Diskussionsbeitrag zum Artikel «Interdisziplinäre Teamarbeit auf einer Notfallstation» von H. Matter et al. in der SÄZ Nr. 19/2006

Modell mit Nachteilen für Patientenbetreuung und Weiterbildung der Assistenzärzte

M. Stäubli[a], *V. Briner*[b], *P. J. Hangartner*[c]

a Präsident Weiterbildungskommission SGIM
b Präsidentin SGIM
c Präsident Chefärztevereinigung SGIM

Die Weiterbildungskommission sowie der Vorstandsausschuss der SGIM haben den Artikel von H. Matter et al.* mit lebhaftem Interesse, aber auch mit grosser Besorgnis zur Kenntnis genommen. Die SGIM muss sich dazu vor allem aus der Perspektive der Assistentenweiterbildung äussern.

Der Text schildert die Tätigkeit einer von den Kliniken für Chirurgie und Innere Medizin des Spitals Limmattal separierten Notfallabteilung mit eigenständigem Leiter und Assistententeam. Das Assistententeam besteht aus je fünf Assistenzärzten der chirurgischen und medizinischen Kliniken. Die zehn Assistenzärzte betreuen die Patientenaufnahmen unabhängig vom Krankheits- oder Unfallproblem der Patienten, d.h. internistische Assistenzärzte behandeln auch chirurgische Patienten und umgekehrt. Im Prinzip wird damit die Hälfte der internistischen Patienten nicht von den Internisten selbst aufgenommen.

Der Artikel betont, dass das Modell auf allen Ebenen nur Vorteile bringe: Zusammengefasst würden die Abläufe in der Notfallstation optimiert, Ressourcen besser genutzt, kritische Situationen vermindert und die Kosten gesenkt. Auch würden weniger unnötige Untersuchungen und Nachkontrollen veranlasst. Das bisherige System der schweizerischen Notfallstationen wird insgesamt als insuffizient und für die Patienten gefährlich und unbefriedigend dargestellt. Die Ressourcen seien nicht adäquat eingesetzt, ferner fehle «ein fixer Ansprechpartner, der die Interessen der Notfallstation nach innen und aussen vertritt». Offenbar war das Spital in den letzten Jahren unter anderem mit einer Zunahme der Bagatellfälle im ambulanten Bereich konfrontiert, weshalb auch eine Schnellbehandlungsstelle eingerichtet wurde.

Die zwei Teamleader arbeiten werktags von 7.30 bis 16.30 und 15 bis 23 Uhr, am Wochenende von 8.45 bis 20.45 Uhr. Nur noch während der restlichen Zeit sind wie bisher die Kader der Kliniken zuständig für Notfälle, ferner bei anderen Abwesenheiten der Teamleader. Es werden

Résumé

L'indépendance progressive du domaine des urgences et sa séparation du domaine interniste n'aura, à la longue, que des effets négatifs sur la formation postgraduée en médecine interne. La coupure en train d'apparaître rendra l'information lacunaire au préjudice des patients.

Une anamnèse qui n'a pas été réalisée par le service des urgences de manière aussi complète que possible restera incomplète ou devra être complétée avec beaucoup de difficulté. Ce système conduit à un morcellement de la prise en charge des patients avec une perte de la qualité du traitement. Cette évolution préoccupe fortement le comité de la Société suisse de médecine interne, en particulier aussi la commission de la formation postgraduée. Comme 70 à 80 pour cent des patients relevant de la médecine interne entrent à l'hôpital par la porte des urgences, une part importante de la formation postgraduée dans ce domaine disparaîtra à l'avenir pour les médecins-assistants.

Cette évolution sera lourde de conséquences pour les soins de base de la population en cabinet privé. Les médecins libres praticiens auront toujours moins d'expérience des situations d'urgence, parce que les spécialistes en médecine d'urgence ont tendance à pourvoir leur entreprise avec du personnel, si possible, de leur propre domaine, en mettant progressivement à l'écart les spécialistes d'autres horizons. De cette façon, cette nouvelle discipline spécialisée qu'est la médecine d'urgence atteint le but visé depuis longtemps, à savoir franchir le seuil de l'hôpital et y établir un nouveau domaine de responsabilité.

* Matter H, Caduff B, Schoch O. Interdisziplinäre Teamarbeit auf einer Notfallstation. Schweiz. Ärztezeitung. 2006;87(19):849–54.

