

Notfallbehandlung: Zentral und interdisziplinär*

NACHDRUCK

Sprecher der Fachgesellschaften:

Prof. Dr. med. André Gries
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

Prof. Dr. med. Tobias Welte
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

Dr. med. Thorsten Wygold
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)

Prof. Dr. med. Jürgen Meixensberger
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)

Prof. Dr. med. Günther Deuschl
Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)

Prof. Dr. med. Michael Galanski
Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)

Prof. Dr. med. Gerhard Sybrecht
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)

Mit Unterstützung des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU).

Die Einrichtung zentraler Notaufnahmen ist vor 20 bis 30 Jahren erstmalig beim Neubau von Großkliniken verwirklicht worden. Ausgangspunkt war damals die Überlegung, Notfallpatienten so rasch wie möglich eine gezielte und fachspezifisch angemessene Behandlung gewährleisten zu können. Diese Versorgungsstrukturen scheinen effizient zu sein, obgleich dazu bislang nur „Fallberichte“ verfügbar sind (11). Erfolgsberichte aus den USA oder europäischen Ländern sind kritisch zu bewerten, da sie teilweise auf sehr unterschiedlichen Versorgungsstrukturen basieren.

Unter dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck innerhalb des Gesundheitssystems einerseits und Änderungen der Verfügbarkeit ärztlicher Mitarbeiter andererseits, scheint es heute mehr als je zuvor erforderlich zu sein, medizinisch interdisziplinär genutzte Bereiche – dort, wo es baulich und prozessual möglich ist – gemeinsam zu nutzen (7). Dies gilt auch für Notaufnahmen, die in Kliniken älterer Struktur noch für jedes Fachgebiet getrennt vorgehalten werden. Zentrale interdisziplinäre Notaufnahmen müssen vor allem die Fachkompetenz für die häufigsten und die relevanten medizinischen Bereiche tatsächlich an 365 Tagen und rund um die Uhr akut verfügbar vorhalten. Wird dies nicht gewährleistet, ist der Name irreführend (12,13).

Ein eigener Facharzttitel ist nicht zielführend

Aktuell setzen sich flächendeckend über das gesamte Bundesgebiet zahlreiche

Klinika mit der Thematik zentraler Notaufnahmen auseinander (1). Neben den erforderlichen strukturellen Veränderungen kam hiermit auch die Frage auf, ob der Bereich zentrale Notaufnahme nicht nur einen eigenen organisatorischen Bereich darstelle, sondern auch eine eigene medizinische Einheit bilde, die mit einer besonderen fachärztlichen Qualifikation auszustatten sei (2).

Vonseiten der Fachgebiete, die wesentlich an der Versorgung von Notfallpatienten beteiligt sind, wird dem Ansinnen eines eigenen Facharztes für die zentrale Notaufnahme – zum Beispiel Facharzt für innerklinische Notfallmedizin – auf verschiedenen Ebenen entgegengehalten, dass eine rasche und qualifizierte Notfallversorgung von Patienten nach jeweiligem Facharztstandard weiterhin auch primär fachbezogen erfolgen muss und die Weiterbildung in diesem Sektor bereits fester Bestandteil einer jeden Facharztweiterbildung ist.

Häufig wird von den Befürwortern eines neuen Facharzttitels vor allem in der öffentlichen Diskussion auf die schlechte Qualität der Notfallversorgung und insbesondere ungeordnete Prozessabläufe – lange Wartezeiten – hingewiesen (5). Beide Argumente scheinen eher Ausdruck sowohl eines organisatorischen Defizits als auch eines Mangels an ausreichend vorgehaltenen personellen Ressourcen zu sein. Diese Defizite zu erkennen und im Sinne eines Qualitäts- und Risikomanagements zu beheben, muss entschieden vor Ort angegangen werden.

