

Früher waren die Chefärzte Innere Medizin und Chirurgie für die Notfallpatienten in den Spitälern zuständig. Eine wichtige grosse Veränderung der Notfallmedizin in der Schweiz begann mit der Einführung von teilautonomen Notfallstationen (NFS) im Universitätsspital Genf und Kantonsspital St. Gallen. 1998 wurde dann im Inselspital Bern die erste eigenständige NFS entsprechend den anderen Kliniken mit Chefarzt, eigenen Ärzten, Pflegenden und Budgethoheit etabliert. Der Wandel in der Notfallmedizin wird im Artikel der Plattform Rettungswesen der FMH beschrieben.

Dr. med. Ernst Gähler, Vizepräsident, Departementsverantwortlicher Paramedizinische Berufe

Notfallzentren und Notfallstationen

Die klinische Notfallmedizin im Wandel

Heinz Zimmermann^a, Denis Bachmann^b, Pascal Berger^c, Konrad Diem^d, Bruno Durrer^e, Wolfgang Ummenhofer^f

a Prof. Dr. med., Expert Consultant Univ. Notfallzentrum Inselspital, Bern; b Dr. med., Stv. Klinikdirektor, Medizinische Universitätskinderklinik, Inselspital, Bern; c Dr. med., Oberarzt, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Gesundheitszentrum Kornhausgasse, Basel; d Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Notarzt SGNOR, Arztpraxis, Ettingen; e Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Notarzt SGNOR, Sportmedizin SGSM, Lauterbrunnen; f Prof. Dr. med., Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel

Die Plattform Rettungswesen der FMH hat kürzlich Beiträge zu Themen der präklinischen Notfallmedizin und des Rettungswesens publiziert. In diesem Beitrag beleuchten wir Aspekte der Notfallzentren und Notfallstationen (NFS).

Bereits seit fast 50 Jahren gibt es in den angloamerikanischen Ländern Notfallzentren (Emergency Departments). An den Universitätskliniken fungieren diese jeweils als akademische Einheit; zudem besteht in diesen Ländern eine etablierte Fachausbildung in Notfallmedizin. Obwohl auch die Schweiz grundsätzlich sehr stark durch die Tendenzen der Medizin in diesen Ländern geprägt wurde, fand eine ähnliche Entwicklung der klinischen Notfallmedizin hierzulande noch nicht statt.

Hausärzte waren früher erste Anlaufstelle bei Notfällen

Früher meldeten sich sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten Notfallpatienten primär bei ihrem Hausarzt, der eine Erstbeurteilung durchführte und entschied, ob der Patient zu Hause behandelt oder auf die NFS eines Spitals weitergeleitet werden sollte. Spitaleinweisungen erfolgten zum Teil auch direkt auf die Bettenstationen der jeweiligen Fachdisziplinen und nicht über die NFS. In den Spitälern waren für die Notfallpatienten die Chefärzte der Inneren Medizin und Chirurgie zuständig; personelle Ressourcen der NFS waren Teil ihrer Kliniken. In einer Bestandsaufnahme bezüglich NFS in der Schweiz im Jahr 1998 [1] werden grosse Unterschiede in der Organisation und Qualität der NFS beschrieben: Häufig leisteten junge, unerfahrene Assistenzärzte 24-Stunden-Dienste mit nur ungenügender Supervision durch Spezialärzte, die sich in erster

Linie für ihre jeweiligen Klinikabteilungen verpflichtet fühlten.

Notfallmedizin als autonome Station

Eine wichtige grosse Veränderung der Notfallmedizin in der Schweiz begann mit der Einführung von teilautonomen NFS im Universitätsspital Genf und Kantonsspital St. Gallen. 1998 wurde dann im Inselspital die erste eigenständige NFS entsprechend den anderen Kliniken mit Chefarzt, eigenen Ärzten, Pflegenden und Budgethoheit etabliert. Obwohl diese Schritte zunächst äusserst kontrovers diskutiert wurden, waren sie retrospektiv der Anfang der klinischen Notfallmedizin. In den letzten Jahren wurden immer mehr NFS und Notfallzentren mit leitenden Ärzten oder Chefärzten in kleineren und grösseren Spitälern eingeführt.

