auf die Umsetzung in der täglichen Praxis unterschiedlich stark gewichten, wurde in Form von sechs Thesen gemeinsam Stellung bezogen [8] (s. Seite 336).

Aus anästhesiologischer Sicht erscheint dabei von besonderer Bedeutung, dass die Anästhesiologie neben den anderen relevanten Fachgebieten als „wesentlich an der Versorgung beteiligtes“ Fachgebiet aufgeführt bzw. für die Notfallversorgung an einer Klinik als Minimalvoraussetzung genannt wird. Hieraus leitet sich im Gegensatz zu älteren Stellungnahmen kein Alleinvertretungsanspruch einzelner Fachgebiete ab, vielmehr wird der notwendige interdisziplinäre Ansatz für eine erfolgreiche Organisation und Struktur einer ZNA betont (Absatz 1). Die Aufnahme und der Verbleib eines Notfallpatienten auf einer der ZNA angeschlossenen Aufnahmestation bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist, ist medizinisch und ökonomisch sinnvoll und kann helfen, Klinikkapazitäten effizient nutzen zu können (Absatz 2) [12]. Es wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung nach Facharztstandard zu erfolgen hat und die Verantwortung kontinuierlich bei der behandelnden Fachabteilung bleibt (Absatz 3). Allerdings wird der Tatsache Rechnung getragen, dass bei zahlreichen Patienten nach Eintreffen in

Tabelle 2

Interdisziplinärer Arbeitskreis der Fachgesellschaften zur Erarbeitung einer gemeinsamen Empfehlung zur Struktur einer zentralen interdisziplinären Notaufnahme (ZNA) 2009.

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI, Prof. Dr. A. Gries, Fulda)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH, Prof. Dr. A. Seekamp, Kiel)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM, Prof. Dr. T. Welte, Hannover)
- Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI, Dr. Th. Wygold, Hannover)
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC, Prof. Dr. J. Meixensberger, Leipzig)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN, Prof. Dr. G. Deuschl, Kiel)
- Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG, Prof. Dr. M. Galanski, Hannover)

der Klinik nicht unmittelbar eine eindeutige und endgültige Zuordnung zu einer bestimmten Fachabteilung erfolgen kann und dies medizinisch auch nicht immer sinnvoll ist. Als positives Signal für einen konsequent interdisziplinären Ansatz mit dem Ziel, das Patientenmanagement durch die Etablierung einer ZNA zu optimieren, ist daher zu werten, dass dem Leiter der ZNA die Aufgabe und Verantwortung zugesprochen wird, die Erstdiagnostik/-einschätzung und Behandlung sicherzustellen bzw. zu organisieren bis eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann (Absatz 4). In der vorliegenden gemeinsamen Empfehlung weisen die Fachgesellschaften die Forderung nach einer Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin in Deutschland zurück. Eine entsprechende Weiterbildung wird mit dem Hinweis abgelehnt, dass die Notfallversorgung fester Bestandteil einer jeden Facharztweiterbildung ist. Dennoch wird eine Mindestqualifikation für die in der ZNA-tätigen Mitarbeiter für erforderlich gehalten und die entsprechenden Fachgesellschaften werden aufgefordert, diese zu definieren. Diese Forderung nimmt darüber hinaus die Fachgesellschaften nun in die Pflicht, entsprechend verbindliche Vorgaben bzw. Qualifikationsmerkmale zu erar-

beiten. Auch ohne Facharzt für Notaufnahme sind ergänzende Qualifikationen notwendig. Unabhängig zu den vorliegenden Thesen der Fachgesellschaften sei in diesem Zusammenhang auf aktuelle Überlegungen der Ärztekammer Berlin, eine mögliche Zusatz-Weiterbildung für die Notaufnahme von Kliniken einzuführen, hingewiesen (Absatz 5). Der Bedeutung und Funktion der ZNA als eigenständigem Bereich ohne Partikularinteressen innerhalb einer Klinik wird mit Schaffung einer hauptamtlichen Leitungsfunktion ebenfalls Rechnung getragen. Die Forderung nach einer Facharztqualifikation in einem der in der Notaufnahme wesentlich beteiligten Fachgebiete schließt die Anästhesiologie mit ein. Auch für die Leitungsfunktion wird auf die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit zusätzlicher Qualifikationen hingewiesen und wieder werden die Fachgesellschaften aufgefordert, diese auszugestalten. Der Hinweis darauf, bei der Ausgestaltung eines entsprechenden Curriculums europäische Empfehlungen zu beachten, ermöglicht dabei, auch Inhalte notfallmedizinischer Weiterbildungsprogramme anderer EU-Staaten bzw. inhaltliche Vorschläge der European Society for Emergency Medicine (EuSEM) zu prüfen und ggf. zu berücksichtigen (Absatz 6).