* Nachdruck aus Dt Ärztebl 2010;107(7): A-268 / B-236 / C-232. Mit freundlicher Genehmigung Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Einzelne Fachgesellschaften haben hierzu aus ihrer spezifischen Sicht bereits Stellung genommen (3,4). Bei verschiedenen Krankheitsbildern konnte mehrfach nachgewiesen werden, dass die adäquate und fachbezogene initiale Behandlung das patientenbezogene Behandlungsergebnis signifikant positiv beeinflusst (6,8-10). Dies gilt für Herzinfarkt, Schlaganfall, akute intrazerebrale und intraabdominelle Blutungen sowie Polytraumata. Zeitliche Verzögerungen im Rahmen der Notfallbehandlung führen zu einer signifikanten Verlängerung der gesamten Behandlungsdauer und damit des stationären Aufenthalts. Eine zentrale Notaufnahme, in der die Interdisziplinarität der Notfallversorgung gewährleistet wird, birgt daneben für die Patienten mit akuten und lebensbedrohenden Erkrankungen oder Verletzungen die Chance einer höheren Überlebenswahrscheinlichkeit.

Wichtig ist die Feststellung, dass es bei der Mehrzahl der in einer Notaufnahme behandelten Patienten um die fachspezifische Entscheidung geht, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich ist oder eine ambulante Versorgung ausreicht. Dazu ist eine entsprechende fachspezifische Kompetenz unverzichtbar. Mit dem Ziel, zum Thema zentrale interdisziplinäre Notaufnahme eine gemeinsame Empfehlung abzugeben, hat sich ein Arbeitskreis aus Vertretern der Fachgebiete Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Pädiatrie und Radiologie etabliert und die hier dargestellten Anforderungen (Kasten) für die inhaltliche Ausrichtung einer zentralen Notaufnahme im Konsens ausformuliert.

Begleitende Evaluation ist zwingend notwendig

Geleitet sind diese Empfehlungen von dem Grundsatz, dass die Notfallbehandlung aller Patienten nach der Klinikeinlieferung fachbezogen beziehungsweise bei komplexen Erkrankungen oder Verletzungen interdisziplinär erfolgen muss und hierzu die entsprechenden Maßnahmen – Organisation, Qualitäts-/Risikomanagement und bedarfsgerechte Allokation von fachärztlicher und pfle-

gerischer Kompetenz – zwingend umgesetzt werden müssen.

Eine zusätzliche fachärztliche Qualifikation als die in der jeweiligen Facharztqualifikation abgebildete Kompetenz der fachspezifischen Notfallbehandlung ist in unserem Versorgungssystem entbehrlich. Vielmehr garantiert die interdisziplinäre Kooperation der Fachgebiete – wie sie in der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) organisiert sind – die bestmögliche Versorgung. Diese Erklärung stellt auf der Grundlage bisheriger externer und interner Evidenz die strukturellen und

personellen Voraussetzungen dar, die eine zentrale interdisziplinäre Notaufnahme zu erfüllen hat. Dabei soll das Ziel einer bedarfsgerechten, qualitätsge-sicherten Versorgung von verletzten oder akut erkrankten Patienten nachhaltig durch entsprechende organisatorische, strukturelle und qualifizierende Maßnahmen gefördert werden. Eine zentrale interdisziplinäre Notaufnahme kann hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die begleitende Evaluation ist notwen-dig, um die auf Erfahrungen anderer Nationen basierenden Empfehlungen gegenüber den an unserer Versorgungs-