Korrespondenz:
SGIM Geschäftsstelle
Rotbergerstr. 34
Postfach 158
4011 Basel
Tel. 061 225 93 30
Fax 061 225 93 31

info@sgim.ch

Notfallstation: Gefragt ist ein Modell, das unterschiedlichsten Bedürfnissen gerecht wird.

durch die Bildung des zehnköpfigen Assistenzarzt-Pools in der Klinik 30 Prozent der internistischen Assistenten in den Dienst einer neuen Abteilung gestellt, die eine eigene ärztliche Leitung aufweist. Bei den dort behandelten Personen handelt es sich in der Limmattal-Klinik zu ca. 40 Prozent um internistische, stationäre und ambulante (ein Drittel stationäre) und zu 60 Prozent um chirurgische Patienten (25 Prozent stationär). Damit sind die internistischen Assistenten zu 60 Prozent mit nicht internistischen Patienten beschäftigt. Die Zahl der Patienten, die von A-Z durch Internisten in Weiterbildung betreut werden und bei denen sich diese schulen können, nimmt um ca. 30 Prozent ab.

Eine solche Organisation der Notfallstation scheint auf die kurze Frist von einem Jahr gesehen ökonomische Vorteile zu bringen. Ob die neugeschaffenen Stellen des Leiters und seiner Stellvertretung berücksichtigt wurden, ist nicht erwähnt, aber wichtig. Im Spital entfallen über 70 Prozent der Kosten auf Lohnzahlungen. Wie es mit den Kosten nach längerem Betrieb steht, kann man noch nicht beurteilen. Siehe hierzu weiter unten.

Unheilvolle Dynamik

Folgendes ist – aus der Erfahrung mit anderen Spezialabteilungen – zu befürchten: Die Notfallstation wird ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit nach innen und aussen voranzutreiben versuchen und kann aufgrund des anfänglich ökonomischen Vorteils auf die Unterstützung der finanziellen Machtinhaber zählen. Sie kann auch auf Unterstützung derjenigen zählen, die schon seit längerem danach streben, die Notfallmedizin als neue Disziplin auch im Spital zu verankern und zu monopolisieren suchen.

Eine solche Notfallstation wird als eigenständige Abteilung danach streben, die Notfallpatienten so rasch und vollständig wie möglich abzuklären, und sie wird Stolz und Ehrgeiz hineinlegen, ja nichts zu verpassen. Bereits mittelfristig wird man deshalb eine Notfallbettenstation einrichten müssen, und der Grundstein für ein Spital im Spital ist gelegt.

Dies wird vor allem dann geschehen, wenn dem internistischen Kader in Zukunft die Erfahrung mit Notfällen durch die hier praktizierte Regelung so sehr abhanden gekommen ist, dass es Notfälle nicht mehr bewältigen kann und will und ihm von seiten des Notfallkaderteams die entsprechende Kompetenz dannzumal zu Recht abgesprochen werden wird (die Monopolisierung einer Tätigkeit führt praktisch immer zu dieser Entwicklung). Die Notfallteamleitung wird personell aufgestockt werden, um ihre Präsenz «rund um die Uhr» und bei Ferien zu garantieren, um die dem Kader der anderen Abteilung abhanden gekommene Kompetenz zu kompensieren. Schlussendlich wird man Bedingungen wie Raumgrösse, Anzahl Kaderärzte, Pflegefachpersonen mit besonderer Ausbildung etc. erfüllen müssen, um anerkannt zu werden, was sich einerseits in den Verhandlungen mit den Versicherern niederschlägt und anderseits den Druck auf die kleineren Häuser verstärkt, ihre Notfallstation unverhältnismässig auszubauen, was wiederum die Kostenspirale antreibt.

Ein weiterer Schritt könnte dann die Einstellung von Assistenzärzten sein, die nicht mehr aus einer andern Klinik stammen, sondern das direkte Weiterbildungsziel «stationäre Notfallmedizin» haben, denn der Notfallkadernachwuchs kann dadurch gesichert werden. Die Gelegenheiten zur Weiterbildung in Notfallmedizin für die internistischen und chirurgischen Assistenzärzte werden dadurch immer seltener, diese Weiterbildungsmöglichkeit verschwindet dadurch aus den entsprechenden Curricula.

Mehr Schnittstellen – weniger Betreuungskontinuität

Für die Qualität der ärztlichen Leistung und ebenso für die Weiterbildung ist es von grösster Wichtigkeit, dass die Patienten möglichst von der fachlich zuständigen Equipe aufgenommen werden. Die Bildung einer Notfallabteilung führt nämlich zu einer Vermehrung der ärztlichen Zuständigkeiten, aber geht einher mit Bildung mindestens einer weiteren Schnittstelle, wo In-