Offene Fragen

Auch mit Vorlage des durch die Fachgesellschaften erarbeiteten Thesenpapiers bleiben einige

Fragen offen bzw. können zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend geklärt werden. Bereits heute gibt es an einigen Kliniken Personalstrukturen, die eine Zuordnung von ärztlichem Personal sowohl im Rotationsprinzip seitens der

verschiedenen Fachabteilungen des Hauses, aber auch ein fest der ZNA zugeordnetes Stammpersonal vorsehen. Rotationsärzte werden dabei je nach Leistungs- und Patientenspektrum der Einrichtung aus den im Thesenpapier

genannten Fachbereichen der Klinik gewonnen, die der ZNA direkt angehörigen Kollegen kommen im wesentlichen aus den Gebieten Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie. Verschiedene Modelle der Patientenzuordnung sind dabei denkbar: Nach Ersteinschätzung erfolgt die zeitnahe Zuordnung zu den zum Krankheitsbild am besten passenden Kollegen der Fachabteilungen in der ZNA oder, auf der Basis interdisziplinär abgesprochener Behandlungspfade, die Einleitung der Diagnostik und Therapie durch ZNA-Ärzte in einem interdisziplinären Ansatz und die Zuordnung zur Fachabteilung zu einem definierten späteren Zeitpunkt. In Abhängigkeit vom Patientenaufkommen, aber auch vor dem Hintergrund des an zahlreichen Kliniken bereits heute evidenten Personalmangels einzelner bzw. aller Fachabteilungen erscheint hier ein auf die lokalen Bedingungen abgestimmtes Vorgehen wahrscheinlich sinnvoll und am ehesten praktikabel.

In diesem Zusammenhang ist aus anästhesiologischer Sicht auch die Frage zu diskutieren, ob die Ausstattung der ZNA mit „eigenem Personal“ zu einer weiteren Verschärfung der personellen Situation in zahlreichen anästhesiologischen Kliniken führen kann. Dabei kommt die Sorge zum Ausdruck, dass junge Kollegen mit notfallmedizinischem Interesse nicht mehr in der Anästhesiologie, sondern direkt in der ZNA tätig werden wollen. Ähnlich diskutiert wird die Möglichkeit, dass die Etablierung von ZNA mit eigenem Personal längerfristig zu einer Zuordnung der präklinischen Notfallmedizin zur ZNA mit ähnlich negativen Auswirkungen auf die Personalsituation der heute an vielen Standorten mit der notärztlichen Besetzung betrauten anästhesiologischen Kliniken führen kann.

Da im Thesenpapier einem separaten Facharzt für Notfallmedizin widersprochen und eine entsprechende separate Weiterbildung zurückgewiesen wird, junge Kollegen daher weiterhin eine Weiterbildung in einem der etablierten Fächer anstreben werden, erscheint dies jedoch heute von eher theoretischer Relevanz. Vielmehr sollten Kliniken prüfen, ob durch das Angebot einer z.B.

6-monatigen Rotation, in die ZNA, die im Rahmen der Weiterbildung anerkannt werden kann, gerade notfallmedizinisch interessierte Bewerber nicht zusätzlich motiviert werden können, sich dem Fachgebiet Anästhesiologie anzuschließen. Ein Blick in die östlichen Bundesländer zeigt, dass entsprechende Konzepte seit vielen Jahren an den dort etablierten „Rettungsstellen“ für das ganze Klinikum erfolgreich umgesetzt werden und für die dort tätigen Mitarbeiter ein interessantes und attraktives Aufgabenfeld bieten. Die Besetzung des Notarztdienstes ausschließlich mit Ärzten einer einzigen Abteilung bzw. Klinik ist darüber hinaus heute an vielen Standorten gar nicht (mehr) möglich. Auf nicht der Standortklinik angehörige Honorarärzte und Freelancer wird zurückgegriffen. Die Besetzung mit adäquat qualifiziertem Personal, insbesondere mit Fachärzten, wird selbst an Zentren zunehmend schwieriger und ist in der Fläche seit Jahren nicht mehr möglich [9,20]. Notarztstandorte können nicht mehr durch Klinikärzte besetzt werden, einzelne Standorte werden nicht nur temporär aus der Versorgung herausgenommen und die Übernahme bisher dem ärztlichen Bereich zugeordneter Aufgaben durch Rettungsdienstpersonal wird bundesweit diskutiert bzw. in einigen Bundesländern bereits umgesetzt. Ein Blick auf die zukünftige Bewerbersituation, d.h. die Studienabgänger von morgen, weist darauf hin, dass deren Zahl insgesamt weiter sinken wird und dass ganz neue Arbeitsplatz- und Arbeitszeitmodelle notwendig sein werden, um junge Mitarbeiter zukünftig an ein Klinikum zu binden.

