

Die Monopolisierung der Notfallmedizin in Europa – die Kehrseite der Medaille*

In den letzten 20 Jahren hat sich die Notfallmedizin in vielen Ländern Europas zu einem unabhängigen Fachgebiet entwickelt. Anlass hierfür waren in erster Linie Engpässe in der primärärztlichen Notfallversorgung sowie mangelnde ärztliche Präsenz in den Krankenhausnotaufnahmen. Beide Faktoren können den Zugang zu zeitnaher Notfallversorgung beeinträchtigen, sodass die Einführung der Notfallmedizin als selbständiges Fach mancherorts zur Verbesserung der Versorgungslage beigetragen hat.

In Ländern hingegen, in denen Notfallversorgung traditionell im longitudinalem Modell durch die Akutdisziplinen Anästhesiologie, Chirurgie, Neurologie, Innere Medizin/Kardiologie und Pädiatrie auf hohem Niveau getragen wird, ist nicht deutlich, wie die Notfallmedizin als Querschnittsfach in gut funktionierende, longitudinale Behandlungspfade eingebunden werden kann und zu einer weiteren Verbesserung der existierenden interdisziplinären Versorgungskette beitragen soll.

Die Befürworter des selbständigen Fachgebietes unterstellen, die Abwesenheit der Disziplin Notfallmedizin bedeute schlechte Notfallversorgung per se. Diese polarisierende Behauptung wird publikumswirksam in den Medien vertreten und gegenüber den nationalen Aufsichtsbehörden benutzt, um politischen Druck zu erzeugen, Notfallmedizin als selbständiges Fach zu etablieren. Den Beweis für diese Behauptung bleiben die Befürworter jedoch schuldig:

The monopolisation of emergency medicine in Europe: the flipside of the medal

E. De Robertis¹ · B. W. Böttiger² · E. Søreide³ · J. Mellin-Olsen⁴ · L. Theiler⁵ · K. Ruetzler⁶ · J. Hinkelbein⁷ · L. Brazzi⁸ · K.-C. Thies⁹

On behalf of the ESA/EBA Task Force on Critical Emergency Medicine

Vergleicht man die verschiedenen europäischen Versorgungssysteme miteinander, scheint die Notfallmedizin als unabhängige Disziplin sogar einer paradoxen Entwicklungsverzögerung in der Versorgung kritisch Kranker und Schwerverletzter Vorschub zu leisten [1,2,3].

Bei genauer Betrachtung überrascht dies nicht: Die übergroße Mehrzahl der Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser werden mit Exazerbationen chronischer Erkrankungen oder leichten Verletzungen vorstellig und sind somit nur eingeschränkt als Notfallpatienten zu betrachten. Nur ein Bruchteil sind echte Notfallpatienten mit Erkrankungen oder Verletzungen, die unmittelbarer Unterstützung der Vitalfunktionen bedürfen. Das Fehlen einer eindeutigen Definition von „Notfall“ oder „Notfallmedizin“ trägt hier zur Begriffsverwirrung bei. Die pauschale Zusammenfassung aller akuten Krankheitsbilder unter einer Disziplin birgt die Gefahr, dass Patienten, die sofortiger interdisziplinärer Vitalfunktionsunterstützung oder anderer Interventionen bedürfen, um Tod oder Behinderung zu abzuwenden, die notwendige interdisziplinäre Erstversorgung versagt bleibt.

Im longitudinalen Versorgungsmodell liegt die primäre Verantwortung für die Patientenversorgung und den Behandlungspfad bei der korrespondierenden Fachdisziplin. Dieses Versorgungsmodell hat einen schnittstellenlosen Expertisetransfer der Fachdisziplinen (Anästhesiologie/Intensivmedizin, Chirurgie,

¹ Department of Neurosciences,
Reproductive and Odontostomatological
Sciences
University of Naples “Federico II”,
Napoli, Italy

² Department of Anaesthesiology
and Intensive Care Medicine
University Hospital of Cologne,
Cologne, Germany

³ Department of Anaesthesiology
and Intensive Care
Stavanger University Hospital
Stavanger, Norway

⁴ Department of Anaesthesia,
Intensive Care, Baerum Hospital
Sandvika, Norway

⁵ Department of Anaesthesiology
Inselspital
Bern, Switzerland

⁶ Cleveland Clinic,
Departments of Outcomes Research
and General Anesthesiology,
Cleveland, OH, USA

⁷ Department of Anaesthesiology and
Intensive Care Medicine
University Hospital of Cologne,
Cologne, Germany

⁸ Department of Surgical Science
University of Turin
Department of Anaesthesia and
Intensive Care – AOU Città della Salute
e della Scienza
Turin, Italy

⁹ Department of Anaesthesia and
Pain Medicine
Birmingham Children’s Hospital,
Birmingham, United Kingdom

* Mit freundlicher Genehmigung der
European Society of Anaesthesiology.
Publiziert in:
Eur J Anaesthesiol 2017;34:251-253.

