

Benedikt Horn

Gedanken zu Lehre, Besonderheiten und Entschädigung im hausärztlichen Notfalldienst

Wissen kann man weltweit rund um die Uhr online abrufen. Können muss zeitlebens immer wieder praktisch geübt werden.

Auslöser zu diesem Beitrag ist der ausgezeichnete Artikel von Simon Graf, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und Bachelor der Rechtswissenschaften, in der Schweizerischen Ärztezeitung [1]. Dieser ist sehr lesenswert, weil Kollege Graf über Sachverstand als Hausarzt wie auch in Rechtswissenschaften verfügt und weil er sich verständlich ausdrücken kann.

Ausbildung

Die Ausbildung in Notfallmedizin ist – trotz eines gesamtschweizerischen Lernzielkatalogs – in unserem föderalistischen Land mit fünf medizinischen Fakultäten traditionell sehr verschieden gewichtet. Die Anforderungen bei Abschluss des Studiums für Humanmedizin («Staatsexamen») sind in Notfallmedizin mehr oder weniger klar geregelt (<http://scllo.smifk.ch/scllo2008>). Die praktische Durchführung von Lehre und Examina (Können, Fertigkeiten) ist den einzelnen Fakultäten überlassen. Die in der Arbeit von Durrer, Ummerhofer und Zimmermann [2] skizzierten Fortschritte in der systematischen Ausbildung in Notfallmedizin dürfen aber keinesfalls zu einer «Hallo, ich hab's geschafft»-Haltung führen.

**«Gelernt ist gelernt»
gibt es heute nicht
mehr**

«Gelernt ist gelernt» gibt es heute nicht mehr, nicht für das Wissen, erst recht nicht für das Können (Fertigkeiten), geschweige denn für die Routine. Die angestrebten Ziele entsprechen weitgehend den Inhalten der von der SGNOR angebotenen Dienstärztkurse.

Weiterbildung

Notfalldienst während der Weiterbildung (Notfallstation, evtl. Ausrücken mit Rettungswagen) ist für viele Assistenten in erster Linie eine Pflichtübung. Die Herausforderung bezüglich Wissen, Können und Haltung spielt häufig eine geringe Rolle. Ob dies Folge reiner Bequemlichkeit der Lernenden ist oder eher mangelhafte Begeisterungsfähigkeit der Vorgesetzten (Macht der Routine!), wäre zu untersuchen.

Die Tatsache, dass Assistenten bei der Versorgung von Notfallpatienten im Spital in der Regel nur ein «Player» unter anderen im Team sind, mag bei der Fähigkeit, die Sache wirklich in den Griff zu bekommen, eine erhebliche Rolle spielen. Dies betrifft nicht das Wissen, sondern in erster Linie die «Fertigkeiten» (Können). Die Verantwortung muss nur teilweise übernommen werden, Grauzonen und Schnittstellen noch und noch. Die ganze Problematik der «Organisation» einer sinnvollen Weiterbildung hat Gabriela Rohrer in dieser Zeitschrift [3] prägnant beschrieben.

¹ <http://www.be.ch/dam/documents/portal/Medienmitteilungen/de/2011/12/2011-12-29-bericht-hausarztmedizin-im-kanton-bern-de.pdf>

Hausärztliche Praxis

Mit Beginn der hausärztlichen Praxistätigkeit ändert sich die Funktion des Arztes im Notfalldienst dramatisch: Man ist bei einem Notfalleinsatz zu Beginn meist 10, 15, 20 Minuten allein, höchstens unterstützt durch Laienhelfer (in der Praxis immerhin durch eine MPA!). Nun ist Routine im Alleingang gefragt. Beurteilen der Situation, Alarmierung, Herzmassage, Beatmen, Stecken eines Venflon usw. müssen weitgehend ohne Hilfe bewältigt werden. Kliniken, die ihren Assistenten nach einigen Wochen Arbeit auf der Notfallstation das Äquivalent für eine Praxisassistenten attestieren, kennen die Realität in der Hausarztpraxis nicht: Hier übernimmt der Arzt (und nicht ein Team) die Verantwortung höchstpersönlich.

Fortbildung

Um diesen spezifischen Anforderungen im hausärztlichen Notfalldienst gewachsen zu sein, ist es unerlässlich, Wissen und Fertigkeiten in Notfallmedizin regelmässig (z.B. alle zwei Jahre) praktisch zu üben. Die eintägigen «Refresher»-Kurse der SGNOR (www.sgnor.ch), organisiert durch die Faculty-Dienstärztkurse, bieten diese Dienstleistung regelmässig zwischen Martigny und Chur an.