Fazit

Die ZNA-Landschaft in Deutschland stellt sich zurzeit inhomogen dar. Bei Organisation, Struktur und Ausstattung steht dabei nicht immer das Patienteninteresse an erster Stelle. Ein interdisziplinärer Arbeitskreis der Fachgebiete mit hohem Notfallversorgungsanteil in Deutschland hat nun eine gemeinsame Empfehlung zur Struktur und zum Personal von ZNA vorgelegt. Aus Sicht des

Autors ist es dabei gelungen, die Anästhesiologie als gleichwertigen Partner zu integrieren und somit Zugang zu einem weiteren interessanten und attraktiven Aufgabenfeld zu öffnen. Dabei kann die Verknüpfung von präklinischer und innerklinischer Notfallmedizin sich ergänzen und ein Herausstellungsmerkmal für Kliniken sein. Somit stellt die ZNA, eingebettet in ein Kompetenzzentrum Notfallmedizin, keine „zusätzliche Baustelle“ dar, mit der Gefahr, die knappen Personalressourcen weiter auszudünnen, sondern ist ein wichtiges Attraktivitätsmerkmal für die Generierung von Personal [6]. Innerhalb der DGAI wird sich die Arbeitsgruppe Notaufnahme des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Notfallmedizin der DGAI der Thematik weiter annehmen und Vorschläge zu der in den Empfehlungen eingeforderten Mindest- bzw. Zusatzqualifikation des Personals erarbeiten. Auf dem Arbeitstreffen im Rahmen der 6. Wissenschaftlichen Arbeitstage Notfallmedizin am 31.01./01.02.2010 in Kiel konnten diese Aspekte bereits konstruktiv diskutiert und das weitere Vorgehen verbindlich erörtert werden. Interessierte Kolleginnen und Kollegen werden motiviert, sich der Arbeitsgruppe anzuschließen und mit dem Autor Kontakt aufzunehmen [7].

Literatur

1. Behringer W, Dodt C, Födisch M, Laggner AN. Die ersten Stunden entscheiden. Intensivmed 2009;46:235-238.
2. Bernhard M, Pietsch Ch, Gries A. Die interdisziplinäre Notfallaufnahme. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2009;44:454-459.
3. Blaschke. Interdisziplinäre Notaufnahme. Das Göttinger Modell – mehr Effizienz, weniger Kosten. Anesth Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2008;4:314-317.
4. De Robertis E, McAdoo J, Pagni R, Knappe JTA. Core curriculum in emergency medicine integrated in the speciality of anesthesiology. Eur J Anesth 2007;24: 987-990.
5. Bischoff A. Facharzt für Notfallmedizin gefordert. Dtsch Ärztebl 2008;41:A2132.
6. Gimmler C, Somasundaram R, Wölfl Ch, Gries A. Interdisziplinäre Notfallaufnahme: Aktueller Stand und Ausblick. Anästh Intensivmed 2009;50:108-119.

Industriemitteilung

Perioperatives Gerinnungsmanagement von CSL Behring**Gerinnungsstörungen gezielt erkennen und behandeln**

Akute Blutungen im OP oder auf der Intensivstation sind schwerwiegende, teilweise das Leben des Patienten bedrohende Komplikationen. Die Ursachen sind vielfältig und können nur durch eine optimale Zusammenarbeit von Operateur, Anästhesist und Pflegepersonal gemeistert werden.

