

Gedanken zur Notfallmedizin aus der Sicht eines Hausarztes im Ruhestand

Es knackt im Gebälk der Medizin, die Atomisierung schreitet weiter

Es ist allen Autorinnen und Autoren der sieben Arbeiten im Heft 25 des SMF hoch anzurechnen, dass sie sich in ihrem Fachgebiet und in ihrer Klinik für eine Notfallmedizin engagieren, die nicht nur Erwartungen der Patienten, sondern auch die wirtschaftlichen und politischen Forderungen berücksichtigt. Es ist müssig, den Anfang einer jeweiligen unerwünschten Entwicklung in der medizinischen Versorgung suchen zu wollen. Tatsache ist,

- dass die Spezialisierung und Subspezialisierung, allen Warnungen zu Trotz, fortschreitet;
- dass diese Spezialisierung für den Patienten neben Vorteilen («Kompetenz») auch Nachteile hat (Unsicherheit, Fehlen des «Generalunternehmers»). Die notfallmedizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung ist in jeder Hinsicht (fachlich, politisch, wirtschaftlich) von grösster Bedeutung. Die Dienststärzkurse der SGNOR sind ein sehr guter Ansatz, und es bleibt zu hoffen, dass auch in Zukunft genügend Allgemeininternisten als Lehrer zur Verfügung stehen! Eine hochinteressante Tätigkeit;
- dass der Patient sowohl spitalextern (Hausarzt) wie im Spital (Allgemein-Internist, Chirurg) dringend und konstant eine kompetente Beratungs- und Führungsperson braucht;
- dass die moderne Notfallmedizin zweifellos grosse und wichtige Erfolge verbuchen kann;
- dass aber eingeleitete Notfallmassnahmen auch schwerwiegende medizinische, ethische, psychologische, juristische und wirtschaftliche Folgen haben können, die oft kaum lösbar sind (z.B. Reanimation bei Fehlen einer Patientenverfügung);
- dass Ärzte, Patienten, Versicherer, Politiker, Ökonomen sich den «Schwarzpeter» zuspielen;
- dass eine neue Ärztegeneration nicht nur arbeiten, sondern auch Familie und Freizeit nicht erst im Rentenalter geniessen will («möglichst wenig Notfalldienst»);
- dass auch die ältere Generation mal kürzer treten möchte. Aber eben: Wenn es in den Gelenken knackt, ist man nicht alt, sondern knackig (vergl. Titel);
- dass dies zwingend zu weniger Präsenz (Weiterbildung!) und weniger Erfahrung führt;
- dass auch die Hoffnung «Gesundheitszentrum» kein Garant ist, die Nachfolge in Hausarzt-Praxen regeln zu können (besonders in der Peripherie);
- dass bei zunehmend höherer Qualität und Sicherheit die Medizin nicht mehr kosten sollte.

Will und soll der «Notfallarzt» die umfassende Betreuung der Notfallpatienten übernehmen, ist es zwingend, dass er die Bedingungen des allgemein-internistischen oder chirurgischen Kaderarztes erfüllt.

Will und soll ein Spital mit Notfallstation der Bevölkerung eine optimale notfallmedizinische Grundversorgung anbieten, hat dies einen entsprechenden Stellenetat mit hohen Kosten zur Folge. Die bisherige Lösung mit kompetenten internistischen und chirurgischen Kaderärzten ist wirtschaftlich, zweckmässig und fachlich optimal. Soll die Notfallversorgung rund um die Uhr durch spezialisierte Notfallärzte erfolgen, würde dies vielerorts einen Kostenschub auslösen, der von Spitalverantwortlichen, Politikern und Steuerzahlern nicht so problemlos (lies: gar nicht) geschluckt werden kann. Die Schliessung der Geburtshilfe in kleineren Spitälern erfolgt nicht, weil die Geburtshilfe zu teuer ist, sondern weil die Rund-um-die-Uhr-Präsenz von Operateur, Op-Personal und Anästhesie nicht mehr bezahlt werden kann.

Die Folge davon wäre, insbesondere in der Peripherie, auf «anerkannte» Notfallstationen zu verzichten, was wiederum die ohnehin fortgeschrittene Zentralisierung der Medizin fördern würde. Keinesfalls darf das Schliessen von Spitalabteilungen (inkl. Notfallstation) nur aufgrund der Spitalbuchhaltung beurteilt werden. In den Entscheid zwingend einfließen müssen

- die Folgen für einen effizienten Rettungsdienst (Länge und Dauer der Anfahrtswege);
- lange Distanzen für Patienten und Besucher (auch ein CO₂-Problem!);
- lange Arbeitswege für Personal, dem nicht gekündigt, sondern eine Stelle im Zentrum angeboten wird (bei Wohnort in der Peripherie);
- «Aushungern» der Peripherie, indem «gute Steuerzahler» in die Nähe des Zentrums ziehen.

Die optimale personelle und räumliche Planung und Organisation der Notfallstation muss mit grösster Sorgfalt und im Konsens mit allen «Playern» erfolgen. «Was immer du tust, tue es klug und bedenke das Ende» (Aesop bzw. Sirach 7,40). Oder eben kurz und prägnant Englisch wie im Editorial von J.H. Beer und E. Bächli: «Choose wisely» [1]. Nach der genialen Rettungsaktion der verunglückten US-Dakota auf dem Gauligletscher 1946 titelte die *New York Times*: Swiss Performance: «Teamwork, that's what we need» [2].

Benedikt Horn

Korrespondenz:

Dr. med. Benedikt Horn
FMH Allg. Medizin i.R., Marktgasse 66, CH-3800 Interlaken
[dr.horn\[at\]tcnet.ch](mailto:dr.horn[at]tcnet.ch)

Literatur

- 1 Beer J, Bächli E, Es SGNORt im Gebälk der SGIM. Schweiz Med Forum. 2014;14(25):473–4.
- 2 Horn B. «Teamwork, that's what we need». Ther Umschau. 2008;65:13–4.