Politische und wirtschaftliche Überlegungen

Im Kanton Graubünden sind die Notfalldienst leistenden Ärzte verpflichtet, alle zwei Jahre einen «Refresher» in Notfallmedizin zu absolvieren. Kurs, Reisespesen, ein Taggeld sowie ein Beitrag an die Ausrüstung (Defibrillator usw.) werden von der Gesundheitsdirektion bezahlt. Im Wallis und im Tessin bestehen ähnliche Regelungen. Diese drei extrem gegliederten Kantone haben die Zeichen der Zeit bezüglich ärztlicher Notfallversorgung erkannt. Die Rechtsgüterabwägung, ob ein Arzt zum Notfalldienst verpflichtet werden kann, ist in der Arbeit von Graf [1] prägnant formuliert; ebenso die Verpflichtungen von Standesorganisationen und Staat. Für weitere, stark gegliederte Kantone (z.B. Kanton Bern), in denen in der Praxis tätige Ärzte für die Sicherstellung der notfallmedizinischen Grundversorgung unabdingbar sind, wird eine für alle «Player» im Gesundheitswesen akzeptable Lösung des Problems zwingend sein.

Im über 50-seitigen, von der vorberatenden Kommission des bernischen Grossen Rates einstimmig an die Regierung überwiesenen «Bericht zur Hausarztmedizin»¹ wird unter 4.3.1 (Seite 22) die Notfalldienst-Problematik aus politischer Sicht prägnant geschildert:

- Der flächendeckende ärztliche NFD ist elementarer Bestandteil der medizinischen Grundversorgung.
- Nach eidgenössischem und kantonalem Recht ist die Mitwirkung im ambulanten NFD eine Berufspflicht der Ärzte.
- Der NFD wird hauptsächlich durch Grundversorger (Allgemeinmediziner, Internisten, Pädiater) geleistet.
- Überalterung und Tendenz zur Spezialisierung des NFD führen dazu, dass der NFD durch immer weniger Grundversorger aufrechterhalten werden muss.
- Die physische und psychische Belastung durch den NFD trägt massgeblich zur Demotivation von (zukünftigen) Hausärzten bei, NFD zu leisten (Dispensationswunsch).

- Ausdrücklich erwähnt wird die Überforderung durch seltene, anspruchsvolle Notfallsituationen mit Verantwortung für ungeübte und ungeübte Tätigkeiten sowie die ungenügende Abgeltung und die zunehmende Anspruchshaltung der Bevölkerung.
- Last but not least werden Rechnungen für Leistungen im NFD häufig nicht bezahlt ...

Liest man diese Statements, ist an sich zwingend, dass sich ein Kanton in der Sicherstellung des NFD auch finanziell engagieren muss und nicht nur Forderungen stellen darf. Doch dann erklingen die Sparappelle ...

Aus der vorgenannten Zusammenstellung zuhanden von Politikern geht klar hervor, dass sich der NFD keinesfalls auf Reanimationen und Verkehrsunfälle beschränkt, sondern zahlreiche potentiell lebensbedrohliche Situationen umfasst, die wahrlich eine nicht alltägliche Herausforderung bilden. Grundsätzlich ist die Pflicht auch ein Privileg: Kaum ein anderer Beruf ermöglicht im Verlauf der Jahre so viele Kontakte mit Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeiten dürfen oder können, wie der Arztberuf. Dieses Privileg politisch insofern zu missbrauchen, als eine dringend gegebene politische Unterstützung versagt bleibt, ist unhaltbar.

Was tun?

Den Tatbeweis zu erbringen, dass man die Fortbildungspflicht ernst nimmt, ist nicht nur bezüglich Herausforderung (Wissen und Fertigkeiten) sinnvoll, sondern auch ethisch korrekt und polit-psychologisch geschickt. Politiker und Administration nehmen sich gerne reichlich Zeit. Nicht eines Tages, aber eines Jahres wird der gute Wille (hoffentlich) belohnt, oft ausgelöst durch ein Ereignis, das die Frage aufwirft «warum hat man ...», «warum wurde nicht ...». Wenn wir bereit sind, freiwillig den Tatbeweis zu erbringen, kann die Suche nach dem Schuldigen das Problem zumindest nicht bei den Ärzten «outen». Und die Hoffnung stirbt bekanntlich zuletzt ...

