

Es SGNORt im Gebäk der SGIM

Kritische Faktoren und Chancen einer erfolgreichen Zusammenarbeit oder: «Choose wisely!»

Jürg H. Beer^a, Esther Bächli^b

^a Chefarzt und Departementsleiter Medizin, Kantonsspital, Baden

^b Präsidentin Chefärztereinigung der SGIM, Chefärztin Medizinische Klinik, Spital Uster



Jürg H. Beer



Esther Bächli

Am 7. November 2013 fand die Konferenz der Chefärztereinigung der SGIM am Kantonsspital Baden zum Thema «Der internistische Notfall» statt. Die Diskussionen über Struktur, Abläufe und Kooperationen des Notfalls in Spitälern unterschiedlicher Grösse sind von ausserordentlichem Interesse und hoher Aktualität; zurzeit ist der Notfall Gegenstand kompetitiver und z.T. exklusiver Vorstellungen der Fachgesellschaften.

Die Beiträge zeigen die langjährige «Hands-on»-Erfahrung der Autoren eindrücklich und legen die Finger präzise auf die wunden Punkte:

Professor G. Schulthess (Männedorf) zeigt am Beispiel der kleinen und mittelgrossen Spitäler, wie der Patient von der «Integration der internistischen und chirurgischen Linie», fachlich und im «longitudinalen» Ablauf entlang des Patientenpfads schnittstellenarm profitiert. Die internistische Triage, die «prise en charge» und der Behandlungsplan über den Notfall bis in die Abteilung, die IMC und IDIS sind Ecksteine der klinischen Medizin, aber auch der Weiterbildung der Assistenz- und Kaderärzte.

Professor B. Müller (Aarau) erläutert anhand der Erneuerung des Notfalls eines grossen Kantonsspitals die Notwendigkeit einer administrativen Leitung und einer Kontinuität des Ansprechpartners für die Pflege; aber auch er betont die Bedeutung der Führung, Präsenz und der Kontinuität des Fachinternisten und -chirurgen sowie deren Netzwerk mit den Spezialdisziplinen auf dem Notfall und auf der Abteilung. Die Tätigkeit des Internisten darf sich keinesfalls auf die Abteilungstätigkeit reduzieren lassen. Im Selbstverständnis des Fachinternisten muss die Notfallkompetenz bleiben, ansonsten er an Qualität, Kompetenz, Bedeutung und Achtung einbüsst. Umgekehrt ist die Kenntnis des Abteilungsbetriebs eine wichtige Grundlage der Zusammenarbeit. Rasches Handeln im Notfall wird in der longitudinalen «Qualitätskontrolle» der Abteilung auf seine Korrektheit neu beurteilt.

Professor E. Bategay (Zürich) zeigt die fachlich-integrative, schnittstellenarme und letztlich auch finanziell bedeutsame Rolle des Kaderinternisten für den polymorbiden Patienten mit noch unklaren Symptomen: Sie geht weit über die eher kurzlebige Notfallperspektive hinaus.

Professor J. Hodler (ärztlicher Direktor, UniversitätsSpital Zürich) weist auf den Spagat des Notfalls hin zwischen kompetent-speditivem, klinischem Service mit integrierten Spezialisten, deren Autonomiegrad auf dem Notfall zu definieren ist, und mit der 7/24-Stunden-Anforderung, der Lehre (der internistische Nachwuchs muss ge-

nügend «notfallexponiert» sein) und der Forschung (eine universitäre Notfalleinheit – und wohl auch ein Notfall am Kantonsspital muss relevante Forschungsprojekte vorweisen können) Schritt halten sollte.

Dr. R. Sieber (St.Gallen) legt bauliche Konzepte für den Notfall vor und setzt den Kontrapunkt, die Sicht der SGNOR, mit dem (sowohl fachlichen als auch administrativen) gewissermassen exklusiven Führungsanspruch auf dem Notfall mit einer unabhängig konzipierten Einheit und Struktur. Der Internist als Facharzt gehört für die SGNOR auf eine Station und hat nichts auf dem Notfall zu suchen.

Damit ist das Feld ausgesteckt. Für die internistischen und chirurgischen Fachgesellschaften gilt folgendes Fazit: Der Notfall ist deren fachärztliche Domäne und muss es in geeigneter Form bleiben. Teure Parallelstrukturen («Ein Spital im Spital») mit zusätzlichen Schnittstellen und Verdrängungsprozessen sind zu vermeiden bzw. können wir uns heute wirtschaftlich und fachlich nicht leisten.

Der Notfall ist eine integrale, internistisch-chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildungsstätte. Der internistische Assistent sollte 6–12 Monate seiner Weiterbildungszeit «notfallexponiert» sein und durch einen internistischen Kaderarzt angeleitet und geführt sein. Eine fachärztlich-internistische Weiterbildung ohne längere Notfallmedizin und ohne Supervision durch einen internistischen Kaderarzt (z.B. für 6 Monate) sollte vom SIWF nicht anerkannt werden. Der Oberarzt wiederum braucht eine ein- bis mehrjährige Notfallerfahrung als Kaderarzt, um diese Tätigkeit fachlich kompetent auszuüben.

Diese Ausführungen zeigen auf, dass das Konzept der SGNOR die internistische Weiterbildungsstätte als auch das Weiterbildungscurriculum gefährdet. Der zukünftige Kaderarzt in Innerer Medizin kann seine Tätigkeit in einer Klinik nicht ausüben ohne Kenntnisse der Notfallmedizin. Die Zeit der abgesteckten Gärten und der Sololäufe ist vorbei. Die Schaffung von neuen Gärten ist nicht opportun in Zeiten des Kostendrucks und Fachärztemangels.

Die Internisten stellen sich aber auch kritischen Fragen und werden sich klar weiter verbessern müssen in Aspekten der Kontinuität, der Präsenz, der Führung, der Abläufe/Prozesse und sollten, wie bereits auf den Abteilungen der Fall, vermehrt Ansprechpartner für die Pflege sein. Sie sind das Bindeglied nach aussen zu den niedergelassenen Internisten, den Hausärzten. In Fragen der Administration, bei Material- und Budget-Anliegen, der Entscheidungsfindung, bei baulichen Anpassungen usw. sind die SGNOR-Anliegen zu integrieren. Umgekehrt

werden sich die SGNOR-Exponenten der internistisch-fachärztlichen Erfahrung nicht verschliessen, u.a. auch, weil sie sich kostenintensive Parallelstrukturen und schnittstellenreiche Abläufe nicht leisten können. Langzeit-Schichtarbeit ist auch nicht Sache aller Ärzte. Die Führung von Bettenstationen ist hierfür nicht nur eine willkommene Rotation, sondern sie verbessert auch die Sicht für Kontinuität und das gegenseitige Verständnis. Speziell beim Mangel an qualifiziertem Personal wird man sich finden.

Wir hoffen sehr, mit diesen Beiträgen zur Meinungs- und Entscheidungsfindung beigetragen zu haben und freuen uns auf Ihre Meinung und eine offene Diskussion.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Jürg H. Beer
Chefarzt und Departementsleiter Medizin
Kantonsspital Baden
CH-5404 Baden
[hansjuerg.beer\[at\]ksb.ch](mailto:hansjuerg.beer[at]ksb.ch)