Kardiologie oder Neurologie) in die Notaufnahmen und in die prä-hospitale Phase ermöglicht.

Die Priorität eines jeden notfallmedizinischen Systems ist es, kritisch Kranken oder Verletzten schnellstmöglichen Zugang zu einer hochprofessionellen Stabilisierung der Vitalfunktionen zu ermöglichen. Die longitudinalen Versorgungssysteme haben hierin eine Spitzenstellung erreicht: Moderne prä-hospitale Notfallmedizin, multidisziplinäre Aufnahmeteams, die unmittelbare Verfügbarkeit von Blutprodukten und die Einrichtung von Schockräumen für vital bedrohte Patienten – keine Selbstverständlichkeit in anderen Systemen – seien an dieser Stelle beispielhaft genannt.

In Systemen in denen die Notfallmedizin sich als eigenständiges Fachgebiet etabliert hat, ist ein unerwünschter Rückzug der Akutdisziplinen aus der Notfallversorgung zu beobachten [4]. Dies hat unter anderem mit der vagen Definition des Fachgebietes zu tun, die die „Prävention, Diagnose und das Management aller dringenden Notfall-Erkrankungen und -Verletzungen in allen Altersgruppen“ umfasst [5]. Bedauerlicherweise schließt diese Definition keine Funktionsdifferenzierung zwischen den an der Notfallversorgung beteiligten Disziplinen und auch keine Formel zur Kooperation zwischen den Fachgebieten ein. Das Konzept der monodisziplinären Notfallaufnahme wird ebenfalls nicht von der Bevölkerung verstanden: Das Angebot der vermeintlichen „Rund-um-die-Uhr“-Versorgung hat eine angebotsorientierte Nachfrage generiert, die die Kapazitäten der Notaufnahmen um ein vielfaches übersteigt [6].

In Ländern mit etablierten und gut funktionierenden longitudinalen Versorgungssystemen könnte die Einführung der Notfallmedizin als ein unabhängiges Querschnittsfach ohne klare Funktionsdifferenzierung zu einer ähnlichen Entwicklungen führen. Es droht die Fragmentierung existierender, longitudinaler Behandlungspfade mit erheblichem Risiko für die Patientenversorgung.

Als Anästhesisten, die seit Jahrzehnten Verantwortung für die Primärversorgung

kritisch kranker und schwerverletzter Patienten tragen, befürchten wir, dass die Monopolisierung der Notfallmedizin durch die Schaffung des eigenständigen Fachgebietes den Zugang zur Vitalfunktionsmedizin beeinträchtigt. Insbesondere kritische Patienten profitieren von deutlicher Aufgabenteilung und multidisziplinärer Teamversorgung in der Notaufnahme. Um zeitnahe Versorgung vital bedrohter Patienten auch in Zukunft sicherzustellen, müssen alle Akutdisziplinen an der Primärversorgung beteiligt bleiben.

Die Kompetenzgebiete der Anästhesiologie sind von der Europäischen Gesellschaft für Anästhesiologie als Anästhesie, präoperative Medizin, Notfallmedizin, Intensivmedizin und Schmerzmedizin definiert. Die anästhesiologischen Elemente der Notfallmedizin beinhalten die Versorgung kritisch kranker oder schwerverletzter Patienten in- und außerhalb des Krankenhauses. Die dafür notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten werden unter den kontrollierten Bedingungen des Operationssaals in jahrelanger Ausbildung erworben und weiterentwickelt. Die Skandinavische Gesellschaft für Anästhesiologie hat diese Expertise als Critical Emergency Medicine (CREM) beschrieben und als Kernbestandteil unseres Faches von der allgemeinen Notfallmedizin abgegrenzt [7]. In der Praklinik ist die Bedeutung des Anästhesisten als CREM-Experte sogar noch prominenter als innerhalb des Krankenhauses [8]: Ohne die Unterstützung eines interdisziplinären Teams ist es unabdingbar, dass der Notarzt alle Aspekte der Vitalfunktionsmedizin sachkundig und unabhängig abdeckt. Es ist sicherlich einfacher für den Anästhesisten als Vitalfunktionsmediziner, diese komplexe Rolle zu übernehmen, als für Vertreter anderer Disziplinen. Dies schließt die Verlegung schwerkranker Intensivpatienten ein.