formationen weitergegeben werden müssen, aber dort auch verändert werden. Konsilien, die durch das Notfallteam eingeholt werden, führen nicht mehr, wie sonst üblich, zum direkten Kontakt zwischen den Teams der fachlich zuständigen Klinik (z.B. Innere Medizin) und dem Konsiliarius, sondern das Klinikteam erhält nur noch einen indirekten Rapport der Ratschläge – eine weitere Möglichkeit von Verlust, Verfälschung oder Verstümmelung von Informationen. Die Patienten gehen durch mehr Hände als bisher, was auch bei ihnen zu Verunsicherung führen kann, 1. wer zuständig ist und 2. ob alle Informationen transportiert und überall richtig interpretiert werden. Internistische Anamnesen sind bei hospitalisierten Patienten meistens komplex. Wenn diese internistische Hauptarbeit an fremde Abteilungen übertragen wird, kann der Informationsstand des Internisten auf der Bettenstation nicht mehr der gleiche sein, wie wenn er zusammen mit seinem Kaderarzt den Patienten auf der Notfallstation selber beurteilt. Man wird häufiger gezwungen sein, die Anamnese später erneut zu erheben oder mindestens zu ergänzen, was wahrscheinlich aber nicht konsequent geschieht. Doppelspurigkeiten einerseits und Unterlassungen anderseits sind das Resultat.

Der Drang zu immer rascherer Aufarbeitung und Abfertigung der Patienten auf der Notfall-Station steht der Genauigkeit der Anamneseerhebung – dem Kernstück internistischer Tätigkeit – im Wege. Bagatellnotfälle sollten grundsätzlich von den Hausärzten oder in so genannten «niederschwelligen Notfällen», nicht zuletzt aus Effizienz- und Kostengründen behandelt werden. Dadurch erhalten die echten spitalbedürftigen Notfälle die ihnen gebührende Betreuung.

Ergänzend muss klar festgehalten werden: Es besteht ein grundlegender Unterschied zwischen der Arbeitsweise der Internisten und der Chirurgen, insofern als die Haupttätigkeit der Chirurgen im Operationssaal stattfindet, jene der Internisten aber bei der Erhebung der Krankengeschichte, d.h. beim eingehenden Gespräch mit dem Patienten und dessen Vertrauenspersonen und der klinischen Untersuchung. Hier kommt es auf akribische Genauigkeit an. Wie viel an Information durch die neue Notfallorganisation im Spital verlorengeht, wird im Artikel nicht gesagt.

Die internistischen/chirurgischen Kliniken werden in dem Papier als «nachbehandelnde Kliniken» bezeichnet. Der Ausdruck unterstreicht die Zerstückelung der Dienstleistungen und damit die Fragmentierung des Patienten zuhanden einzelner Interessengebiete und führt für den Patienten zu diesem unglücklichen Resultat. Die Elemente «erster Eindruck» und «Beobachtung» sind für die Patientenbetreuung sehr wichtig. Die laufende Kürzung der Spitalaufenthaltsdauer führt zur Reduktion der Beobachtungsmöglichkeit am Ende der Krankheitsphase, das dargestellte Notfallaufnahmesystem schneidet nun auch den wichtigsten Teil der Beobachtungsmöglichkeit ab, nämlich deren Beginn, und damit wird auch die Arbeit der Assistenzärzte fragmentarischer. Berücksichtigt man auch die kürzeren Arbeitszeiten der Assistenzärzte und häufigeren Schichtwechsel, wird die anzustrebende «Betreuungskontinuität» immer mehr zur leeren Worthülse. Die Abnahme der Zahl selbständiger Patientenaufnahmen um 30 Prozent führt zu entsprechendem Erfahrungsverlust in der internistischen Weiterbildung.

Zusammenfassung

Die sich abzeichnende Verselbständigung des Notfallbereiches und die Abkoppelung vom internistischen Betrieb kann sich auf die Weiterbildung in Innerer Medizin und die internistische Behandlung auf die Länge nur nachteilig auswirken. Die Schnittstelle, welche neu entsteht, führt zu Informationslücken und diesbezüglichen Patientennachteilen. Eine Anamnese, die auf dem Notfall nicht so vollständig wie möglich aufgenommen worden ist, bleibt unvollständig oder muss mühsam ergänzt werden. Das System führt zur Zerstückelung der Patientenbetreuung mit Verlust an Behandlungsqualität, eine Entwicklung, welcher der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin, insbesondere auch die Weiterbildungskommission, mit grösster Sorge begegnet. Da 70 bis 80 Prozent der internistischen Patienten via Notfallpforte ins Spital eintreten, fiele ein grosser Teil dieser wichtigen Weiterbildungsmöglichkeit der Assistenten in Zukunft weg. Für die künftige Praxistätigkeit wäre dies ein Defizit mit schweren Folgen für die Grundversorgung der Schweizer Bevölkerung. Der zunehmende Erfahrungsverlust des medizinischen Kaders mit Notfallsituationen wird folgen, weil die Bestrebungen der Notfallspezialisten dahin tendieren, den eigenen Betrieb mit möglichst eigenem Notfallpersonal zu bestücken, womit die andern Fächer aus den Notfallstationen verschwinden dürften. Damit erreicht auch die neue Spezialität für Notfallmedizin ihr schon lange formuliertes Ziel, nämlich endlich den «Schritt über die Spitalschwelle» zu tun, um dort einen neuen Verantwortungsbereich zu etablieren.