Heute suchen vor allem in urbanen Gebieten immer mehr Patienten eine NFS direkt auf und melden sich bei Notfallsituationen seltener bei den Hausärzten. Weder Politik noch die Ärzteschaft insgesamt begrüssen diese Entwicklung; allerdings wird ausser Acht gelassen, dass erstens viele Patienten gar keinen Hausarzt mehr haben und zweitens ein zunehmender Hausärztemangel besteht und daher die Kapazitäten bei den Hausärzten gar nicht mehr bestehen würden, um alle Notfallpatienten entsprechend zu behandeln.

Organisation der Notfallstation und Abläufe sind entscheidend

Im Jahr 2011 verzeichneten 138 NFS in der Schweiz 1,619 Millionen Visiten von Patienten (4400 Konsultationen/Tag) [2]. Gegenüber 2007 bedeutet dies eine Zunahme von 26%. Eine qualitativ konsistente Not-

fallbehandlung in diesen NFS war und ist aber immer noch wegen Überlastung, beschränkter Erfahrung und fehlender Weiterbildung von Ärzten in Notfallmedizin insbesondere bei zeitsensitiven Zuständen kaum möglich. Immer wichtiger ist in den letzten Jahren die schnelle, kompetente initiale Diagnostik und das Durchführen von Erstmassnahmen bei lebensbedrohlichen Zuständen geworden. Das «Golden Window», das in der Trauma-Behandlung (Advanced Trauma Life Support, ATLS) einen hohen Stellenwert hat, gilt auch bei Patienten mit Herzinfarkt, Stroke, Aortendissektion, Subarachnoidalblutung und anderen zeitkritischen Zuständen. Notfallmediziner müssen zusammen mit den jeweiligen Spezialisten entsprechende Abläufe festlegen und optimieren. Es hat sich gezeigt, dass nicht nur das Wissen der Spezialisten, sondern auch die Abläufe und Organisation der NFS entscheidend sind. Hier haben Notfallmediziner einen wichtigen Beitrag geleistet. Die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) hat kürzlich Empfehlungen zu den Minimalvoraussetzungen einer NFS publiziert, die gedacht sind, die Qualität der NFS zu garantieren [3].

Für und wider eigenen Facharzt-Titel

Innerhalb der SGNOR ist seit 2005 auch die Klinische Notfallmedizin vertreten; seit 2009 besteht zusätzlich zum bereits vorhandenen FMH-Fähigkeitsausweis «Notarzt/Präklinische Notfallmedizin» auch der entsprechende Fähigkeitsausweis «Klinische Notfallmedizin». Einem eigenen Facharzt-Titel Notfallmedizin stehen mehrere Fachgesellschaften allerdings skeptisch gegenüber. Die Sorge, einen Teil des Faches (eben den Notfallpatienten) zu verlieren und nicht mehr direkt in die Behandlungsabläufe eingreifen zu können, ist verständlich. Die Notfallmedizin ist in der Pflicht, diese Anliegen zu berücksich-

tigen und aufzunehmen. Es wird noch einige Zeit und engagierte Diskussionen benötigen, um für die Schweiz den besten Weg der Notfallversorgung im Interesse unserer Patienten zu finden.

Fachpflegepersonen hatten bereits vor uns Ärzten eine spezielle Ausbildung für die NFS definiert, die mittlerweile mit den beiden anderen verwandten Nach-Diplom Studiengängen in Anästhesie und Intensivmedizin als eigenständiges Profil «Notfallpflege» vernetzt und teilweise modularisiert ist. Auch für die pädiatrischen Notfallstationen wurden entsprechende Schwerpunktmodule etabliert. Im universitären Bereich lässt sich sehr langsam eine Anerkennung der Notfallmedizin feststellen. So wurde erst an der Universität in Lausanne ein Ordinariat resp. in Bern ein Extra-Ordinariat für Notfallmedizin errichtet. In PubMed lässt sich leicht nachweisen, dass die Publikationstätigkeit im Bereich der Notfallmedizin der Schweiz stark zugenommen hat.