In den meisten Ländern wird CREM als ein natürlicher Transfer der anästhesiologischen Kernkompetenz aus dem OP und der Intensivstation in andere Krankenhausbereiche oder in die Praklinik aufgefasst. An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Kompetenz des Anästhe-

sisten sich lediglich auf akut lebensbedrohliche Zustände erstreckt. Die akute Versorgung von nicht lebensbedrohlichen Notfällen obliegt der Zuständigkeit des jeweiligen Facharztes.

Als Alternative zur selbständigen Disziplin wird Notfallmedizin in einigen europäischen Ländern als Zusatzweiterbildung für Anästhesisten, Chirurgen, Internisten und andere Facharztgruppen angeboten. Dieses Konzept kombiniert den longitudinalen Aspekt mit den fachübergreifenden Anforderungen überfüllter Notaufnahmen und erhält den multidisziplinären Ansatz der Notfallmedizin. In Deutschland wurde diese Zusatzweiterbildung gerade als eine neue Perspektive für Anästhesisten und Fachärzte anderer Disziplinen etabliert. Dieses Modell könnte ebenfalls in Ländern, in denen Notfallmedizin als unabhängige Disziplin voll etabliert ist, helfen, den dramatischen ärztlichen Personalmangel in den dortigen Krankenhausaufnahmen [9] zu lindern.

Anästhesisten sind dank ihrer Ausbildung und ihrer täglichen Praxis als Teamleader im OP herausragend geeignet, kritische Notfälle zu behandeln und die Zusammenarbeit der beteiligten Disziplinen zu koordinieren. Diese zentralen Aspekte des anästhesiologischen Berufsbildes müssen sich deutlich erkennbar in den nationalen Ausbildungsprogrammen widerspiegeln, so wie im Curriculum Notfallmedizin vom European Board of Anaesthesiology vorgeschlagen [10] und wie auch in den Europäischen Ausbildungsrichtlinien für das Fachgebiet Anästhesie, Schmerz und Intensivmedizin gefordert wird [11].

Anästhesisten sind ebenfalls in Lehre, Ausbildung und Forschung auf dem Gebiet CREM in allen europäischen Ländern federführend beteiligt. Ihr Beitrag bildet somit ein Kernelement der Notfallmedizin [12].

Obwohl die übergroße Mehrheit der Patienten in den Notaufnahmen keiner anästhesiologischen Versorgung bedarf, bietet die Monopolisierung der Notfallmedizin durch Schaffung eines unabhängigen Fachgebietes keine ideale Lösung für die gegenwärtigen Herausforderungen in der Akutversorgung.

Eine gut funktionierende Notfallkette beruht auf einem leistungsfähigen Versorgungssystem niedergelassener Ärzte, um die Überlastung der Krankenhausaufnahmen zu verhindern, einem hochentwickelten Rettungsdienst und einem unmittelbaren Zugang zu fachärztlicher Versorgung und Vitalfunktionsmedizin, CREM, wenn erforderlich.

Die Monopolisierung der Notfallmedizin durch Zusammenfassung in einem Fachgebiet birgt die reelle Gefahr, Schwerkranken und Schwerverletzten fachärztliche Vitalfunktionsmedizin vorzuenthalten und gut funktionierende, longitudinale Behandlungspfade zu fragmentieren. Um dieser Entwicklung vorzubeugen, ist es geboten, auf europäischem Niveau eine Funktionsdifferenzierung zwischen den an der Notfallversorgung beteiligten Disziplinen zu vereinbaren. Die nationalen Fachgesellschaften für Anaesthesiologie sind dazu aufgerufen, CREM deutlich in ihren Ausbildungsprogrammen zu positionieren. Nur so kann es gelingen, auch in der Zukunft sofortige fachärztliche Vitalfunktionsmedizin für Schwerkranke und Schwerverletzte sicherzustellen.

This article is endorsed by the Board of the European Society of Anaesthesiology Statement of the European Section and Board of Anaesthesiology:

On 3 December 2016 during the Budapest meeting, the European Section and Board of Anaesthesiology (EBA UEMS) agreed to adopt the term CRITICAL Emergency Medicine (CREM) to define the anaesthesiologists' competences and role in the acute management of life-threatening emergencies, which to date has been termed Emergency Medicine in the anaesthesiology specialty European training requirements.