Dienstärztkurse (DAK) der SGNOR

Die Vermittlung der Lerninhalte verteilt sich bei den Dienstärztkursen auf 4 Tage (in der Regel 2-mal 2 Tage im Abstand von 4 Wochen), die «Refresher»-Kurse dauern einen Tag. Schwergewicht ist die praktische Arbeit. Gearbeitet wird von 08.30 bis 18 Uhr mit einer Mittagspause von einer Stunde.

Erste Kurshälfte (Tag 1 und 2): Reanimation, BLS (basic life support) und AED (automatischer externer Defibrillator). Akutes Koronarsyndrom, Arrhythmien. Neurologischer Notfall, «Stroke», Krampfanfall. Hypoglykämie. Asthma und Lungenödem. Anaphylaxie. Bolus. Ertrinken. Hyperventilation. Intoxikationen. Triage. Venenzugang. Notfallausrüstung, Inhalt des Notfallkoffers.

Zweite Kurshälfte (Tag 3 und 4): Repetition BLS/AED (an jedem Tag!). Traumatologie, Verkehrsunfall, Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten. Wirbelsäule, Ruhigstellung. Notfixationen. Verbrennungen. Reanimation beim (Klein-) Kind, Respiratorische Notfälle beim Kind. Unerwartete Geburt. Psychiatrischer Notfall. «Ist der Patient tot?», Vorgehen bei natürlichem/aussergewöhnlichem Todesfall.

Vor Ende des Kurses erfolgt ein theoretisches und praktisches Assessment. Dabei geht es um eine Standortbestimmung der einzelnen Kursteilnehmer. Das Assessment ist nicht nur sinnvoll, sondern auch durch die FMH (zur Anerkennung des Kurses) vorgeschrieben.

Teacher in den DAK und an Refresher-Tagen – eine hochinteressante Herausforderung

Die Tätigkeit als Lehrerin/Lehrer in den DAK ist eine wirklich spannende Angelegenheit und Herausforderung. Sicher 90% der Lernenden sind hochmotivierte Assistentinnen und Assistenten, mal kurz nach dem Staatsexamen, mal kurz vor der Facharztprüfung. Berufsziel ist meist die hausärztliche (Gruppen-) Praxis. Immer wieder kommen auch zukünftige Fachspezialisten, z.B. Psychiater, die in Klinik oder Praxis Notfalldienst leisten müssen. Alle dürfen Fehler machen, alles wird offen und ohne Scheuklappen diskutiert. Für den Schreibenden eigentlicher Höhepunkt sind die «Refresher»-Tage mit Kolleginnen und Kollegen, die seit Jahren oder Jahrzehnten, oft in einer abgelegenen Region, Notfalldienst leisten und aus ihrer Erfahrung berichten können. Da verfliegen acht Stunden mit intensiver Arbeit und Diskussionen in Windeseile. Last but not least: Ein DAK als Teacher wird von der SGAM mit 64 Fortbildungspunkten honoriert (4 Tage zu 8 Std. = 32 Std. × 2, da Teaching). Dazu kommt ein Tageshonorar von Fr. 700.– für angestellte Ärzte bzw. 900.– für selbständige, plus Reise- und Hotelkosten (1/2-Tax 1. Klasse, Vollpension). Da auch für die Teacher der persönliche Lerneffekt immer hoch ist, handelt es sich «unter dem Strich» um eine äusserst attraktive Fortbildung in einem überblickbaren und kameradschaftlichen Team. Verbindliche Basis der Instruktion ist das regelmässig auf neustem Stand gehaltene «Teacher-Manual» für die Dienstärztkurse SGNOR.

Der NFD ist nicht auf Reanimationen und Verkehrsunfälle beschränkt, sondern umfasst auch seltene, anspruchsvolle Notfallsituationen

Der Autor ist Mitglied der Dienstärztkurs-Faculty der SGNOR und Lehrer in den Dienstärztkursen der SGNOR.

Literatur

- 1 Graf S. Die Pflicht zur Leistung von Notfalldienst durch Ärzte in der Praxis. Schweizerische Ärztezeitung. 2012;93(5):170–3.
- 2 Durrer B, Ummenhofer W, Zimmermann H. Dienstärzte als notfallmedizinische Grundversorger sind wichtige Partner im Rettungswesen. Schweizerische Ärztezeitung. 2011;92(41):1569.
- 3 Rohrer G. Klinikleitfaden Weiterbildung. PrimaryCare. 2012;12(6):97–9.

Korrespondenz:
Dr. Benedikt Horn
Hausarzt i.R.
Marktgasse 66
3800 Interlaken
dr.horn[at]tcnet.ch