In den hier angebotenen CME-zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen wird die gesamte Problematik, angefangen von der Ätiologie und Pathophysiologie bis zu Diagnostik und Therapie abgehandelt. Dafür stehen prinzipiell drei verschiedene Veranstaltungsformen zur Verfügung:

- 2-tägige Gerinnungskurse
- Halbtägige Kompaktveranstaltungen
- Einzelvorträge in Kliniken

Begleitend dazu finden entsprechende Symposien bei größeren anästhesiologisch-intensivmedizinischen Kongressen statt (z.B. DIVI, HAI, WAT, SAT, NAT u.a.).

Die Vorträge sind dabei praxisnah von und mit Referenten renommierter Kliniken aus Mitteleuropa gestaltet.

Praxisnahe Gerinnungskurse

Zielgruppe:

- Anästhesisten/ Intensivmediziner
- Chirurgen
- Transfusions- und Labormediziner
- Internisten
- Hämostaseologen

Inhalte:

- Spezielle Kenntnisse zur Blutgerinnung
- Physiologische und pathophysiologische Grundlagen
- Neue diagnostische Verfahren
- optimierte Maßnahmen zur Therapie perioperativer Blutungen

- Diskussion von realen Fallbeispielen und die interaktive Einbeziehung der Teilnehmer (Voting).

Informationen über aktuelle Termine, Veranstaltungsorte und Programme finden Sie unter **www.gerinnungskurs.com**

Sie können sich auch online für die Teilnahme an einem der Kurse anmelden.

Wir würden uns freuen, Sie demnächst bei einer unserer Fortbildungen begrüßen zu dürfen.

Benötigen Sie weitere spezielle Informationen, können Sie uns gerne eine E-Mail senden. Wir werden uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.

E-Mail: kontakt@csلبehring.com

- Gries A. Arbeitsgruppe Zentrale Notaufnahme. Anästh Intensivmed 2010;51:S8-S9.
- Gries A, Seekamp A, Welte T, Wygold Th, Meixensberger J, Deuschl G, Galanski M, Sybrecht G. Zentral und interdisziplinär. Dt Arztebl 2010;7: A268-A269.
- Gries A, Zink W, Bernhard M, Messelken M, Schlechtriemen Th. Realistic assessment of the physician-staffed emergency services in Germany. Anaesthesist 2005;55:1080-1086.
- Gräsner. Kongressbericht zum 3. wissenschaftlichen Treffen des Arbeitskreises Notfallmedizin der DGAI. Notfall Rettungsmed 2008;10:293-296,2007.
- Hogan B, Brachmann M. SWOT-Analyse einer zentralen Notaufnahme mit Analyse der Erfolgspotentiale. Notfall Rettungsmed 2009;12:256-260.
- Koeniger R, Rärer H, Widmer R, Schepp W. Präklinik mit integrierter Aufnahmestation: Zukunftsweisendes Konzept. Dt Arztebl 2006;103: A2770-2773.

- Lackner CK, Wendt M, Ahnefeld FW, Koch B. Von der Rettungskette zum akutmedizinischen Netzwerk. Notfall Rettungsmed 2009;12:25-31.
- Metzner J. Krankenhausplanung für die Notfallbehandlung in Hessen. Notfall Rettungsmed 2009;10:437-440.
- Moecke H, Lackner CK, Altemeyer KH. „No way back“ Die zentrale Notaufnahme setzt sich in deutschen Krankenhäusern durch! Notfall Rettungsmed 2007;10:321-322.
- Moecke H, von Knobelsdorff G. The anesthesiologist in prehospital and hospital emergency medicine. Curr Opin Anesthesiol 2009;21:228-232.
- Petrino R. A curriculum for the speciality of emergency medicine in Europe. Eur J Emerg Med 2009;16:113-114.
- Schuster HP. Notaufnahme – für eine fachliche Trennung. Dt Arztebl 2006;103: A3149.
- Stürmer KM. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutschen

Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) (2007) Zur Problematik zentraler Notaufnahmen. Med Klinik 2007;102:180-181.

- Timmermann A, Braun U, Panzer W, Schlaeger M, Schnitzker M, Graf BM. Präklinisches Atemwegsmanagement in Norddeutschland. Anaesthesist 2007;56: 328-334.

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med.
André Gries, D.E.A.A.**

Zentrale Notaufnahme
Klinikum Fulda
Pacelliallee 4
36043 Fulda, Deutschland

E-Mail: andre.gries@klinikum-fulda.de