As stated in the Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, anaesthesiologists share responsibility for quality and safety in Anaesthesia, Intensive Care, Emergency Medicine and Pain Medicine. Accordingly, Anaesthesiologists have a leading role in the multidisciplinary management of life-threatening emergencies regardless of the model of Emergency Medicine delivery adopted by different countries.

Acknowledgements relating to this article

Assistance with the editorial: none.

Financial support and sponsorship: none.

Conflicts of interest: EDR is a board member of the EBA and the Chair of the Guidelines Committee of the ESA, JM-O is a EBA member and a board member of the ESA, LT is a member of the ESA Scientific Subcommittee on Critical Emergency Medicine, ES is a member of the ESA Scientific Subcommittee on Intensive Care Medicine, BWB is a member of the ESA Scientific Subcommittee on Critical Emergency Medicine, LB is a member of the ESA Scientific Subcommittee on Critical Emergency Medicine, JH is a member of the ESA Scientific Subcommittee on Critical Emergency Medicine and KCT is a member of the ESA Scientific Subcommittee on Critical Emergency Medicine. BWB is an associate editor of the *European Journal of Anaesthesiology*.

Comment from the Editor: this Editorial was checked by the editors but was not sent for external peer review. BB is an Associate Editor of the *European Journal of Anaesthesiology*.

Literatur

- Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, de Belder M, Knot J, Aaberge I, Andrikopoulos G, Baz JA, Betriu A, Claeys M, Danchin N, Djambazov S, Erne P, Hartikainen J, Huber K, Kala P, Klinecova M, Kristensen SD, Ludman P, Ferre JM, Merkely B, Milicic D, Morais J, Noc M, Opolski G, Ostojevic M, Radovanovic D, De Servi S, Stenstrand U, Studencan M, Tubaro M, Vasiljevic Z, Weidinger F, Witkowski A, Zeymer U: European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. Eur Heart J 2010;31:943-57
- OECD (2012), "In-hospital mortality following stroke", in Health at a Glance: Europe 2012 OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-43-en>
- Tasker RC, Morris KP, Forsyth RJ, Hawley CA, Parslow RC: on behalf of the UK Paediatric Brain Injury Study Group and the Paediatric Intensive Care Society Study Group Severe head injury in children: emergency access to neurosurgery in the United Kingdom. Emerg Med J 2006;23:519-52
- https://www.rcem.ac.uk/RCEM/News/News_2016/The_Medicine_Needed_for_the_Emergency_Care_Service.aspx
- <http://www.eusem.org/policystatement/>
- <https://www.kingsfund.org.uk/projects/urgent-emergency-care/urgent-and-emergency-care-mythbusters#staff-shortages>
- Søreide E, Kalman S, Åneman A, Norregaard O, Pere P, Mellin-Olsen J: Position Paper Task Force. Shaping the future of Scandinavian anaesthesiology: a position paper by the SSAI. Acta Anaesthesiol Scand 2010;54:1062-70
- Hossfeld B, Bein B, Boettiger BW, Bohn A, Fischer M, Graesner JT, Hinkelbein J, Kill C, Lott C, Popp E, Roessler M, Schaumberg A, Wenzel V, Bernhard M: Recommended practice for out-of-hospital emergency anaesthesia in adults: Statement from the Out-of-Hospital Emergency Anaesthesia Working Group of the Emergency Medicine Research Group of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol 2016;33:881-897
- <https://hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Emergency%20medicine%20background%20to%20HEE%20proposals%20to%20address%20workforce%20shortages.pdf>
- De Robertis E, Knape JTA, McAdo J, Pagni R: Core curriculum in emergency medicine integrated in the specialty of anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2007; 24:987-990
- <http://www.eba-uems.eu/resources/PDFs/Training/Arenaesthesia-Training-Requirements-March-2013.pdf>
- De Robertis E, Tomins E, Knape H: Anaesthesiologists in emergency medicine: the desirable manpower. Eur J Anaesthesiol 2010;27:223-225.

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med.
Bernd W. Böttiger**

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Universitätsklinikum Köln (AÖR)
Kerpener Straße 62
50937 Köln, Deutschland

Tel.: 0221 478-82054 und -82052
Fax: 0221 478-87811

E-Mail: bernd.boettiger@uk-koeln.de