ANFORDERUNGEN

- Die zentrale Notaufnahme (ZNA) ist die Anlaufstelle eines Klinikums für alle ungeplant eintreffenden Patienten oder Notfallpatienten. Diese verbleiben entweder im Klinikum oder werden in die ambulante Behandlung entlassen. In der ZNA erfolgt eine fachspezifische Behandlung und Diagnostik. Dafür steht ein multidisziplinäres Team zur Verfügung, die dem Versorgungsauftrag der Klinik entsprechen. We-sentlich an der Versorgung beteiligte Fachgebiete sind: Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Pädiatrie, Radiologie. Im Minimum muss die Notfallbehandlung in den Fachgebieten Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie sichergestellt sein. Die Versorgung in der ZNA muss rund um die Uhr vorgehalten werden.
- Der zentralen Notaufnahme sollte eine Aufnahmestation zugeordnet sein. Dort sollen in der ZNA aufgenommene Patienten in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.
- Die Patientenbehandlung muss direkt und ohne Verzug fachbezogen und nach Facharztstandard erfolgen. Die medizinische Verantwortung verbleibt kontinuierlich bei der behandelnden Fachabteilung.
- Für die Fälle, bei denen die eindeutige Zuordnung zu einer bestimmten Fachabteilung nicht möglich ist, obliegt es der organisatorischen Verantwortung des Notaufnahmleiters die Erstdiagnostik/-einschätzung und Behandlung sicherzustellen beziehungsweise zu organisieren und eine Zuordnung vorzunehmen.
- Die fachspezifische Notfallversorgung ist fester Bestandteil einer jeden Facharzt-weiterbildung und fachspezifischer Fortbildungsprogramme. Deshalb werden ein Facharzt für Notfallmedizin oder vergleichbare Weiterbildungen abgelehnt. Eine Mindestqualifikation für die Sicherstellung der Versorgungsqualität in der ZNA wird für erforderlich gehalten. Diese ist von den Fachgesellschaften zu definieren und muss von den in der ZNA tätigen Mitarbeitern erbracht werden.
- Die Leitung einer zentralen Notaufnahme kann hauptamtlich einer Person übertragen werden. Hiermit verbunden sind in erster Linie organisatorische Aufgaben. Die betreffende Person sollte eine Facharztqualifikation in einem der in der Notaufnahme wesentlich beteiligten Fachgebiete aufweisen, darüber hin-aus erscheint eine Zusatzqualifikation in Managementaufgaben sinnvoll. Das Curriculum für eine solche Zusatzqualifikation ist von den Fachgesellschaften unter Beachtung europäischer Empfehlungen gemeinsam auszugestalten.

wirklichkeit orientierten berufspolitischen Wünsche zu verifizieren oder falsifizieren. Diese als äußerst dringlich einzustufenden Untersuchungen müssen weiterhin analysieren, inwieweit der für eine kompetente Vorhaltung notwendige finanzielle Aufwand im derzeitigen Fallpauschalsystem (G-DRG) abgebildet wird.

Literatur

1. Platz E, Bey T, Walter FG: International report: current state and development of health insurance and emergency medicine in Germany. The influence of health insurance laws on the practice of emergency medicine in a European country. *J Emerg Med* 2003;25:203-10. MEDLINE
2. Bey TA, Hahn SA, Moecke H: The current state of hospital-based emergency medicine in Germany. *Int J Emerg Med* 2008;1:273-7. MEDLINE
3. Deuschl G, Topka H, Heide W, Busse O: Die Versorgung neurologischer Patienten in der Notaufnahme. *Aktuelle Neurologie* 2009;36:1-4.
4. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin DGfC. Zur Problematik Zentraler Notaufnahmen. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. 2006 (5. Okt. 2008).
5. Fleischmann T, Fulde G: Emergency medicine in modern Europe. *Emerg Med Australas* 2007;19:300-2. MEDLINE
6. Hacke W, Donnan G, Fieschi C, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004;363:768-74. MEDLINE
7. Lackner CK, Wendt M, Ahnefeld FW, Koch B: Von der Rettungskette zum akutmedizinischen Netzwerk. *Notfall Rettungsmed* 2009;12:25-31.
8. Marler JR, Tilley BC, Lu M, et al. Early stroke treatment associated with better outcome: the NINDS rt-PA stroke study. *Neurology* 2000;55:1649-55. MEDLINE
9. Proulx N, Frechette D, Toye B, Chan J, Kravcik S: Delays in the administration of antibiotics are associated with mortality from adult acute bacterial meningitis. *Qjm* 2005;98:291-8. MEDLINE
10. Velmahos GC, Fill C, Vassiliu P, Nicolaou N, Radin R, Wilcox A: Around the clock attending radiology coverage is essential to avoid mistakes in the care of trauma patients. *Am Surg* 2001;67:1175-7. MEDLINE
11. Gimmer C, Somasundaram R, Wölfel C, Gries A: Interdisziplinäre Notfallaufnahme – aktueller Stand und Ausblick. *Anästhesiol Intensivmed* 2009;50:108-19.
12. Bernhard M, Pietsch Ch, Gries A: Die Interdisziplinäre Notfallaufnahme. Organisation, Struktur und Prozeß-optimierung. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2009;44:454-9.
13. Zylka-Menhorn V: Die Leitlinien müssen eingehalten werden. *Dtsch Arztebl* 2008; 105(38):A1956-7.