Wie sieht die Zukunft der Notfallmedizin aus?

Trotz gegenläufiger Bemühungen nimmt die Anzahl der Hausärzte in den nächsten Jahren weiterhin stark ab. Patienten sind somit noch häufiger auf NFS und Notfallzentren angewiesen. In den stark ländlichen und alpinen Gebieten ohne Spitäler leisten wohl auch in Zukunft Hausärzte sowie Hausarztzentren einen grossen Teil der Notfallversorgung. Zudem werden unsere Patienten immer älter, was auch den Anstieg dieses Kollektivs im Bereich der Notfallmedizin stark wachsen lässt. Um all diese Patienten optimal zu behandeln, sind vermehrt spezialisierte Ärzte notwendig, die bereit sind, an vielen Abenden und Wochenenden Dienste zu übernehmen. Die Aus- und Weiterbildung in Notfallmedizin wird sowohl für Pflegenden wie auch für Ärzte ein grosses Thema bleiben. Auch die Ausbildung der Studierenden im Bereich der Notfallmedizin muss einen höheren Stellenwert erhalten: Wegweisend könnte hier ein Pilotprojekt an der Universität Basel sein, das in einem speziellen Curriculum den Lernzielkatalog des Dienstärztkurses longitudinal in das Medizinstudium integriert hat.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Wolfgang
Ummenhofer
Departement Anästhesie
Universitätsspital Basel
CH-4031 Basel
wolfgang.ummenhofer[at]
usb.ch

Auf den Punkt gebracht

Im Gegensatz zu den angelsächsischen Gesundheitssystemen hat die Entwicklung der Klinischen Notfallmedizin in der Schweiz sehr verzögert eingesetzt. Notfallstationen werden heute vor allem in den urbanen Gebieten zunehmend als Ersatz für Hausarztkonsultationen in Anspruch genommen. Dieser Trend wird sich weiter verstärken. In den grösseren Spitälern sind für eine effiziente Versorgung von Notfallpatienten, v.a. bei zeitsensitiven Erkrankungen oder Verletzungen, neben den jeweiligen Spezialisten kompetente Notfallmediziner mit klar strukturierten Abläufen von entscheidender Bedeutung.

Seit 2009 existiert ein FMH-Fähigkeitsausweis «Klinische Notfallmedizin». Über die Notwendigkeit eines Facharztstitels Notfallmedizin wird aktuell diskutiert. In der Notfallpflege ist ein Schweizerisches Fachdiplom bereits seit längerer etabliert; hier hat man die Synergien mit den verwandten Nachdiplom-Ausbildungen in Anästhesie und Intensivmedizin zu nutzen versucht. Der akademische Stellenwert und die entsprechende wissenschaftliche Beteiligung der Notfallmedizin sind auch in der Schweiz gestiegen. An den Universitäten wird dieser Entwicklung zunehmend Rechnung getragen. Hier soll v.a. auch der notfallmedizinischen Ausbildung und Kompetenz des späteren ärztlichen Grundversorgers Rechnung getragen werden.

Literatur

- 1 Osterwalder JJ. Emergency medicine in Switzerland. *Ann Emerg Med* August 1998;32:243-7.
- 2 Yersin B. Konsultationen in Schweizer Notfallstationen. *Obsan Bulletin* 3/2013.
- 3 Bürgi U, Zürcher M, Sieber R, Bingisser R, Can Ü, Adam-Scott F, et al. Empfehlungen zu den Minimalvoraussetzungen einer Notfallstation. *Schweiz Ärztezeitung*. 2014;95(35):1264-6.